



Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi



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

Yıl / Year: 2023 Cilt / Volume: 5 Sayı / No: 2

ISSN: 2667-8217



Derginin Sahibi / Owner of the Journal

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

Baş Editör / Editor in Chief

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

Editörler / Editors

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

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

Arş. Gör. Dr. Cuma ÇAKMAK / Research Assistant Dr. Cuma ÇAKMAK

Alan Editörleri / Field Editors

Uzm. Dr. / Exp. Dr. Askeri TÜRKEN

Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. Mehmet Emin KURT

Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. Ahmet KAR

Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. Murat KONCA

Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. Mesut TELEŞ

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ahmet YILDIZ

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Öğr. Gör. / Lecturer Burcu ÇELİK

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Bekir Sami OĞUZTÜRK

Süleyman Demirel Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim DUYAR

Arkansas Eyalet Üniversitesi

Prof. Dr. Shahrokh Waleck DALPOUR

Maine-Farmington Üniversitesi

Prof. Dr. Suat KOLUKIRIK

Akdeniz Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Adil AKINCI

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi

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

İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

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

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi

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

ÇAPAR

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

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

ÖZBAY

Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

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

SARIÇOBAN

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

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

HENDAWI

Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Alhamzah ALNOOR

Southern Technical University

Dr. İbrahim DAĞLI

Dr. Ceren PEHLİVAN

Öğr. Gör. / Lecturer Serkan AKIN

Kayseri Üniversitesi



Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Bekir Sami OĞUZTÜRK

Süleyman Demirel Üniversitesi

Prof. Dr. İbrahim DUYAR

Arkansas Eyalet Üniversitesi

Prof. Dr. Shahrokh Waleck DALPOUR

Maine-Farmington Üniversitesi

Prof. Dr. Suat KOLUKIRIK

Akdeniz Üniversitesi

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Adil AKINCI

Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi

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

İstanbul Nişantaşı Üniversitesi

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

Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi

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

İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi

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

Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi

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

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi

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

Süleyman Demirel Üniversitesi

Dr. Alhamzah ALNOOR

Southern Technical University

Dr. İbrahim DAĞLI

Dr. Ceren PEHLİVAN

Öğr. Gör. / Lecturer Serkan AKIN

Kayseri Üniversitesi

Dergi Sekreteri / Journal Secretary

Uzm. / Exp. Altan ÖZCAN



Amaç / Aim

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

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

Kapsam / Scope

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

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

Dizgi / Type Setting

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

Kapak Tasarım / Cover Design

Grafiker / Graphic Designer Uzm. Aziz ÇAKMAK

İletişim Adresi / Contact Info

Fabrika Mah. 818. Sok. No: 3-C, D: 12

Yenişehir, Diyarbakır / Türkiye

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

hsmcpr07@hotmail.com

+90 5348976081



İndeksler / Indexes

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

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





Hakem Kurulu / Referee Board

- Prof. Dr. Özkan ADIGÜZEL
Dicle Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Bilgehan TEKİN
Çankırı Karatekin Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Halil ŞENGÜL
İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Işıl KALAYCI
Süleyman Demirel Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Mehmet Emin KURT
Dicle Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Ali Rıza AKTAŞ
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Levent YÜCEL
15 Kasım Kıbrıs Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Kazım BAŞ
Munzur Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Arzu BULUT
Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Fatma KANTAŞ YILMAZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Betül AKALIN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Kazım SARIÇOBAN
Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Yusuf BAKTIR
Üsküdar Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Perihan ŞENEL TEKİN
Ankara Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Fatma TOK YILDIZ
Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
- Dr. Neha DESAI
JDC Healthcare PLLC
- Dr. Serdal KEÇELİ
Milli Savunma Üniversitesi
- Dr. Muhammed Emre GÜVEY
Acıbadem Üniversitesi
- Dr. Arş. Gör. / Dr. Ress. Asst. Mehmet Akif ERİŞEN
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
- Dr. Arş. Gör. / Dr. Ress. Asst. Gülizar Gülcan ŞEREMET
Çankırı Karatekin Üniversitesi
- Dr. Öğr. Gör. / Dr. Lec. Hakan DEĞERLİ
Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi
- Dr. Öğr. Gör. / Dr. Lec. Taner ABİŞ
İstanbul Altınbaş Üniversitesi
- Dr. Öğr. Gör. / Dr. Lec. Ufuk DEMİREL
Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi

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

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



İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Araştırma Makalesi / Research Article

Phd. Student Melek Aliyeva

Assessment Of The Role Of Life Insurance In Strengthening The Social Protection Of The Population In The Republic Of Azerbaijan
Azərbaycan Cumhuriyeti Nüfusunun Sosial Korunmasının Güçlendirilmesinde Hayat Sigortalarının Rolüne İlişkin Değerlendirme

126-137

Araştırma Makalesi / Research Article

Öğr. Gör. Dr. Ömer Faruk Gültekin

Prof. Dr. Ömer Selçuk Emsen

Mental Hastalıklar, Kişi Başına Gelir ve Bazı Sosyo-Ekonomik Değişkenler Arasındaki İlişkiler: Brics-T Ülkeleri Üzerine Araştırmalar
Relations Between Mental Diseases, Per Capita Income and Some Socio-Economic Variables: Researches on Brics-T Countries

138-157

Araştırma Makalesi / Research Article

Uzm. Zeynep Göger

Toplumun Koruyucu Aşılarla İlgili Tutum ve Davranışları: İstanbul İli Örneği
Society's Attitudes and Behaviors about Protective Vaccines: The Case of Istanbul

158-168

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Saadet Karakuş

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Kantaş Yılmaz

Örgütsel Stresin Mutluluğa ve Çalışan Performansına Etkisi
The Effect of Job Strain on Happiness and Job Performance

169-179

Araştırma Makalesi / Research Article

Doç. Dr. Fatma Özlem Yılmaz

Emine Gökmen

Arş. Gör. Dr. Mehmet Akif Erişen

Sağlık Sistemlerinin Sürdürülebilirliğinde Sağlık Finansmanının Yerine İlişkin Sağlık Yöneticilerinin Görüşlerinin Değerlendirilmesi
Evaluation of Health Manager's Views on The Place of Healthcare Financing in The Sustainability of Health Systems

180-188

Araştırma Makalesi / Research Article

Uzm. Kübra Göroğlu

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Hastaoğlu

Yaşlı Turistlerin Turizm Algılarının Belirlenmesi

Determination Of Tourism Perceptions of old Age Tourists

189-197

Araştırma Makalesi / Research Article

Uzm. Orhan Orçun Bitrak

Türkiye'de Patates Üretim Kararının Belirleyicileri: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı
Determinants of Potato Production Decision in Turkey: ARDL Bounds Test Approach

198-211

Araştırma Makalesi / Research Article

Doç. Dr. Ali Arslanoğlu

Gizem Özargun

Sağlık İletişimi Sorunlarının Tedavi Sürecine Etkisi

The Effect of Health Communication Problems on the Treatment Process

212-223



Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Arzu Bulut

Doç. Dr. Halil Şengül

Züleyha Çelik

Hasta Güvenliği Kültürü: Bir Eğitim Araştırma Hastanesi Örneği

Patient Safety Culture: The Case of an Education and Research Hospital

224-240

Araştırma Makalesi / Research Article

Öğ. Gör. Şerife Kıbrıs

Dr. Öğr. Üyesi Selman Kızılkaya

E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Algısı Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Investigation of the Effect of E-Health Literacy Level on Perception of Health

241-250

Derleme Makalesi / Review Article

Öğr. Gör. Dr. Hakan Değerli

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Giray Ankara

Yeni Doğan Sağlık Göstergesi Olarak Doğum Kilosu

Birthweight as a Neonatal Health Indicator

251-261

Derleme Makalesi / Review Article

Öğr. Gör. Ayşegül Doğan

Doç. Dr. Öğr. Serap Durukan Köse

Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumu: Türkiye ve Bazı Ülkelerde Örnek Uygulamalar

Provision of Preventive Oral and Dental Health Services: Sample Practices in Turkey and Some Countries

262-272



YAYIN İLKELERİ

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



- içerisinde vermeleri, değerlendirmeyi kabul ettikleri takdirde 30 günlük süre içerisinde değerlendirme raporlarını göndermeleri istenmektedir. Verilen sürede geri dönüş yapmayan hakemlere uyarıda bulunularak en fazla iki defa olmak üzere 10'ar günlük ek süre verilmektedir. Hakemin verilen ek sürelerde de geri dönüş yapmaması durumunda makaleye yeni bir hakem atanmaktadır. Hakemler ilk tur değerlendirmesini tamamladıktan sonra ikinci ve üçüncü tur değerlendirmelere ihtiyaç duyarsa yukarıda belirtilen süreler tekrar baştan işlemektedir.
14. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda makalenin yayınlanmasına, yazardan düzeltme istenmesine ya da makalenin reddedilmesine karar verilecektir. Yazardan düzeltme istenmesi durumunda, düzeltmenin en geç 1 ay içerisinde yapılarak dergimize ulaştırılması gerekmektedir. Aksi durumda makalenin değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.
 15. Hakem raporlarından biri olumlu, diğeri olumsuz olduğu takdirde, editör kurulu makaleyi üçüncü bir hakeme gönderebilir veya hakem raporları çerçevesinde makalenin reddedilmesine karar verebilir. Dolayısıyla dergiye gönderilen bir makalenin yayımlanabilmesi için en az iki ayrı hakemden olumlu görüş alması gerekmektedir.
 16. Değerlendirme aşamasından başarıyla geçen makaleler kabul edilerek yayın süreci aşamasına geçmektedir. Yayın süreci aşamasında makaleler; geliş tarihi, makale türü ve yayın dili dikkate alınarak editör kurulu kararına göre yayın sürecine alınmaktadır. Bu aşamada her ne sebeple olursa olsun makalelerin yayım sürecini öne çekmeye ilişkin yazarların istekleri dikkate alınmamaktadır. Bu anlamda Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi belli bir sayıda yayımlanmak için makale kabul etmemekte, yazarlar istedikleri zaman dergiye makale gönderebilmektedir.
 17. Yayın süreci aşamasında, makalenin yayımlanma sırası geldiğinde dizgi ve mizanpaj işlemleri başlamaktadır. Dizgi ve mizanpaj işlemleri bittikten sonra makale kontrol amaçlı son bir kez yazarlarına gönderilmektedir. Yazardan gelecek geri dönüşten sonra makaleler mizanpaj editörümüzün son kontrolünden geçecek ve makaleye varsa DOI numarası verilerek yayın süreci başlayacaktır. Yazarlar kontrollere ilişkin belirtilen süre içinde geri dönüş yapmadıkları takdirde editör kurulu kararıyla makale bir sonraki sayıya kaydırılacak veya mevcut haliyle yayımlanacaktır.
 18. Dergide yayımlanan makalelerdeki görüşler derginin görüşleri değildir ve tüm sorumluluk yazarlarına aittir. Dergide yayımlanan makalelerin yazarlarına nakit olarak telif ücreti ödenmemektedir.
 19. Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, Açık Erişim politikasını benimsemiş bir e-dergi olup, Budapeşte Açık Erişim Girişimi (BOAI) tanımına uygun olarak hakem değerlendirmesinden geçmiş bilimsel çalışmaların, internet aracılığıyla; finansal, yasal ve teknik engeller olmaksızın, serbestçe erişilebilir, okunabilir, indirilebilir, kopyalanabilir, dağıtılabılır, basılabilir, taranabilir, tam metinlere bağlantı verilebilir, dizinlenebilir, yazılıma veri olarak aktarılabilir ve her türlü yasal amaç için kullanılabilir olmasını kabul etmektedir. Yazarlar ve telif hakkı sahipleri bütün kullanıcıların ücretsiz olarak erişim olanağına sahip olduğunu kabul ederler. Makaleleri kabul edilen yazarlar telif hakkının korunması ve Creative Commons Attribution License altında bulunan derginin haklarının korunması için çalışmalarında yer alan bilgilerin referans gösterilerek paylaşılmasını kabul etmiş sayılırlar.
 20. Yayın ilkelerine uygun olmayan makalelerin başvuruları kabul edilmeyecektir. Eksiklikleri sonradan tespit edilen makalelerin ise hangi aşamada olduğuna bakılmaksızın değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.



YAYIN ETİĞİ

ETİK İLKELER

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

Yazarların Etik Sorumlulukları:

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

Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

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

Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

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



YAZIM KURALLARI

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



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

Kitaplar:

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

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

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

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

Çeviri Kitaplar:

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

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

Editörlü Kitaplar:

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

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

Makaleler:

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

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



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

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

Tezler:

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

Sempozyum/Konferanslar:

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

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

Araştırma Raporları:

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

İnternet Kaynakları:

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

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

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



PUBLICATION PRINCIPLES

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



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

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



PUBLICATION ETHICS

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

Ethical Responsibilities of Authors:

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

Ethical Responsibilities of Referees:

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

Ethical Responsibilities of the Editorial Board:

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



SPELLING RULES

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



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

Books:

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

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

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

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

Translated Books:

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

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

Edited Books:

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

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

Articles:

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

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

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

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



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

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

Thesis:

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

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

Symposiums/Congresses:

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

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

Research Reports:

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

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

Internet Sources:

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

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

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

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



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

ASSESSMENT OF THE ROLE OF LIFE INSURANCE IN STRENGTHENING THE SOCIAL PROTECTION OF THE POPULATION IN THE REPUBLIC OF AZERBAIJAN

AZERBAIJAN CUMHURİYETİ NÜFUSUNUN SOSYAL KORUNMASININ GÜÇLENDİRİLMESİNDE HAYAT SİGORTALARININ ROLÜNE İLİŞKİN DEĞERLENDİRME

PhD Student Melek ALİYEVA*

ABSTRACT

Life insurance is accepted as a progressive method commonly used in the insurance of risks related to human life in many countries of the world, and its origins are more originally from social protection. The role of life insurance in the social security of the population in Azerbaijan was designed based on comparative analysis between countries based on statistical and analytical methods. According to the reasonable result we have reached at the end of our research, a small leap in life insurance improves the economic and social situation of the population. In Azerbaijan, the author examined the penetration forecast for the social security system of life insurance. The author conducted correlation, regression and analytical-statistical analyzes with the rule between countries. The Social Security suffix in the state can be overcome by life insurance and gradually increased.

Keywords: Life Insurance, Social Security, Premium, Claim.


JEL Classification Codes: G52; I138; H53; H59.

ÖZ

Hayat sigortası, dünyanın birçok ülkelerinde insan yaşamıyla ilgili risklerin sigortalanmasında yaygın olarak kullanılan ilerici bir yöntem olarak kabul edilmekte ve doğası gereği kökeni daha çok sosyal korumaya aittir. Azerbaycan'da nüfusun sosyal güvenliğinde hayat sigortasının rolü, istatistiksel ve analitik yöntemlere dayalı ülkeler arası karşılaştırmalı analize dayalı olarak tasarlandı. Araştırmamızın sonunda vardığımız makul sonuca göre, hayat sigortasındaki küçük bir sıçrama, nüfusun ekonomik ve sosyal açıdan durumunu simultane iyileştirmektedir. Yazar, Azerbaycan'da hayat sigortasının sosyal güvenlik sistemine penetrasyon tahminini incelemiştir. Yazar, ülkeler arası kural ile korelasyon, regresyon ve analitik-istatistiksel analizleri gerçekleştirmiştir. Devletteki sosyal güvenlik eki, hayat sigortası tarafından aşılabilir ve kademeli olarak artırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Hayat Sigortası, Sosyal Güvenlik, Prim, Prim Bedeli.

JEL Sınıflandırma Kodları: G52; I138; H53; H59.

*  Department of Socio-Economic Problems of Inclusive Social Development. Ministry of Science and Education Republic of Azerbaijan, Institute of Economics, melekaliyeva@gmail.com

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Amaç ve Kapsam:

Hayat sigortası, modern çağda birçok ülkede nüfusun sosyal korunmasını destekleyerek gönüllülük esaslarını içermektedir. Böylece, hayat sigortası, gelişmiş ülkelerde yeterince normalleşerek devletten doğrudan destek ve yardım almaya ve bu gibi yardım almaya yönelik bağımlılık kavramını ortadan kaldırmış olsa da, sosyalizm geçmişi olan ülkelerde halen yürürlüktedir. Hayat sigortası, devletin üzerindeki yükü önemli ölçüde azaltarak yön verir. Toplum hayat sigortasına güvenmesi ve yatırım odaklı yaklaşımı nedeniyle, gönüllü hayat sigortasına yeterli mali kaynak ödeyerek geleceği garanti altına almaya çalışır. Post-sosyalist ülkelerde, bu nispeten karmaşık bir süreçtir ve insanlar özellikle gelecekle ilgili endişelerini devletten belirli beklentilerle uzlaştırmaya çalışırlar. Sonuç olarak, Azerbaycan'ın da içinde bulunduğu bu tür ülkelerde tam olarak oluşmayan hayat sigortası kültürü, devletin farklı düzeyde bir yükü üstlenmesini gerektirmektedir.

Bu araştırmada amaç olarak hayat sigortası ve sosyal güvenlik arasında bağ kurmak ve bu açıdan ilerleyerek hükümetin sosyal güvence konusunda mali, idari ve bu gibi diğer yükünün azaltılması yolları hedeflenmiştir. Araştırma kapsamında hayat sigortası ve onunla uzlaşan sosyal güvenlik araçları detaylı öğrenilmiş ve üzerine çalışmalareklenmiştir.

Yöntem:

Araştırmada korelasyon, analitik-istatistiksel ve ülkeler arası analizler yapılmıştır. Çalışmada bir sıra hayat sigortası ile sosyal güvenlik göstergeleri arasında regresyon analizleri yürütülmüştür. Örneğin, sigorta primleri ile nüfusun geliri arasındaki regresyon analizi. Buradaki alternatif görüşümüz, nüfusun geliri arttıkça hayat sigortasına yönelmeleri ve sigortalı olarak gelecekteki riskleri değerlendirerek yatırım yapmalarınıdır.

30 ülkenin göstergeleri baz alınarak regresyon analizi yapıldı ve sonuç tatmin edici olarak değerlendirildi. Analizde, p-değerinin 0,05'ten oldukça küçük olması, alternatif görüşümüzü otomatik olarak doğrulamaktadır. Bununla birlikte, 0,66'lık bir korelasyon katsayısı elde ettik ve iki veri arasında orta derecede bir bağımlılık varsayımını aldık. Nüfus gelirinin bağımsız değişkeni (x) ile sigorta primlerinin bağımlı değişkeni (y) arasında pozitif bir ilişkinin olmasını gözlemledik.

Bulgular:

Hayat sigortası piyasasının dinamik gelişimi, ülkedeki nüfusun sosyal güvencini artırmak için bir araç görevi olarak düşünülmektedir. Hayat sigortası, devletin üzerindeki yükü bir nebze olsun azaltabilir ve insanların düşüncesindeki ihtiyaç gibi nüansları umut vadeden bir yatırıma dönüştürebilir. Kısa bir analizden sonra, Azerbaycan'da hayat sigortası piyasasının gelişimine devletin müdahale edebileceği bazı hususlara açıklık getirdik. Elde ettiğimiz sonuçlara göre, belirli durumlarda yasal ve yasal çerçevenin geliştirilmesi ve bazı durumlarda teşvik edici önlemlerin alınması, hayat sigortası piyasasını geliştirebilir ve nüfusun sosyal korunmasında köklü değişikliklere yol açabilir.

Azerbaycan'da hayat sigortası piyasasına artan ilgi ve özen petrol dışı sektörün gelişmesinde etkili sonuçlara neden olabilir. Sigorta piyasasının düzenlenmesi, bu alandaki mevzuat boşluklarının giderilmesi ve Avrupa Birliği ülkelerinde uygulanan Solvency II düzenleme yönteminin modifiye edilerek ülkeye uygulanması yönünde atılan adımların sektöre ciddi bir ivme kazandıracağını ve Azerbaycan'da sigortacılığın gelişimini sağlayacağını düşünüyoruz. Solvency II sistemi, diğer finansal kurumların aksine sigorta şirketlerine özel olarak uyarlanmış sağlam bir ihtiyati çerçeve olarak kabul edilir (Solvency II overview, 2015). Bu sistem, her bir sigorta şirketinin risk profiline dayalı olarak riske dayalı sermaye kapasitesinin karşılaştırılabilirliğini, genel şeffaflığı ve rekabetçiliği teşvik eder ve en önemlisi, sigorta şirketlerinin pazar konumunu güçlendirerek tüketici haklarını dolaylı olarak korur. Azerbaycan'da sigortalı sayısı artmış ve pazarın potansiyel genişlemesi gözlenmektedir. Solvency II düzeyinin uygulanması ile ve de çeşitli hayat sigortası türlerinde sigorta poliçelerinin oluşumu, faaliyet yelpazesinin genişletilmesi ve güçlendirilmesi, devletin sigorta piyasasındaki rolünü artırabilir ve aynı zamanda vatandaşlar için istikrarlı bir sigorta sağlayıcı figürü oluşturabilir. Bu açıdan bakıldığında sigorta piyasasında çeşitli alanlarda hizmetin sunması ve bu durum ülke geneli hayat sigortası piyasasının gelişmesinde önemlidir.

Sonuç ve Tartışma:

Devlet, daha fazla güvenlik sözü vererek, istihdam ve benzeri diğerleri gibi bir dizi alanda nüfusun "tembelleşmesine" neden olabilir. Düşük istihdam, bireylerin gelir elde etme ve yatırım, tasarruf yapma gibi alışkanlıklarını tamamen zedeleyebilmekte ve onları sadece elde edilen faydaları tüketime teşvike yöneltebilmektedir. Bilindiği üzere hayat sigortası çeşitli literatürlerde bir yatırım olarak değerlendirilmektedir (Parrish, 2019 ve Rojeck, 2019 - s. 60). Bu açıdan bakıldığında, hayat sigortasının geliştirilmesi, devleti daha fazla nüfusa fayda sağlamak amaçına yönelik mali ve idari yükün fazlalığından kurtaracak. Bireyler hayat sigortası ile bu tür hizmetlerden masrafları kendilerine ait olmak üzere yararlanabilecekleri için bir öncelik olarak kabul edilebilir.

Nüfusun sosyal güvenliği açısından hayat sigortasının yeterli bir rol oynadığını düşünüyoruz. Şöyle ki hem gönüllü sigortanın, hem de zorunlu sigortanın 5 yıllık dinamiğinde sigorta prim ve ödemelerinde artış gözlemlenmiştir. Sigorta ödemelerindeki artış, nüfusun sosyal statüsünün iyileştirilmesidir, bu da ihtiyaç duyularının ve devletten doğrudan yardım alma gereğinin görece erimesi anlamına gelir. Devletin hayat sigortası piyasasındaki etkisi yasal düzenleyici açıdan şeffaflık, rekabet edebilirlik vb. modern piyasa unsurlarının daha da artması öngörülmektedir. Bazı durumlarda, sosyal güvenlik fonlarında toplanmış vatandaşların portföyleri devletin işbirliği yaptığı sigorta şirketlerine emanet edilirse, bu piyasayı canlandırabilir ve

devletin ek idari maliyetlerini azaltabilir. Beklenebileceği gibi, bu durumda, yeterince kapsamlı bir yasal dayanağa sahip olmak önemlidir.

1. INTRODUCTION

Life insurance includes voluntary principles by supporting the social protection of the population in several countries in modern era. It has been historically prominent method through which individuals with relatively low incomes have been able to save and invest effectively for the longer term (Dickinson, 2017) Thus, life insurance, sufficiently has been normalized in developed countries and eliminates the concept of dependence on receiving direct support and assistance from a government, and so on in that basis, but it is still actual in countries that have background with socialism. It gives the direction to the burden on the government considerably reducing in. Society trust life insurance, and due to its investment-oriented approach, they try to ensure the future by paying sufficient financial resources to voluntary life insurance. In post-socialist countries, this is a relatively complicated process, and people specifically try to reconcile their worries about the future with certain expectations from the state. As a result, in such countries, including Azerbaijan, the culture of life insurance, which is not being fully formed, requires the state to undertake a different level of burden.

It should be noted that developing life insurance in such situations places unique demands on each market player. For example, the regulator mission for the government and both the consumer rights defender of the population, etc. if such requirements are imposed, the requirements for insurers are to minimize risks and market complications, to ensure the vast variety and availability of insurance products, to implement measures such as education among consumers, etc. can be considered. The government regulation in the insurance is known as to protect consumers through insurance insolvency, consistent insurance pricing, and the promotion of social goals by making insurance more widely accessible to those in need (Dorfman and Cather, 2013). Here, society's position should be taken into account, and life insurance promoted in different communities so that what it promises for the population in the future should be understandable in a certain extent by everyone. With life insurance appears the freedom to choose a range of living situations, to obtain support for a comfortable life with partial physical dependence enhanced by financial independence. (Getzen, 1988)

2. ANALYSIS AND EVALUATION

2.1. A brief analysis of life insurance in Azerbaijan

Currently, the life insurance premiums collected per person in the world are reasonably high, and unfortunately, Azerbaijan remains outside of this trend. There are various reasons, and the leading problem remains the life insurance market organization issue. Firstly, we would like to begin the analysis of a hierarchical tree of life insurance (Figure 1).

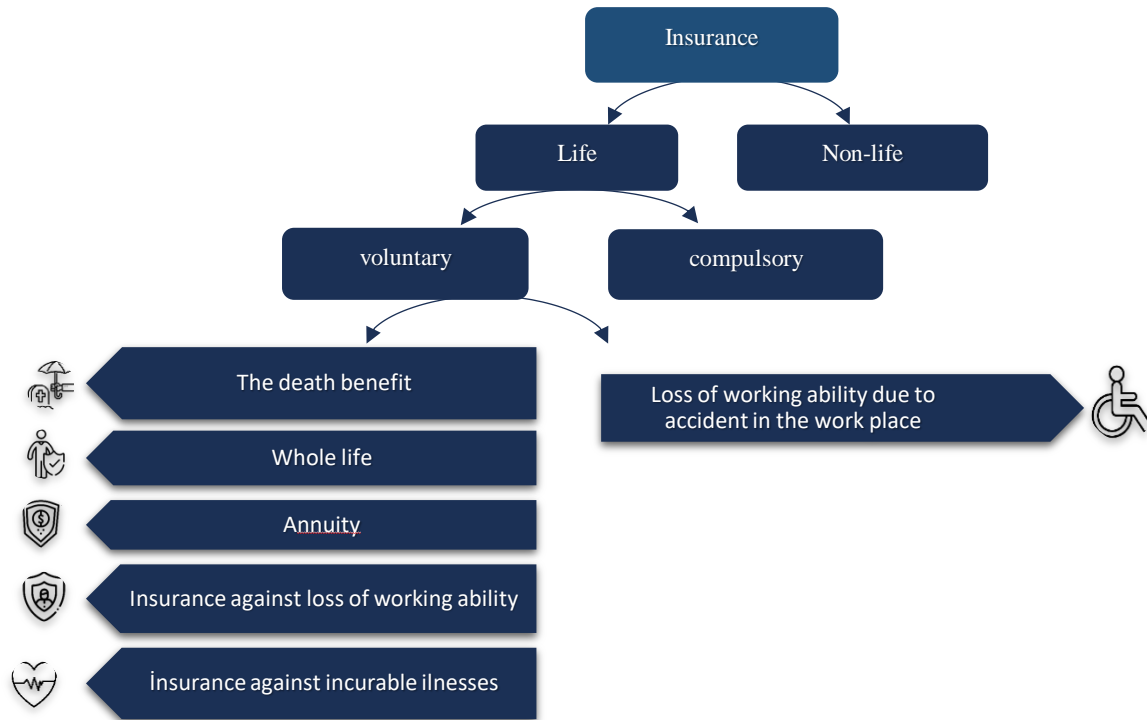


Figure 1. Types of life insurance in Azerbaijan.

Source: (Profam, 2022).

Insurance premiums collected in compulsory life insurance should be a portable portfolio and possible to transfer to one of the private insurance companies with which the government cooperates within the framework of the requirements of the person. This can be one of the crucial step in the development with the direction of increasing the liberalization of the insurance market. At the same time, in certain cases, when there are reasonable doubts about the specific risks caused by the insurance company for the insurance premiums of the person, or when the opinion of mutual distrust is produced, it should be possible to transfer the voluntary insurance premiums to the account of the government or a number of other insurance companies cooperating with it. In addition to increasing transparency and accountability in the insurance market, the given method could be stimulating the formation of the elements such as consumer satisfaction and competitiveness. It should be noted that increase in the sustainable development of the insurance market by improving the role of the government as a regulator in the market and it serves to ultimately forming mutual trust between the insured, insurance companies and the government triad. The government will be interested in providing a statutory basis in the market and improving the insurance legislation, being freed from the financial burden.

Looking at the last five-year dynamics of life insurance by voluntary and mandatory classes in Azerbaijan, observed that voluntary life insurance has many times exceeded compulsory life insurance. Compared to 2019, in 2020 it was around 14% for voluntary insurance and 12% for mandatory insurance. In 2021, there was a 5.6% decrease in the voluntary life insurance type, but a 17.7% increase in the mandatory type. Voluntary insurance premiums collected during the first eight months of 2022 have increased significantly (20%) compared to 2021. We can mention the pandemic as the fundamental reason for all these fluctuations, and the year 2022 is likely to be the year when the insurance market will return to its pre-pandemic state according to the figure (Figure 2).

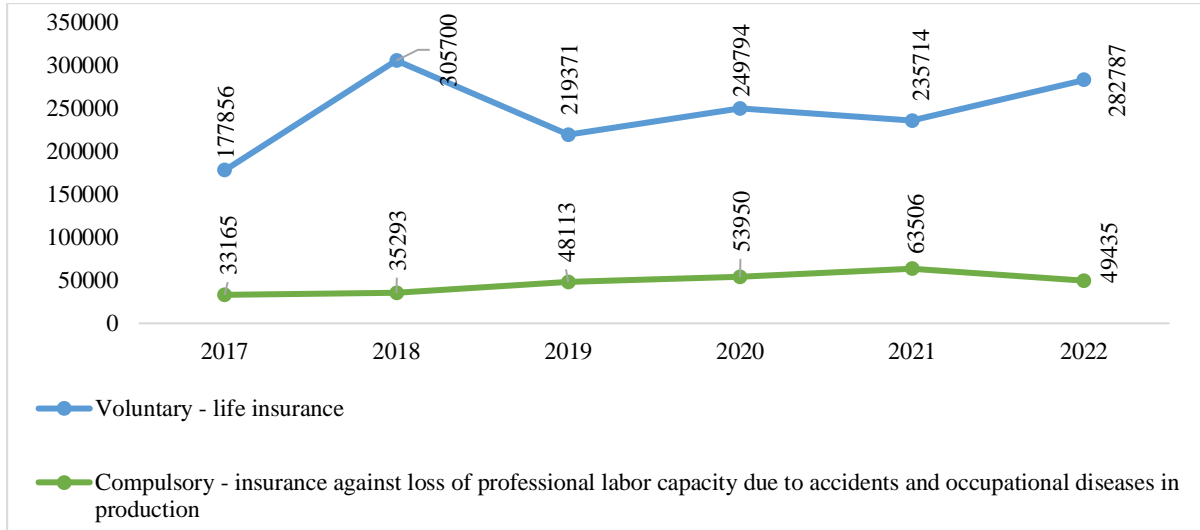


Figure 2. Voluntary and compulsory insurance premiums for life insurance, in thousand manats

Source: (CBAR, 2022).

Compared to 2019, a 71% increase in voluntary insurance claims was observed in 2020, and a 10% decrease in 2021 and a 35% decrease in 2022. Although there was a 17% decrease in compulsory insurance claims in 2020, compared to that, there was a 59% increase in 2021 and a 40% decrease in 2022 (Figure 3). Whole life insurance is the leader among voluntary insurances, and payments for this type of insurance are definitely paid at the end of the term and no unique conditions are required for payment. Life insurance premiums also increased significantly in 2020. The reason for that is the increase in deaths during the pandemic and the corresponding payments to the insured. The claims of insurance against incurable diseases is also increasing in 2020 and 2021. The reason for condition could be the increasing number of incurable diseases caused by environmental problems and other factors (Fuller, R. Et al. 2022).

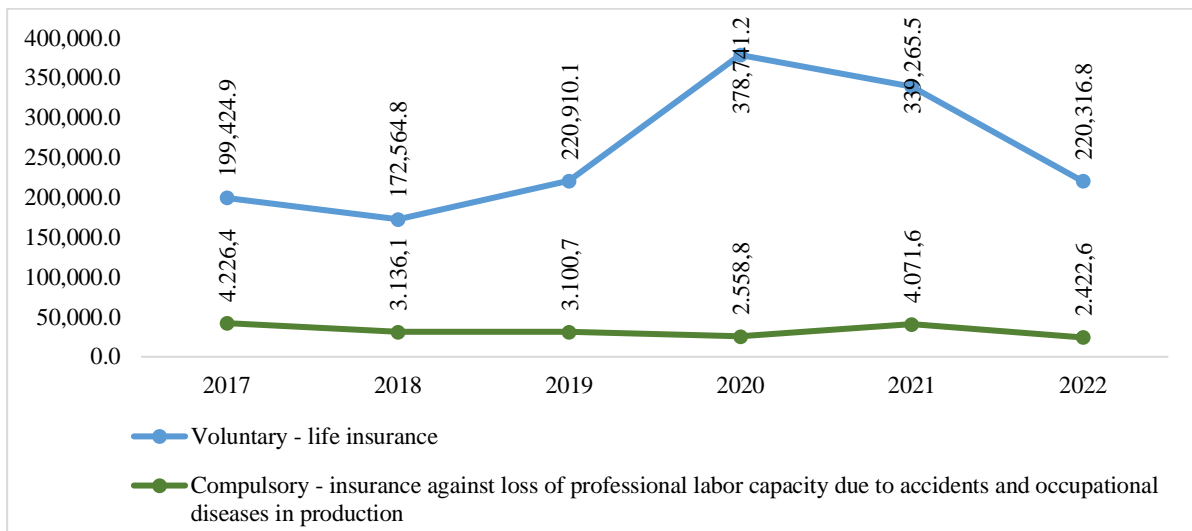


Figure 3. Voluntary and compulsory insurance claims for life insurance, in thousand manats

Source: (CBAR, 2022).

2.2. Density and other indicators of life insurance in Azerbaijan and the world

The life insurance coverage ratio shows the number of premiums collected per capita. It is calculated in the aim of determining how much life insurance actually takes deep root in each country. Azerbaijan (18) surpassed the

neighboring countries Armenia (0) and Georgia (4) in terms of life insurance coverage ratio, only this is not enough. For comparison, let us note prescribed ratio is 41 in Russia, 24 in Turkey, and 23 in Kazakhstan (Figure 4).

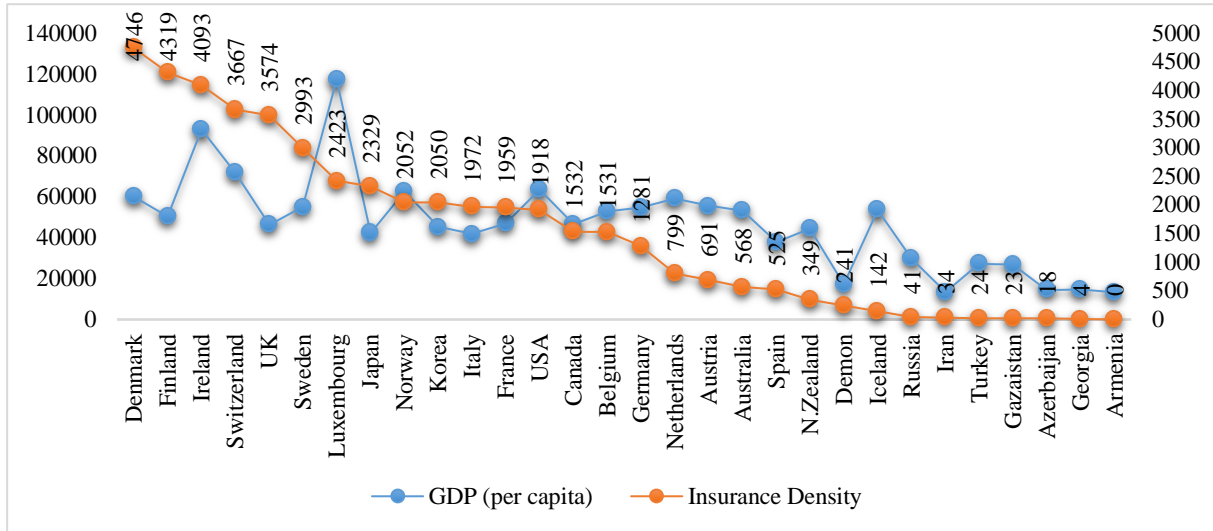


Figure 4. Life insurance coverage density and GDP per capita, 2020 (\$)

Source: (Sigma Re Institute, 2020); (Worldbank, 2020).

The life insurance penetration rate represents usually an expression of the percentage of collected insurance premiums in GDP (Access to Insurance Initiative, 2017). The life insurance penetration rate represents a tool to measure the role of life insurance in the economy of country. The higher the ratio, the higher the share in GDP for this sector. The life insurance penetration rate for Azerbaijan is 0.12%, and with this indicator, it is ahead of a number of neighboring countries, for example, both Turkey and Kazakhstan (0.09%), Georgia (0.03%), Armenia (0%). Azerbaijan is behind only Russia (0.14%) and Iran (0.25%) in the region (Figure 5). It gives thought that thanks to the dynamic reforms that will be carried out in the future, the gap could be easily eliminated.

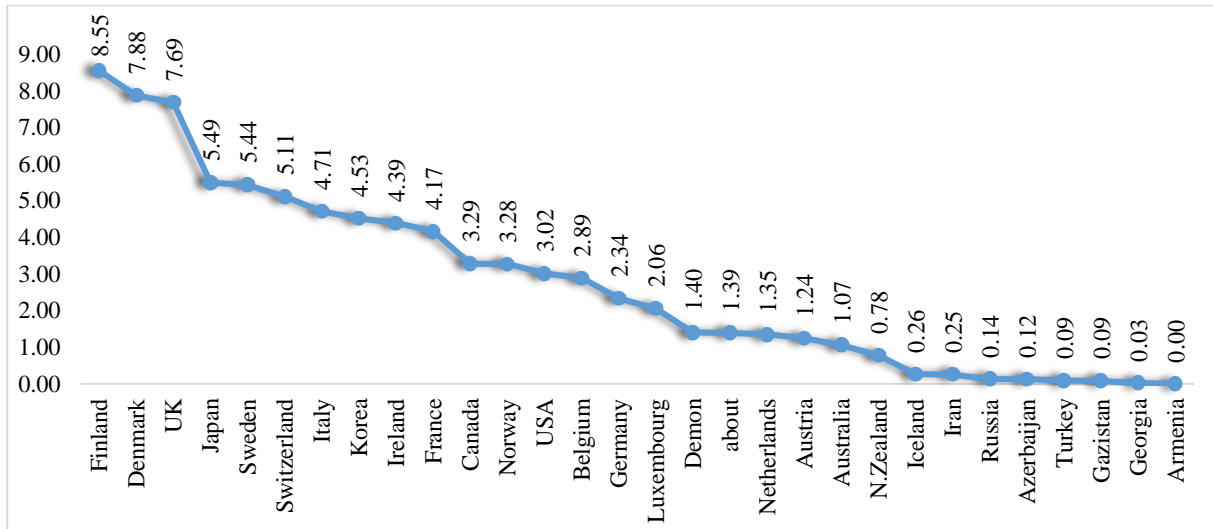


Figure 5. Life insurance penetration rate, 2020

Source: (Sigma Re Institute, 2020); (Worldbank, 2020).

Unfortunately, the insurance market in our country is uncompetitive enough. The Herfindahl-Hirschman index is for to measure market competition (the US Department of Justice, 2018). As we calculated HHI indicator for the

life insurance market, we get a result of 2960 for 2021. It dictates that there is imperfect competition in the local life insurance market (Figure 6).

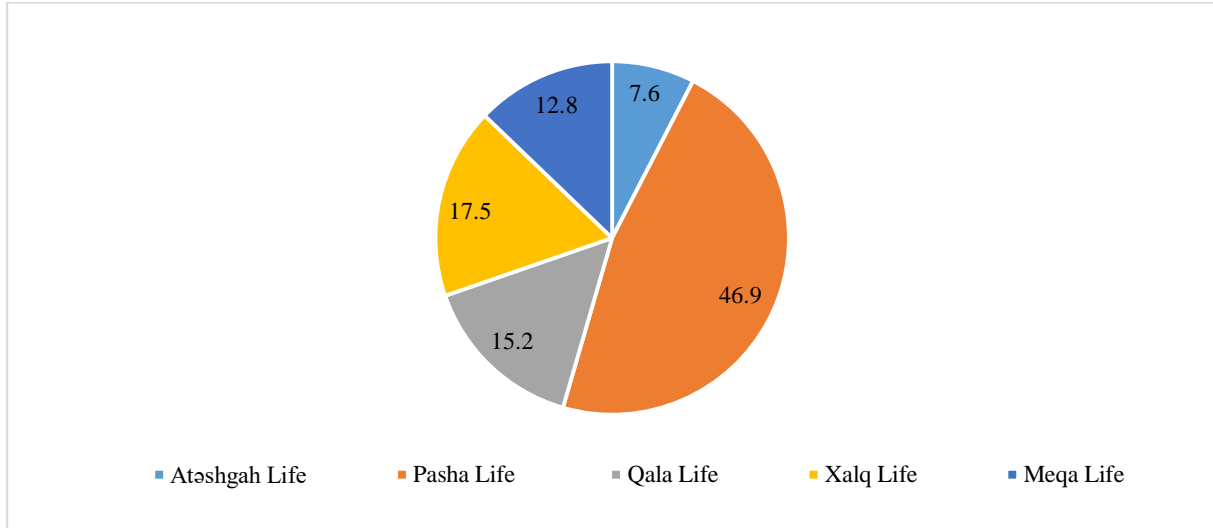


Figure 6. Indicator of market share based on capital, 2021 (%)

Source: (Pasha, 2021); (Gala, 2021); (Xalq, 2021); (Ateshgah, 2021); (Mega, 2021).

Competition in the insurance market is very important as a consequence of insurance companies make various maneuvers to get ahead. In most cases, these maneuvers make benefits to the government and the insured people. One possible proposed idea represents the creation of inclusive insurance products in the current insurance market. In this case, the demand of insurance market is to find investors or get support from the government in a number of issues. For insurers, there is enough potential in this market, with a mass of people who want to be insured (III, 2018).

3. METHODOLOGY

While preparing the article, we have conducted various analyzes between life insurance and social protection indicators, one of which is the regression analysis between insurance premiums and income of the population. Our alternative opinion in the analysis is that as the income of the population increases, they focus on life insurance products and invest by evaluating the future risks as insured.

Regression analysis was conducted based on the indicators of 30 countries, and the result was satisfactory. In the analysis, p-value indicator is considerably smaller than 0.05, which automatically proves alternative opinion (Chart 6). However, we obtained a correlation coefficient (multiple R) of 0.66 and there is a moderate degree of dependence between the two data. Among the standard residuals, no indicators of three or more were found, and this ensures the success of the analysis. There is a positive correlation between the independent variable of population income (x) and the dependent variable of insurance premiums (y).

$$y = f(x) + u \quad (1)$$

$$y = \beta_0 + \beta_1 x \quad (2)$$

$$H_0: \beta_1 = 0 \quad (3)$$

$$H_0: \beta_1 \neq 0 \quad (4)$$

Table 1. Regression analysis between life insurance coverage density and GDP per capita, 2020 (\$)

| <i>Regression Statistics</i> | |
|------------------------------|----------|
| Multiple R | 0,658861 |
| R Square | 0,434098 |
| Adjusted R Square | 0,413887 |
| Standard Error | 1121,682 |
| Observations | 30 |

| ANOVA | | | | | |
|------------|----|----------|----------|----------|----------------|
| | df | SS | MS | F | Significance F |
| Regression | 1 | 27023651 | 27023651 | 21,47853 | 7,53023E-05 |
| Residual | 28 | 35228777 | 1258171 | | |
| Total | 29 | 62252428 | | | |

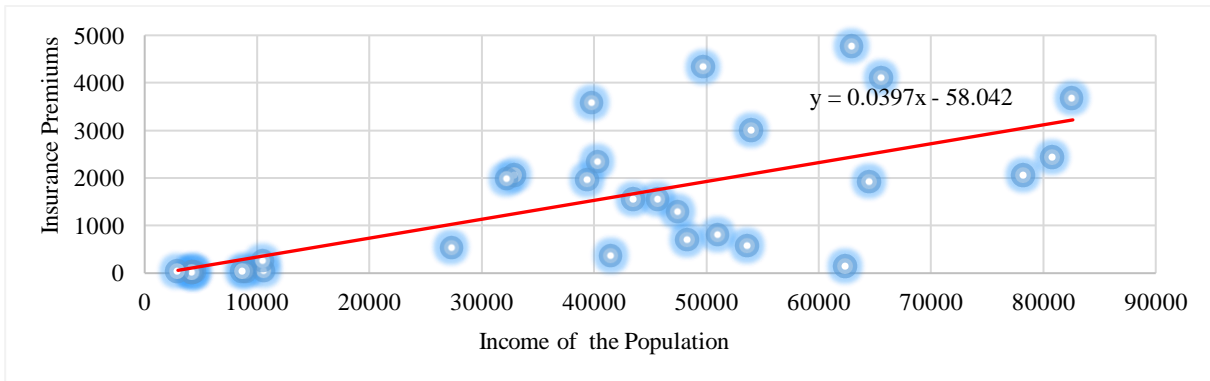


Figure 7. Life insurance coverage density and GDP per capita, 2020 (\$)

Source: (Sigma Re Institute, 2020); (Worldbank, 2020).

Accumulated insurance premiums form extra-budgetary state funds and their importance is considerable. Thus, these funds act as a means of free financial resources collection and redistribution. The investment volume of life insurance companies in the world in 2020 is 4.7 billion dollar (III, 2022). Life insurance companies usually make payments of policyholders in a long-term period, and as a result, the formation of an opinion about the number of payments after 10 years allows them to maneuver in an active investment direction. The concentration of investments represents such that in 2020, 70.24% were bonds, 12.60% real estate and 2.51% stocks (II, 2022). Insurance fees directly and indirectly, that is, reflected in the GDP as investments, lead to an increase in its mass.

The increase in the collection of insurance premiums is positively reflected in the GDP. The correlation dependence between insurance premiums and GDP for 30 countries since 2020 was looked at, and 0.62 was determined, which is considered a moderate dependence (Figure 8).

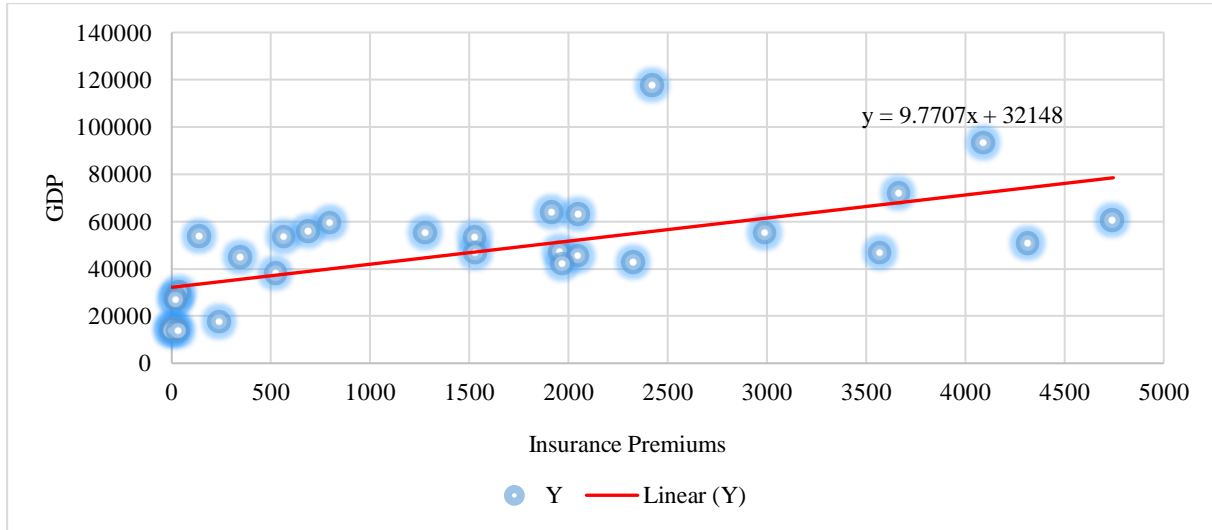


Figure 7. Life insurance coverage density and GDP per capita, 2020 (\$)

Source: (Sigma Re Institute, 2020); (Worldbank, 2020).

A total of 383.11 million manat for life insurance in Azerbaijan in 2021 insurance premiums were collected, the core part of which fell to the share of Pasha (81.7%), Ateshgah (11.5%) and Gala (5%) life insurance companies. Insurance companies of the similar name are ranked in the top three for various payments to the budget (Table 2).

Table 2. Payments of life insurers in Azerbaijan to the budget (mln. ₼, 2021)*

| 2021 | Payments to the budget | | Payments to the budget | |
|----------------|------------------------|------------|------------------------|------------|
| Atəşgah Hayat | 2,47 | 23,4 % | 44,06 | 11,5 % |
| Paşa Hayat | 6,32 | 59,9 % | 313,01 | 81,7 % |
| Qala Hayat | 1,51 | 14,3 % | 19,23 | 5,0 % |
| Xalq Hayat | 0,20 | 1,9 % | 6,29 | 1,6 % |
| Meqa Hayat | 0,05 | 0,5 % | 0,52 | 0,1 % |
| SUM | 10.55 | | 383,11 | |
| <i>Avarage</i> | <i>2.11</i> | <i>20%</i> | <i>76.62</i> | <i>20%</i> |

3.1. Ethical Status of the Study

Secondary data were used in this study. For this reason, ethics committee approval was not required.

4. FINDING

In the long term, the development of life insurance can be seen as an investment, especially appreciated in the case of some foreign countries. When individuals on social security appointments want to benefit, their life insurance records are first reviewed. In the US, if a person has life insurance that is eligible for social security benefits, he or she benefits only as a voluntary insured, and his or her state assistance is either directly limited or a partial benefit is paid. In a number of countries in Europe (Spain, Italy, etc.), individuals can be double beneficiaries, as they both receive social benefits or similar assistance from the state, and benefit from voluntary insurance.

In Azerbaijan, we propose to adopt this type of financing method in a hybrid manner. Therefore, if an individual receives a certain amount of support through voluntary insurance, the rest can be paid to the Social Security Fund. Because the transition to direct life insurance financing can seriously damage the livelihood of low-income families, and it takes time for the population to get a guarantee through voluntary insurance and to master this mechanism. A sudden cut-off of state support may cause general dissatisfaction and lead to a shallow (extensive) development of life insurance instead of strengthening it in this market.

* In Table 1, cells with higher than average values are shown in blue, and cells with lower values are shown in pink.

Disability payments under voluntary insurance are many times lower than monthly compensation payments to victims of work injury or occupational disease in corresponding DSMF benefits. In general, in 2021, the labor capacity insurance fees were not collected, and for 2022, 0.8 million AZN insurance fees have been received so far (Central Bank of the Republic of Azerbaijan, 2022). As a rule, benefits due to the loss of the head of the family are given to the families of persons officially registered as unemployed or who are satisfied with informal employment and play the role of a certain burden for the state. If a person works in a formal employment type and prefers the type of life insurance, it qualifies for life insurance. Life insurance is based on the principle of inheritance and after the death of a person, it provides financial support to his family members in two forms, either lump sum or monthly. The allowance provided to civil servants corresponds to life insurance. In this regard, a more liberal approach can be represented from the legal aspect for civil servants. A certain amount of the portfolio intended for them can be transferred to the life insurance company with which the state cooperates under appropriate conditions. For the civil servant, this would be relatively investment-like, and in this case the state could be relieved of the administrative burden and the state could stimulate the market for life insurance. Payments in this category were around 2,080 AZN in 2021 and 1,820 AZN in 2022 (Table 3).

Table 2. Payments by insurance classes and benefits allocated from DSMF (thousands of manats)*

| Insurance classes | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 |
|--|------------|-------------|------------|------------|------------|------------|
| Voluntary - on life insurance | 126 407 | 949 78.9 | 121 798 | 280 441 | 235 714 | 157 362 |
| life insurance | 124 046 | 933 66.0 | 120 548 | 275 662 | 231 719 | 155 446 |
| life insurance against death | 235 1 | 161 2.9 | 125 0 | 478 0 | 396 8 | 185 8 |
| employment insurance | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 0 | 27 |
| insurance against incurable diseases | 10 | 0.0 | 0 | 0 | 27 | 30 |
| Compulsory - Compulsory Insurance against loss of professional labor capacity due to accidents and occupational diseases in production | 422 6 | 313 6 | 310 1 | 255 9 | 407 1.6 | 242 3 |
| GSSF-benefits | | | | | | |
| for losing the head of the family | 258 5 | 269 1 | 312 8 | 376 0 | 393 5 | 434 4 |
| monthly compensation for victims of work injury or occupational disease | 100 | 94 | 89 | 87 | 82 | 63 |
| to civil servants (for life) | 1.9 3 | 1.89 | 1.8 4 | 2.3 5 | 2.0 8 | 1.8 2 |

5. CONCLUSION

The dynamic development of the life insurance market can act as a tool for enhancing the social protection of the population in the country. Life insurance can reduce the burden on the state to a certain extent and turn nuances such as need in people's thinking into a promising investment. After a brief analysis, we have clarified some aspects in which the state can fundamentally intervene in the development of the life insurance market in Azerbaijan. According to our results, improving the legislative and legal framework in certain cases, and adopting stimulating measures in others, can develop the life insurance market and lead to radical changes in the social protection of the population.

We think that life insurance fulfils a sufficient role in strengthening the social protection of the population. As follows, an increase in insurance premiums and payments was observed in the 5-year dynamics of both voluntary insurance and compulsory insurance. The increase in insurance payments is the improvement of the social status of the population, which means that their sense of need and the need for direct assistance from the state melts relatively. If the influence of the state on the life insurance market is from a legal regulatory aspect, then transparency, competitiveness, etc. the further increase of modern market elements is predicted. In certain cases, if the portfolios of citizens in DSMF are entrusted to insurance companies with which the state cooperates, it can

* In order to create an approximate for 2022, insurance premiums collected in January-August are given

stimulate this market and reduce additional administrative costs of the state. As might be expected, in this case, it is substantial to have a sufficiently comprehensive legal basis.

By promising more security, the state can cause the population to become "lazy" in a number of areas, such as employment and other such areas. Low employment can completely damage the habits of individuals such as income generation and investment, savings, and direct them to divert only and only the obtained benefits to consumption. As is known, life insurance is evaluated as an investment in various literatures (Parrish, 2019 and Rojeck, 2019 - p. 60). From this point of view, the development of life insurance can be considered a priority, because it will relieve the state from providing more benefits and individuals will be able to benefit from such services with life insurance at their own expense.

Increasing attention and care to the life insurance market in Azerbaijan can cause effective results in the development of the non-oil sector. We think that the steps gained towards the regulation of the insurance market, the elimination of gaps in the legislation in this field and the modified application of the Solvency II regulation method applied in the European Union countries to our country will be a serious boost to the development of insurance in Azerbaijan. The Solvency II system is considered a sound and robust prudential framework adapted uniquely for insurance companies, unlike other financial institutions (Solvency II overview, 2015). This system promotes comparability of risk-based capital capacity based on the risk profile of each individual insurance company, overall transparency and competitiveness, and most importantly, indirectly protects consumer rights by strengthening insurance companies' market position. In our country, the number of insured persons has increased, and the potential expansion of the market can be observed. The introduction of compulsory insurance in various types of life insurance and the expansion and strengthening of the spectrum of activities can increase the role of the state in the insurance market and at the same time form the figure of a stable insurance provider for citizens. From this point of view, a need for compulsory insurance offers services in various fields in the insurance market, and this is important in the development of the general country's life insurance market.

Based on our research, we have not found a foreign life insurance company in our country. Protecting the local insurance market and imposing significant restrictions on foreign insurers is in addition the accumulation of money and other financial means of insurance funds in the country, which is of great importance for insurers and policyholders in the country's economy. Because these funds, being considered outside the budget, provide the strengthening of the country's economy by being the number of large-scale financial means. This generates conditions for insurers to compete only with local companies and for the collected funds to remain within the borders of the country. It supports the policyholders from foreign insurers taking advantage of their rights by taking advantage of the loopholes of the law, bearing in mind that insurance is a relatively new field of activity in Azerbaijan and there are foreign-based insurance companies specializing in insurance in this field. From the research, we once again found the development of the insurance market could result in economic prosperity, and there is a long way to go for Azerbaijan in this direction, that is, there is work to be done.

Declaration of Contribution Rate: The author contributes the study on her own.

Declaration of Support and Thanksgiving: No support is taken from any institution or organization.

Declaration of Conflict: There is no potential conflict of interest in the study.

REFERENCES

- Access to Insurance Initiative (2017). *Measuring insurance development: beyond the insurance penetration rate*. Report of the 21st A2ii – IAIS Consultation Call. Access address: https://www.a2ii.org/sites/default/files/2019-07/measuring_insurance_development_-_beyond_the_insurance_penetration_rate.pdf
- Atashgah Life. (2021). Yearly report. Access address: https://www.ateshgah-life.com/upload/reports/files/sfCB-_mZDPp47zN1ZJnZGNjUt4gEas9H.pdf
- Central Bank of the Republic of Azerbaijan (2022). *Statistics-Insurance-By Classes*. Access address: <https://uploads.cbar.az/assets/ab3b252bb267de60aabb12043.xlsx>
- Dickinson, G. (2017). *Encouraging a dynamic life insurance industry: Economic benefits and policy issues*. OECD. Access address: <https://www.oecd.org/finance/insurance/1857811.pdf>

- Dorfman, M., and Cather, A. (2013). *Introduction to Risk Management and Insurance*. 10th ed., Pearson/Prentice Hall.
- Fuller, R., Landrigan, P.J, Balakrishnan, K., Bathan, G., Bose-O'Reilly, S., Brauer, M., et al. (2022). *Pollution and health: a progress update. The lancet planetary health*. Elsevier. DOI:[https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00090-0](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00090-0)
- Getzen, E. (1988). *Longlife insurance: A prototype for funding long-term Care*. Health Care Financ Rev. Access address: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192919/#>
- III. (2018). *Inclusive Insurance: Closing the Protection Gap for Emerging Customers*. Access address: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwimzcrKgYH7AhUEQfEDHffEB-8QFnoECCAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.centerforfinancialinclusion.org%2Finclusive-insurance-closing-the-protection-gap-for-emerging-customers-2&usg=AOvVawOrP6ESyY_wVCTwf7wu-Hpb
- III. (2022). *Facts + Statistics: Life insurance*. Access address: <https://www.iii.org/fact-statistic/facts-statistics-life-insurance>
- Mega Life. (2021). Yearly report. Access address: <https://megalife.az/Web/uploads/pdf/7/P&L%20statement.pdf>
- Parrish, S. (2019). *Is Life Insurance An Investment?* Access address: <https://www.forbes.com/sites/steveparrish/2019/07/09/is-life-insurance-an-investment/?sh=1d954bc832b4>
- Paşa Life (2021). Yearly report. Access address: <https://pasha-life.az/site/assets/files/1045/maliyye-hesabati-2021-1.zip>
- Profam (2022). Insurance classification. Access address: <https://insure.az/info/insurance>
- Qala Life. (2021). Yearly report. Access address: <https://qala.az/upload/iblock/db6/db661fc06a740e336d630a9fe85e86c6.pdf>
- Rojeck, P. (2019). *Wealth. Life insurance*. Springer. DOI: 10.1007/978-3-030-24497-2_6
- Solvency II Overview (2015). access address: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/el/MEMO_15_3120---19
- State Statistics Committee of the Republic of Azerbaijan (2022). Social protection. Pension and social benefits. Access address: https://stat.gov.az/source/healthcare/az/002_1_3.xls
- Swiss Re Institute. (2020). Premium per capita. Access address: <https://www.sigma-explorer.com/index.html>
- The US Department of Justice (2018). Herfindahl-Hirschman Index. Access address: <https://www.justice.gov/atr/herfindahl-hirschman-index>
- Worldbank (2020). GDP per capita (Current USD). Access address: <https://databank.worldbank.org/reports.aspx?source=2&series=NY.GDP.PCAP.CD&country=>
- Xalq Life (2021). Yearly report. Access address: zrr_haqqinda_hesabat_2021.pdf



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

RELATIONS BETWEEN MENTAL DISEASES, PER CAPITA INCOME AND SOME SOCIO-ECONOMIC VARIABLES: RESEARCHES ON BRICS-T COUNTRIES

MENTAL HASTALIKLAR, KİŞİ BAŞINA GELİR VE BAZI SOSYO-EKONOMİK DEĞİŞKENLER ARASINDAKİ İLİŞKİLER: BRICS-T ÜLKELERİ ÜZERİNE ARAŞTIRMALAR

Öğr. Gör. Dr. Ömer Faruk GÜLTEKİN¹

Prof. Dr. Ömer Selçuk EMSEN²

ABSTRACT

Mental illnesses are one of the great social problems of the last period. Mental diseases, which are an important public health problem in the changing and developing world, can be considered as an output of the economic development process. From this point of view, the relationship between mental diseases, which is one of the outputs of the economic development process, and some socioeconomic variables in the BRICS-T countries, which have an important place in the world economy, has been investigated in the study. In this study, the effects of variables representing the level of income per capita and education, health, democracy, and income distribution on mental diseases for the period 1990-2019 were investigated with the help of the Kuznets model. Firstly, descriptive statistics, heteroscedasticity, autocorrelation, and cross-section dependency tests were applied. Secondly, GLS and Driscoll-Kraay estimation tests used in the estimation process, and it was determined that there was a U-shaped relationship between mental illnesses and per capita income in the BRICS-T country group. Konya causality test applied to determine the causality relationships between the variables. According to the results, it has been determined that there are some unidirectional and bidirectional causality relationships both in some country groups and between some variables.

Keywords: Mental Health, Economic Development, Panel Data Analysis, Socioeconomics, BRICS-T.

JEL Classification Codes: O10, I10, I15, I18.

ÖZ

Mental hastalıklar son dönemin en büyük toplumsal sorunlarından biridir. Değişen ve gelişen dünyada önemli bir halk sağlığı sorunu olan mental hastalıklar, ekonomik gelişme sürecinin bir çıktısı olarak değerlendirilebilir. Bu noktadan hareketle çalışmada dünya ekonomisinde önemli bir yere sahip olan BRICS-T ülkelerinde ekonomik kalkınma sürecinin çıktılarından biri olan ruhsal hastalıkların bazı sosyoekonomik değişkenler ile ilişkisi araştırılmıştır. Bu çalışmada, 1990-2019 dönemi için kişi başına düşen gelir düzeyi ile eğitim, sağlık, demokrasi ve gelir dağılımını temsil eden değişkenlerin ruhsal hastalıklar üzerindeki etkisi Kuznets modeli yardımıyla araştırılmıştır. İlk olarak tanımlayıcı istatistikler, heteroskedastisite, otokorelasyon ve yatay kesit bağımlılık testleri uygulanmıştır. İkinci olarak tahmin sürecinde GLS ve Driscoll-Kraay tahmin testleri kullanılmış ve BRICS-T ülke grubunda ruhsal hastalıklar ile kişi başına düşen gelir arasında "U" şeklinde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Değişkenler arasındaki nedensellik ilişkilerini belirlemek için Konya nedensellik testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre hem bazı ülke gruplarında hem de bazı değişkenler arasında tek yönlü ve çift yönlü nedensellik ilişkilerinin bulunduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Mental Hastalık, Ekonomik Gelişme, Panel Veri Analizi, Sosyoekonomi, BRICS-T.

JEL Sınıflandırma Kodları: O10, I10, I15, I18.

¹ Bayburt Üniversitesi, Meslek Yüksekokulu, Department of Management and Organization, ofgultekin@bayburt.edu.tr

² Atatürk Üniversitesi, Ekonomi ve Yönetim Bilimleri Fakültesi, Ekonomi Bölümü, oemsen@atauni.edu.tr

GENİŞLETİLMİŞ ÖZET

Amaç ve Kapsam: Çalışmanın amacı gelişmekte olan ülkelerde ekonomik gelişmenin mental hastalıklara olan etkilerini tartışmaktır. Dünya ekonomisinde önemli bir yere sahip olan BRICS-T ülkeleri için yapılan araştırma özellikle son dönemin ön plana çıkan problemlerinden olan mental hastalıkların gelişme süreçlerine bağlı etkilerini ortaya koyarak konuya dikkat çekmek yine çalışmanın önemli bir boyutunu oluşturmaktadır. Bununla beraber hastalıkların doğrudan ve dolaylı etkileri, toplumsal açıdan potansiyel üretim ve işgücü kaybına yol açmaktadır. Buradan hareketle mental hastalıkların ekonomik kalkınmayla karşılıklı bir etkileşim sürecinden de söz edilebilir. Çalışmanın kapsamını ön plana çıkan gelişmekte olan ülkeler BRICS-T grubu oluşturmaktadır. Bu ülkeler sırasıyla Brezilya, Rusya, Hindistan, Çin ve Güney Afrika ile Türkiye oluşturmaktadır. Bahsi geçen ülkeler dünya üretimi içerisinde çok büyük bir paya sahip olmalarının yanı sıra yüksek nüfus düzeyi, belli bir ekonomik büyüme ve gelişme hızına da sahiptir. Bu durum, ülke grubunu birçok araştırmaya dahil ederken, mental hastalıkların yüksek gelişme potansiyeline sahip olan ülkelerdeki etkilerini ortaya koymayı amaçlayan çalışmada da analize dahil edilmesini sağlamıştır. Bu bağlamda çalışmanın kapsamını BRICS-T grubu oluşturmaktadır.

Yöntem: Çalışmada kullanılan değişkenler mental hastalıkların nüfus içerisindeki payı, 2015 sabit fiyatlarıyla kişi başına düşen gelir düzeyi, doğumda yaşam beklentisi, kadın başı doğum oranı, şehirde yaşayan insan sayısı, okullaşma oranı, demokrasi puanı ve gelir eşitsizliğini temsilen Gini katsayısıdır. Çalışmanın verileri 1990-2019 dönemini kapsamaktadır. Çalışmada kullanılan değişkenler arasındaki ilişkilerin sınaması için temel testler uygulanmıştır. Bu bağlamda tanımlayıcı istatistikler, korelasyon matrisi, VIF testi, yatay kesit bağımlılığı, otokorelasyon ve değişen varyans testleri uygulanmıştır. Buna bağlı olarak seriler arası ilişkileri ortaya koyabilmek için Kuznets modeli kullanılarak tahmin yapılmış ve tahmin sürecinde yatay kesit bağımlılığı, otokorelasyon değişen varyans gibi problemlere karşı dirençli tahminciler olan Driscoll-Kraay ve Genelleştirilmiş En Küçük Kareler (GLS) testleri kullanılmıştır. Sonraki aşamada ($N < T$) ve diğer problemlere uygun olması nedeniyle mental hastalık ekonomik gelişme arasındaki karşılıklı nedensellik ilişkilerinin araştırılması için panel Konya nedensellik testi kullanılmıştır. Tahmin testleri ve nedensellik ilişkilerinin çıktıları da çalışmada yer almıştır.

Bulgular: Elde edilen bulgulara göre seriler arasında yatay kesit bağımlılığı, değişen varyans, otokorelasyon gibi sorunlar bulunmaktadır. Bu sorunlara dirençli tahminciler olarak kullanılan Driscoll-Kraay ve Genelleştirilmiş En Küçük Kareler tahmin testlerinin sonuçlarına göre kişi başına düşen gelir düzeyi ve mental hastalıklar arasında “U” şeklinde bir ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre kişi başına düşen gelir düzeyine bağlı olarak mental hastalıkların nüfus içindeki payı, belirli bir kişi başına gelir düzeyine kadar azalan, belirli bir kişi başına gelir düzeyinden sonra artan bir davranış sergilemiştir. Mental hastalıkların dönüm noktaları, Driscoll-Kraay testi için yaklaşık 2700\$, Genelleştirilmiş En Küçük Kareler testi için yaklaşık olarak 3230\$ olarak hesaplanmıştır. Bunun yanı sıra doğumda beklenen yaşam süresi, kadın başı doğum oranı ve Gini katsayısı mental hastalıkların nüfus içindeki payını pozitif etkilerken, ortalama okullaşma ve şehirde yaşayan insan sayısı mental hastalıkları negatife etkilemiştir. Panel Konya nedensellik test sonuçlarına göre ise kişi başına düşen gelir düzeyi ve demokrasiden mental hastalıklara doğru modelin geneli için tek yönlü bir nedensellik ilişkisi mevcutken, gelir eşitsizliği, doğumda beklenen yaşam süresi ve şehirde yaşayan insan sayısı ile mental hastalıklar arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi bulunmaktadır. Ortalama okullaşma ve kadın başı doğum oranı ile mental hastalıklar arasında modelin tümü için anlamlı nedensellik ilişkileri bulunmazken, bazı ülkeler için anlamlı ilişkilerin bulunduğu gözlenmiştir.

Sonuç ve Tartışma: Mental hastalıklar son dönemde hızla artmakta olup gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülke için mücadele edilmesi gereken önemli bir sorun haline gelmiştir. Genetik ve çevresel faktörler, sosyal ilişkilerde yaşanan problemler bu hastalıkların yayılmasında önemli bir pay sahibi olsa da, sosyoekonomik faktörler de bu tarz hastalıkların bir tehdit unsuru olarak iktisadi gelişme süreçlerini etkilediğini göz önünde bulundurmak gerekir. Ekonomik durum, bireylerin sosyal ve psikolojik hallerini ve çevreyle olan ilişkilerini doğrudan etkilemektedir. Bu noktada ekonomik olarak belirli bir eşik gelir düzeyine sahip olan gelişmiş ekonomilerdeki hastalık etkilerinden öte, küresel ekonomide büyük bir pay sahibi olan gelişmekte olan ülkelerdeki mental hastalık etkilerine odaklanması, konuyu daha önemli bir hale getirmektedir. BRICS ülkeleri ve Türkiye'nin gelişmiş ülkelere kıyasla başta düşük kişi başına gelir düzeyi ve gelir dağılımı olmak üzere yaşadıkları ekonomik problemlerin bu ülke gruplarında yol açabileceği muhtemel mental hastalıklar üzerine odaklanması bu tür hastalıklarla mücadele için küresel bir etkinlik ve işbirliği alanı oluşturabilir. Elde edilen sonuçlar afaei (2012), Tampubolon ve Hanandita (2014), Song ve Kim (2020), Scheve vd. (2022) ve Zeeman ve diğerleri. (2021), Pickett vd. (2006) bulgularıyla örtüşmektedir.

1. INTRODUCTION

According to the definition made by the World Health Organization (WHO), mental health; It can be expressed as the state of being in good shape, where an individual is aware of his/her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work efficiently, and contribute to the society they live in. While diseases accepted as mental illnesses in terms of WHO are expressed as depression, bipolar disorder, schizophrenia, dementia, and other psychotic diseases, it is claimed that there are personal, social, and environmental effects on the basis of the diseases (WHO, 2018; WHO, 2019). It can be argued that this type of disease may be caused by genetic codes, and traumas experienced both in the individual and in the society may be effective, but it can still be argued that the income level representing the status of the person among the underlying factors of mental diseases will be an important factor in catching the disease.

In the ongoing first part of the study, it was continued with the literature review on the socioeconomic determinants of mental diseases, and it was tried to create clues for both variable determination and method selection for this study. Because when the current literature is examined, there are studies that deal with the subject in the context of different disciplines, as well as the existence of differences in the findings due to the differences in terms of the period, data set and method discussed in the studies that look at the discipline of economics. In this study, it has been determined that there are a priori signals that patients in the mental illness group will show significant differences depending on the development level of that country. Therefore, it can be thought that per capita income figures, which are currently accepted as one of the most important indicators in terms of revealing development differences, will be an important variable. Accordingly, it is expected that there will be a negative relationship between income level and mental illnesses in the first place, and then a positive relationship between income level and mental illnesses after a certain threshold value is exceeded. This expected relationship between income and mental illness is thought to fit the description of S. Kuznets, who first suggested that there would be a course between income and income distribution, from a different perspective. Therefore, the main hypothesis of the study will be constructed in this way. On the other hand, based on the studies in the literature for the use of control variables for this relationship research between mental illnesses and income, the Gini coefficient as a measure of fairness in income distribution, life expectancy at birth, average schooling rate, the number of people living in the city, the civil liberties coefficient representing democracy, and the birth rate per woman. planned to be used.

In the third part of the study, the expected signs of the variables used in the model, which are thought to influence mental illnesses, were tried to be revealed at the theoretical level. In the fourth part, although the available data period for BRICS-T countries is between 1990-2019, since India's data covers the period between 1990-2015, this period was subjected to panel data analysis. In the context of panel analyses, it is planned to obtain Pooled Effects Estimation Results and Driscoll-Kraay and GLS Estimate Results, and in addition to this, Panel Konya Causality Test is considered. In the conclusion part of the study, a general evaluation was tried to be made. Literature research

There are some studies in the international literature on the relationship of mental diseases with income growth and socioeconomic variables. However, there is a serious deficiency in the Turkish literature on the subject. In the foreign literature, there are studies that deal with the subject from socioeconomic and sociopsychological aspects, but there are also studies that make use of different disciplines. At this point, the remarkable thing is that the subject has the opportunity to be handled from different disciplinary frameworks and with different statistical methods. This situation provides the researchers with the opportunity to evaluate the studies from different points. Although the discussions on mental diseases were only medical in the beginning, there has been an axis shift towards relations with different disciplines, especially economy and environment. In this case, since the focus of the study is economic and social effects, a literature framework will be created by making use of the studies on the socioeconomic basis in the literature.

The first thing that draws attention in the literature studies on mental diseases is that the research groups contain different results depending on their economic and social structures. In this respect, it can be argued that the economic development levels of countries have an important determinant role in the evaluations to be made on the economic dimensions of mental illnesses. It can also be claimed that some socio-economic factors have a reducing effect on diseases, especially in cases where certain thresholds cannot be bypassed in terms of income increase, especially in terms of developing societies. Because, although the insufficient development of dynamics such as income inequality and democracy that affect the functioning of social life in a developing society harms social balances, other factors affecting social development such as schooling, urbanization, and the increase in birth rate also increase the capacity to create welfare on societies, increase expectations from life and lead to life. may have

positive effects on retention. One of the issues to be evaluated here is which of these effects has more impact on societies. At this point, the Kuznets-based analysis method used in the study can be a guide to a certain extent. Calculating the turning points of the per capita income level as a representative of the increase in welfare and the behaviour of the curve can give researchers an idea. On the other hand, one of the important issues to be discussed about mental illnesses is that researches are generally based on high-income countries. There is not enough research in the literature on low- and middle-income countries.

2. LITERAURE

While some studies on mental illnesses claim that an increase in income has a reducing effect on diseases, some studies have suggested that an increase in income has an increasing effect on diseases. For example, Li et al. (2006) claimed that the tendency of mental illness is higher in individuals who migrate from rural to urban areas with low-income levels in China. Safaei (2012), on the other hand, conducted a similar study for Canada and argued that the tendency for mental illness is higher in low-income segments and that the increase in income for these income segments may be effective in keeping the disease at a low level. In their study for Indonesia, Tampubolon and Hanandita (2014) suggested that a 1% decrease in per capita household expenditure would increase the depression tendency by 0.05%. On the other hand, it has been claimed by the authors that personal social capital and religiosity are also positively related to mental health, while negative events are negatively related. Song and Kim (2020) also presented a study suggesting that households with relatively low incomes in South Korea are more prone to depression. Similarly, Zeeman et al. (2021), in their research on different economic income segments in the USA, suggested that an increase in income has a reducing effect on mental illnesses, especially stress. Based on the studies, it can be argued that poverty is directly related to mental illnesses.

There are also studies suggesting that an increase in income influences increasing mental illnesses, and one of the noteworthy ones is the study of Pickett et al. (2006). In the research conducted on 8 developed countries (USA, France, Netherlands, Belgium, Spain, Germany, Italy, and Japan) through the surveys of the WHO, it has been suggested that the increase in income has an effect on increasing mental illnesses. Within countries, disadvantages based on socioeconomic factors (low education, unemployment, and deprivation) and low levels of social capital have been associated with mental illness. Scheve et al. (2022) investigated whether economic shocks affect individual mental illnesses in Malawi through panel data analysis, and according to their findings, they suggested that factors that cause individual economic problems such as loss of a family member, loss of agricultural productivity and income have a role in the formation of mental illnesses.

Discussions on studies dealing with mental illnesses and socioeconomic variables reveal that socioeconomic factors are directly related to mental illnesses. Studies on the positive effects of income inequality and poverty on diseases draw attention. Singh and Siahpush (2006) investigated the effect of socioeconomic inequalities on life expectancy at birth in the USA. Their findings suggested that individuals in groups with less inequality had a longer life expectancy at all ages than those in groups with less inequality. Dorling et al. (2007) investigated the health effects of income inequality around the world and found that the effect of income inequality on death rates is more closely related to changes in material wealth. They argued that death rates are higher in regions such as Africa, where income inequality is particularly prevalent, and that in more unequal countries, the death rate is higher for a given general income level. Uutela (2010) claimed that economic recessions and crises cause mental illnesses. Elgar et al. (2015) investigated the effects of socioeconomic inequalities on mental illnesses in adolescents. According to their findings, socioeconomic inequalities due to income inequality may negatively affect the future health status of individuals. Rohde et al. (2016) investigated the effects of economic insecurity on mental illnesses in Australia, and they developed a data set measuring economic insecurity and investigated the effects of this data set on mental illnesses by using the pooled effects estimator, which is one of the panel data estimation methods. According to their findings, job insecurity, financial dissatisfaction, fluctuation in income, inability to meet standard expenditures and lack of access to emergency funds directly affect health conditions and showed that increases in economic insecurity can directly affect mental illness morbidity. Patel et al. (2018) in their literature research on studies investigating the relationship between income inequality and depression, they stated that income inequality has an increasing effect on depression in most of the existing studies. Li et al. (2021) investigated the relationship between socioeconomic inequalities and child mental health; According to the findings they obtained, low parental education and low per capita income level, especially in low-income segments during the pandemic period, have an increasing effect on children's mental illnesses. Lyu and Sun (2020) investigated the effects of personal relative deprivation on cognitive function and mental illness for older age

groups in China using panel data analysis. Their findings revealed that personal relative deprivation had a negative impact on mental health. When the analyzes for urbanization, which is one of the important indicators of socioeconomic development, are discussed, it can be mentioned that there is a lack of studies investigating the relationship between mental illnesses and urbanization. Although there are studies on the subject in the literature, the general opinion is that the relationship between mental illness and urbanization does not reveal a clear result. In the emergence of this situation, researches generally focus on socioeconomic instruments such as income inequality, poverty and unemployment, and researches are generally conducted in micro dimensions. One of the studies that can be evaluated on the subject belongs to Chen and Chen (2015). The authors investigated the relationship between urbanization and mental illness in China using data from a national survey conducted in China in 2011, but they could not find a significant relationship between urbanization and the presence of mental illness. The authors suggest that more attention and policies should be developed to address the effects of urbanization on mental illness.

One of the important studies on the subject is the research conducted by Ventriglio et al. (2020). The authors found that urbanization affects mental health through social, economic, and environmental factors, common mental syndromes reported a higher prevalence in cities, and the reason for this was social inequalities, social insecurity, pollution, and lack of contact with nature. have expressed. It is a fact that urbanization creates some health effects, especially in societies that have economic and social problems. While research generally focuses on these problems, it is necessary to expand the scope of research on the subject. The general conclusion obtained from the studies in the literature is that there is a direct relationship between some socioeconomic factors that cause mental diseases and these diseases. At this point, especially the results obtained by different research methods support the claim.

3. DATASET AND METHOD

The data of the study covers the period of 1990-2019 and the period that can be obtained for the data was used. While the numerical estimation values of mental diseases alone do not produce a clear result about the model, the ratio of the data to the population will provide significant advantages to the research in the process of interpreting the results and effects. From this point of view, another distinguishing feature of the study is to investigate the relationship between mental illnesses and increase in welfare, especially based on income per capita calculated with purchasing power parity, where inflation can also be implicitly included in the research. On the other hand, there is a serious deficiency in the Turkish literature on the subject, and the number of studies investigating the effects of economic development on mental diseases on a theoretical or empirical basis by including Turkey in the studies in the English literature is also limited. In the studies in the literature, the subject has generally been evaluated on a psychiatric basis, and cultural and socioeconomic variables are included as an indirect or secondary element in the studies. At this point, the aim of the study is to investigate the relations of mental diseases, which are an important problem of individual and social life based on economic development, with socioeconomic variables for BRICS-T countries.

While creating the variables in the light of the information above, the variables affecting the city life and the economy were determined based on the variables in the literature. Accordingly, the variables used in the model are the share of mental illnesses in the population, per capita income, the second power of per capita income, life expectancy at birth, birth rate per woman, and the number of people living in cities. Among the variables used in the model, the first and second powers of the per capita income level represent the welfare level. Average life expectancy represents the level of health. Finally, the birth rate per woman and the number of people living in the city are directly dependent on economic development but represent the economic and social competition and pressure that city life will bring. At this point, using such a variable for the BRICS countries and Turkey, which has an important place in the world economy and ranks high among the developing country groups, increases the importance of the issue, since societies with a high level of education and hope for the future will have a higher desire to bring a new child to the world. When evaluated in terms of economic development, developed countries have less population growth rate, high level of education and conscious individuals, while underdeveloped countries consist of individuals with high population level and population growth rate, low education, and lower consciousness. The main aim of developing countries is to create more conscious and developed societies with higher income, wealth, and education levels. Based on this expression, it can be said that developing countries are in a process of structural transformation to meet the needs they need, and the social and social structure will change in this process along with the production structure. With this situation, the birth rate per woman emerges as an

important indicator that draws attention to whether developing societies can have the same level of development homogeneously. However, another variable that is important for research is the rate of urbanization. Urbanization rate is important in terms of planning and management of basic needs such as nutrition, health, education, employment, and environment at the point of migration of the world population from rural areas to cities in the recent period. However, a remarkable point in the model created regarding the urbanization rate is the strength of its relationship with the per capita income level, which is the reflection of production capacity and welfare in the economy. The main factor in the emergence of this situation can be stated that the level of social welfare achieved in cities is higher than in rural areas, and therefore the per capita income level, which is an important indicator of social welfare, is directly proportional to the rate of urbanization. Urbanization rate was not included in the model as a variable, as this would lead to biased results due to the relationship of high urbanization with income level for a possible model to be established. Instead, the number of people living in the city was used as one of the control variables in the model.

Among the variables used in the model, the share of mental illnesses in the population is from the OurWorldInData data platform, per capita income level, life expectancy at birth, birth rate per woman and the number of people living in the city are from World Bank data, average schooling is from the United Nations Development Program (UNDP) database, representing democracy. The civil liberties coefficient was obtained from Freedom House data, and the Gini coefficient data representing income inequality was obtained from data calculated by Solt (2018). While researching the model, correlation matrix, autocorrelation, multicollinearity, varying variance, cross-section dependence, some estimation and causality tests were used respectively. In this direction, the results obtained were interpreted and the relationship between depression and economic development processes was evaluated. The model of the study based on the above information:

$$y_{it} = \beta_0 + \beta_{1i} \text{GDPPC}_{it} + \beta_{2i} \text{GDPPC}_{it}^2 + \beta_{3i} \text{Life}_{it} + \beta_{4i} \text{City}_{it} + \beta_{5i} \text{Gini}_{it} + \beta_{6i} \text{Democ}_{it} + \beta_{7i} \text{Birth}_{it} + \beta_{8i} \text{School}_{it} + \varepsilon_{it} \quad (1)$$

expressed as. In the model, $i=1, 2, \dots, 6$ indicates the countries, $t=1, 2, 3, \dots, 30$ indicates the time period. On the other hand, " y_{it} " represents the share of mental illnesses in the population, " GDPPC_{it} " represents the per capita income, " GDPPC_{it}^2 " represents the squared of gdp per capita, " Life_{it} " represents life expectancy at birth, " City_{it} " represents the number of people living in the city, " Gini_{it} " represents the Gini coefficient that emphasizes income inequality, " Democ_{it} " is the civil liberties coefficient representing democracy, " Birth_{it} " represents the birthrate per woman, " School_{it} " represents the average schooling rate and " ε_{it} " represents the error term. The variables used in the model were created by considering the increase in welfare and socioeconomic factors. The natural logarithmic values of the variables were taken. The natural logarithmic values of the variable of births per woman are arranged with the following method, which is frequently used in the literature because it contains results less than zero in some periods (Busse and Hefeker, 2007; Odugbesan et al., 2021).

$$y = \ln(x + \sqrt{x^2 + 1}) \quad (2)$$

3.1. Expectations from the Model

Based on the data, the expectations from the model can be expressed as follows:

- i) Although the per capita income level has increased with the effects of welfare, many societies have experienced economic problems, especially because of the 2008 global crisis, and this has affected the level of public health. In addition, due to factors such as unemployment increase, social and psychological effects caused by migration from village to city, and stress caused by daily life, the increase in mental illnesses can be expected to increase more rapidly, especially with a certain population level, depending on the increase in income.
- ii) Income inequality draws attention as an important social problem. Income inequality is more common especially in low and middle-income countries, and it has been stated in the studies in the literature that it has an increasing effect on mental illnesses. Therefore, in the study, it can be expected that income inequality has a positive effect on mental illnesses.
- iii) One of the important variables related to research is human lifespan. Technically, the average life expectancy included in the model with the title of life expectancy at birth is expected to have a positive effect on mental illnesses since such diseases are more common in the high age group.

iv) Other control variables of the study include the birthrate per woman, the civil liberties score representing democracy, and the schooling rate. The increase in the rate of birth per woman and the tendency of schooling increases the potential human capital for societies, and when evaluated on a family basis, the increase in the responsibilities of parents in child-rearing may lead them to problems such as depression and anxiety. Financial difficulties, especially in families with many children, may cause family members to be exposed to mental illnesses such as depression. The tendency to go to school, on the other hand, can increase the responsibilities of families and lead them to move away from mental illnesses. The development of the understanding of democracy, on the other hand, can have a decreasing effect on mental illnesses by increasing freedoms. With these effects, it can be expected that the birth rate per woman in the model will increase mental diseases, and the effect of average schooling and democracy will influence reducing mental diseases.

v) The last variable regarding the research is the number of people living in the city. The high correlation of the urbanization rate with the per capita income level led to the use of the number of people living in the city as a variable for the city in the model. An issue that should be evaluated here is that the number of people living in the city has an increasing effect on both the income level and the population. Since the production capacity will increase as the cities develop, the increase in the number of people living in the city means an indirect population increase for the societies. Although this situation has an effect that increases the tendency to mental illness at the beginning, this effect can be evaluated in the model through the relationship between per capita income level and mental illness. Considering the number of people living in the city together with the mental illness-population ratio chosen as the dependent variable when evaluated in terms of the established model, the increase in the number of people living in the city will increase the population, and the mental illness-population ratio will decrease and a negative relationship between them will be expected. However, since the city effect can be observed at the per capita income level, a positive relationship between per capita income level and mental illnesses will indirectly indicate a positive relationship between urbanization and mental illness.

3.4. Ethical Status of the Study

Ethics committee was not taken because secondary data were used in this study.

4. RESULTS

Among the findings of the research, firstly, there are descriptive statistics results. Results were generated for the natural logarithmic values of the variables. Since the Gini coefficient for the period 2015-2019 in India could not be found, the estimation was made with incomplete data.

Table 1. Descriptive Statistics

| Variable | Average | Std. dev. | Min. | Max. | Observation |
|--|----------|-----------|-----------|----------|-------------|
| Share of Mental Diseases in Population | 2.587038 | 0.146305 | 2.422854 | 2.90411 | 180 |
| Gdp Per Capita | 8.384202 | 0.835273 | 6.268177 | 9.393229 | 180 |
| Gdp Per Capita ² | 70.98864 | 13.20512 | 39.29004 | 88.23277 | 180 |
| Life Expected at Birth | 4.214175 | 0.0894034 | 3.978634 | 4.352739 | 180 |
| Democracy | 1.28959 | 0.4080724 | 0.6931472 | 1.94591 | 180 |
| People Living in the City | 18.6302 | 1.050773 | 16.76781 | 20.55955 | 180 |
| Average Schooling Rate | 1.931269 | 0.3333246 | 1.098612 | 2.501436 | 180 |
| Income Inequality | 3.801261 | 0.2017276 | 3.222868 | 4.15104 | 176 |

Table 1 shows the descriptive statistics values of the variables. Accordingly, the average, standard deviation, minimum, maximum, and number of observations of the variables are shown in the table, and the values obtained in the number of people living in the city were calculated relatively higher in the first and second powers of the per capita income level. Related to the subject, the correlation matrix of the variables is given in the table below. The names of the variables have been shortened due to the size of the table and included in the table.

Table 2. Correlation Matrix

| Variable | Mental | GDPPC | GDPPC ² | Life | Democ. | City | School. | Inequal. |
|--------------------|---------|---------|--------------------|--------|--------|--------|---------|----------|
| Mental | 1.0000 | | | | | | | |
| GDPPC | 0.0071 | 1.0000 | | | | | | |
| GDPPC ² | 0.0219 | 0.9990 | 1.0000 | | | | | |
| Life | 0.2692 | 0.3920 | 0.4010 | 1.0000 | | | | |
| Democ. | -0.3831 | -0.0800 | -0.0794 | 0.4455 | 1.0000 | | | |
| City | 0.1249 | -0.4312 | -0.4265 | 0.4554 | 0.4375 | 1.0000 | | |

| | | | | | | | | |
|------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| School. | -0.5644 | 0.6282 | 0.6213 | 0.0474 | -0.0357 | -0.2765 | 1.0000 | |
| Inequality | 0.1963 | 0.0411 | 0.0280 | -0.4977 | -0.6015 | -0.3954 | -0.0811 | 1.0000 |
| Birth | 0.2967 | -0.4576 | -0.4506 | -0.5581 | -0.3873 | -0.3363 | -0.6412 | 0.5420 |

Table 2 shows the results of the correlation matrix of the variables. According to the results of the correlation matrix, there are no strong relationships between the variables. Since the correlation values among the variables are less than 0.70, it is not possible to talk about a strong correlation between the variables. It is an expected result that only the correlation values between the first and second powers of the per capita income level are high. The fact that the relationships between the variables are not strong will allow the variables of the research to not contain each other and the results to be obtained in the estimation process to be evaluated in a healthy way. In the continuation of the study, the VIF (Variance Inflation Factor) test, which tests the multicollinearity problem, which is directly related to whether the variables contain each other or not, was applied with the correlation matrix.

Table 3. VIF Test Results

| Variable | VIF | 1/VIF |
|---------------------------|------|----------|
| Gdp Per Capita | 5.38 | 0.185887 |
| People Living in the City | 4.29 | 0.232986 |
| Life Expected at Birth | 3.10 | 0.322341 |
| Democracy | 2.51 | 0.397770 |
| Expected Schooling Rate | 2.32 | 0.430138 |
| Income Inequality | 2.12 | 0.471660 |
| Average VIF Value | 3.29 | |

According to the VIF test results in Table 3, the mean VIF value of the model was calculated as 3.29. According to many studies in the literature, while the mean VIF value is higher than 5 points to the multicollinearity problem (Menard 1995; O'Brien, 2007), the general idea in the literature is that the average VIF value up to 10 in the models to be created is a problem. (Mason, Gunst, & Hess, 1989; Marquardt 1970; Kennedy, 1992). In the continuation of the study, the Breusch-Pagan and White tests, which test heteroscedasticity (varying variance), were applied. The results of heteroscedasticity tests are shown in Table 4.

Table 4. Heteroskedasticity Results (White Test)

| Test | Chi2 | df | p value |
|--------------------|--------|----|---------|
| Heteroskedasticity | 141.27 | 43 | 0.0000 |
| Skewness | 19.97 | 8 | 0.0105 |
| Kurtosis | 0.28 | 1 | 0.5992 |
| Total | 161.51 | 52 | 0.0000 |

In the results of the White tests applied to determine the changing variance situation, the hypothesis "There is no Serial Correlation in H_0 Series" for the White test was rejected because the probability value of the test result was less than 0.05. Since the probability value of the total part of the White test results, which is a powerful test for the variable variance problem, is less than 0.05, the hypothesis of "There is no Serial Correlation in H_0 Series" is rejected, and it can be stated that there is a changing variance problem between the series for the White test results.

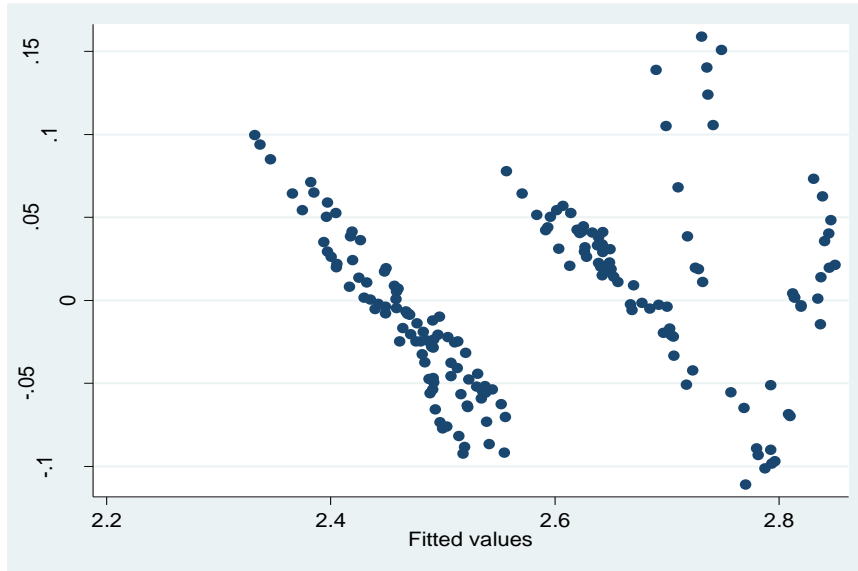


Figure 1. Distribution of Residuals

The changing variance problem states that the variances of the residuals between the series are not randomly distributed. This situation is supported by the image above and shows that the residues are not homogeneously distributed and are in a certain trend. The autocorrelation test, which is also an important test of the research, constitutes an important part of the study. The results of the autocorrelation test suggested by Wooldridge (2010) for the series are also shown in Table 5.

Table 5. Autocorrelation Test Results

| F (1,5) | Prob> F |
|---------|---------|
| 970.498 | 0.0000 |

According to the Wooldridge autocorrelation test results, since the probability value is less than 0.05, the hypothesis of "H₀: There is no first-order autocorrelation" was rejected and it was determined that there was an autocorrelation problem between the series. Cross-section dependency test results shown in Table 6.

Table 6. Cross-Section Dependency Test Results

| Variable | Breusch-Pagan LM | Pesaran scaled LM | Bias-corrected scaled LM | Pesaran CD |
|-----------------------------|------------------|-------------------|--------------------------|-------------|
| GDP Per Capita | 375.3474*** | 65.79014*** | 65.68669*** | 19.31829*** |
| GDP Per Capita ² | 376.7290*** | 66.04237*** | 65.93892*** | 19.35955*** |
| Life time | 252.5318*** | 43.36718*** | 43.26373*** | 13.31294*** |
| Head of Woman | 224.7143*** | 38.28842*** | 38.18497*** | 10.82399*** |
| City People Count. | 359.7803*** | 62.94798*** | 62.84453*** | 9.533257*** |
| Democracy | 148.4724*** | 24.36861*** | 24.26516*** | 2.699700*** |
| Schooling | 408.0270*** | 71.75658*** | 71.65313*** | 20.18686*** |
| Income inequality | 257.1698*** | 44.21395*** | 44.11051*** | -0.470855 |

Since the probability values between the series are statistically smaller than 1% according to the cross-sectional dependence test results, the hypothesis of "H₀: There is no cross-sectional dependence between the series" is rejected and it is accepted that there is a cross-sectional dependence between the series. Although it is said that there is no cross-sectional dependence for the Pesaran CD test result only for the income inequality variable, the same cannot be said for other variables. In this case, it can be said that there is a cross-section dependency in the model.

Since there are problems such as changing variance, autocorrelation and cross-section dependence in the study, estimation tests that consider the problems such as cross-section dependence and changing variance between series should be used while estimating. Accordingly, the use of Ordinary Least Squares estimators, which do not primarily consider the cross-section problem, may render the estimation inefficient. On the other hand, the possibility that the error terms of the series are related to each other, and the common error component of the

autocorrelation and varying variance problems may cause the OLS estimation to produce unhealthy results. In this direction, although it is appropriate to use Generalized Least Squares (GLS) and Driscoll-Kraay estimation tests, which consider the problems of cross-sectional dependence, autocorrelation, and varying variance, it is an important part of the research to make EKK estimations with robust estimators in order to increase the richness of the research.

Answers about which model to use when making predictions for series are of great importance. At this point, the Hausman test is one of the most important tests that will help in deciding the model selection. Table 7 contains the results of the Hausman test.

Table 7. Hausman Test Results

| Variables | b (Fix Effect) | B (Random Effect) | (b-B) | sqrt(diag(V_b-V_B)) |
|-----------------------------|----------------|-------------------|------------|---------------------|
| GDP Per Capita | -0.232373 | -1.328206 | 1.095833 | 0.1265107 |
| GDP Per Capita ² | 0.0120441 | 0.0833911 | -0.071347 | 0.0080796 |
| Life time | 0.0832692 | 0.7110288 | -0.6277596 | 0.1199224 |
| Birth Per Woman | -0.0734512 | -0.4259947 | 0.3525435 | 0.0970167 |
| People Living in the City | -0.0254269 | -0.0663767 | 0.0409498 | 0.075599 |
| Democracy | -0.0250505 | -0.1838431 | 0.1587926 | 0.0248782 |
| Schooling | 0.0392872 | -0.4875468 | 0.526834 | 0.0883007 |
| Income Inequality | -0.0258081 | 0.2172877 | -0.2430958 | 0.0950793 |

Remark: $\chi^2(5) = (b-B)[(V_b-V_B)^{-1}](b-B) = 143.31$ Prob> $\chi^2 = 0.0000$

According to the Hausman test results, since the probability values of the series are less than 0.05, the hypothesis of "H₀: Random Effects Hypothesis should be used" will be rejected and the Pooled Effects estimator will be efficient to use. One of the important issues to discuss about estimation is that Pooled or Random effects estimators ignore the cross-sectional dependence problem. At this point, estimation using resistant versions of the Pooled Effects estimator will produce more reliable results to make consistent estimation results. Table 8 shows the normal and resistant results of the Pooled Effects estimator.

Table 8. Pooled Effects Estimation Results

| Variable | Pooled Effects Estimation | | | Pooled Effects Estimation (Robust) | | |
|-----------------------------|---------------------------|------------|---------|------------------------------------|------------|----------|
| | Coefficient | Std. Error | t Stats | Coefficient | Std. Error | t Stats. |
| GDP Per Capita | -0.23237*** | 0.0790818 | -2.94 | -0.23237*** | 0.1254634 | 0.123 |
| GDP Per Capita ² | 0.0120441** | 0.0049332 | 2.44 | 0.0120441** | 0.0074326 | 0.166 |
| Life time | 0.0832692 | 0.0583135 | 1.43 | 0.0832692 | 0.0972639 | 0.431 |
| Birth Per Woman | -0.0734512* | 0.0417463 | -1.76 | -0.0734512* | 0.0448145 | 0.162 |
| People Living in the City | -0.0254269 | 0.0291371 | -0.87 | -0.0254269 | 0.0201341 | 0.262 |
| Democracy | -0.025050** | 0.0112957 | -2.22 | -0.025050** | 0.0149283 | 0.154 |
| Schooling | 0.0392872 | 0.0352517 | 1.11 | 0.0392872 | 0.0726988 | 0.612 |
| Income Inequality | -0.0258081 | 0.0405739 | -0.64 | -0.0258081 | 0.0253552 | 0.355 |
| Cons. | 3.968189*** | 0.6233577 | 6.37 | 3.968189*** | 0.5757584 | 0.001 |

Remark: ***, **, * marks denote 1%, 5%, and 10% significance levels

The Pooled Effects Estimator, which does not consider cross-sectional dependence, contains certain significant results between series, while the Robust (resistant) version, which considers cross-sectional dependence, does not have significant and significant results between series. However, the importance of the tests in the estimation process, which considers the problems of cross-section dependence, autocorrelation, and varying variance, is remarkable. In the following part of the research, the relationships between the variables will be investigated by using estimators that consider the cross-sectional dependence, autocorrelation, and varying variance problems. The most notable among these estimators are the Driscoll-Kraay and GLS tests. Table 9 contains the results of the Driscoll-Kraay and GLS tests.

Table 9. Driscoll-Kraay and GLS Prediction Results

| Driscoll-Kraay Test | | | GLS Test | |
|-----------------------------|--------------|------------|---------------|------------|
| Variable | Coefficient | Std. Error | Coefficient | Std. Error |
| GDP Per Capita | -1.328206*** | 0.2048124 | -1.229255*** | 0.1439309 |
| GDP Per Capita ² | 0.0833911*** | 0.0131646 | 0.0768757*** | 0.0088453 |
| Life time | 0.7110288*** | 0.0925172 | 0.7047282*** | 0.0831448 |
| Birth per Woman | 0.425994*** | 0.0607383 | 0.3710716*** | 0.0434091 |
| People Living in the City | -0.066376*** | 0.009047 | -0.0623977*** | 0.008663 |

| | | | | |
|-------------------|--------------|-----------|---------------|-----------|
| Democracy | -0.183843*** | 0.0152693 | -0.1690318*** | 0.0152208 |
| Schooling | -0.487546*** | 0.0451797 | -0.4472812*** | 0.0246069 |
| Income Inequality | 0.2172877** | 0.0617534 | 0.1702859*** | 0.0402149 |
| Cons. | 7.04065*** | 1.135186 | 6.620168*** | 0.6791066 |

Remark: ***, **, * marks denote 1%, 5%, and 10% significance levels

According to the results in Table 9, it can be mentioned that there are significant and strong relationships for both tests applied. In the Driscoll-Kraay estimation test, there are negative and positive relationships between mental illnesses and the first and second powers of per capita income, respectively, and the same is true for the GLS test. The main difference between the tests is in the coefficients. Similar results were obtained for other variables. Accordingly, according to the results of both estimation tests, the effects of life expectancy at birth, birth rate per woman and income inequality on mental illnesses are positive; The number of people living in the city, the democracy score and the expected schooling rate have a negative effect on mental illnesses. According to the Driscoll-Kraay estimation test results, the share of mental illnesses in the population, depending on per capita income, decreases until a certain threshold income and increases after a certain threshold income level. In the calculations in the literature, although the cases in which the series behaves in an "inverted U" shape while calculating the turning points of the Traditional Kuznets Curve and the Environmental Kuznets Curve, in this study, the turning point of the threshold per capita income level was calculated, since the relationship between mental illnesses and socioeconomic variables was investigated using the Kuznets model measurement method " $y^* = \frac{-\beta_1}{2\beta_2}$ " used by Dinda (2004). On the other hand, in a study investigating the health effects of the Environmental Kuznets Curve in the literature, Fotourhchi (2015) calculated the turning points for both "inverted U" and "U"-shaped predictions. Since the natural logarithmic values of the variables were used while making the calculations in this direction, the turning point for the per capita income level was calculated as 7.896164 for the Driscoll-Kraay estimation. This value indicates approximately 2687 dollars. In terms of the estimation model, as the per capita income approaches roughly \$2700, the per capita income level has an increasing effect on mental illnesses along with some socioeconomic effects. In other words, for the country group included in the analysis, the relationships between mental illnesses and per capita income follow a "U-curve" path. Safaei (2012), Tampubolon and Hanandita (2014), Song and Kim (2020), Scheve et al. (2022) and Zeeman et al. (2021), which coincides with the findings of Pickett et al. (2006) study draws attention. The relationship between income per capita and mental illness behavior is given in Figure 2.

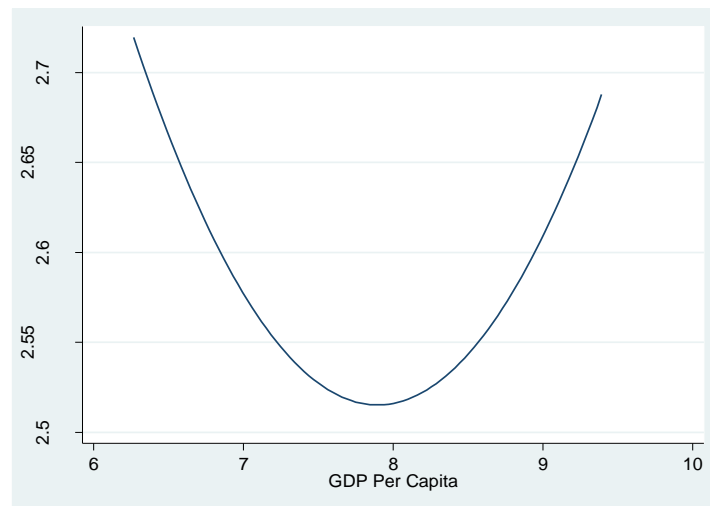


Figure 2. Relationship between Driscoll-Kraay and Mental Health-GDP Per Capita

The behavior pattern depending on the results of the estimation of the relationship between income per capita and mental illness using the GLS estimation test is given in Figure 3. A similar behavioral trend result was obtained through the GLS prediction test, and the turning point was calculated as 8.078209. This value indicates approximately \$3224 level. In terms of the estimation model, as the per capita income approaches roughly around \$3230, the per capita income level has an increasing effect on mental illnesses along with some socioeconomic effects. The relationship between income per capita and mental illness behavior is given in Figure 3.

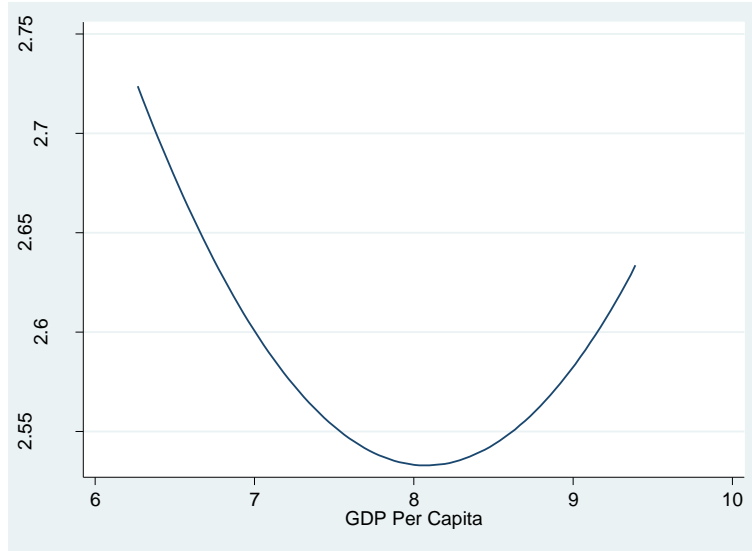
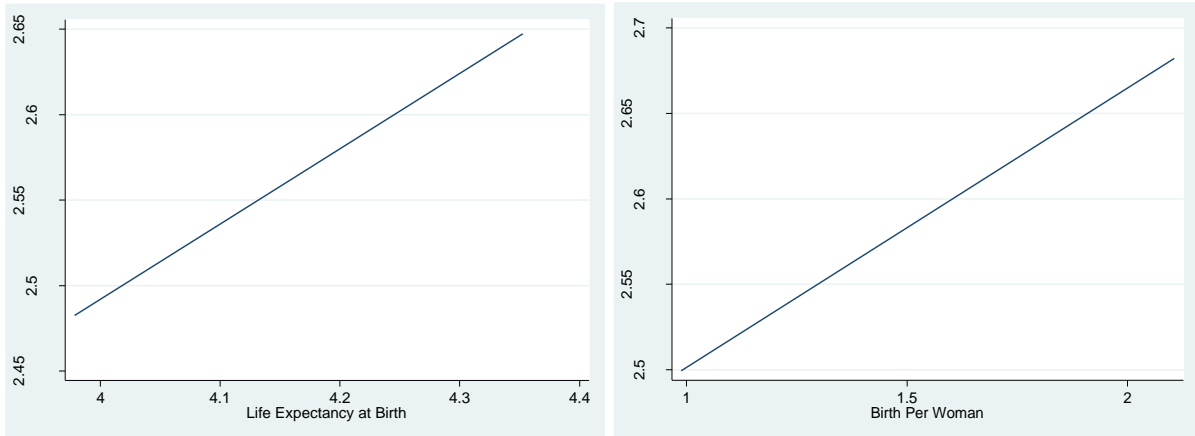


Figure 3. GLS Estimate and Mental Health-GDP Per Capita Relationship

Figure 2 and Figure 3 show mental illness behavior based on per capita income for the Driscoll-Kraay and GLS estimation tests. The different assumptions used by the estimation tests while evaluating the series created differences in the slope and turning points of the graphs. However, a similar trend can be mentioned in general. The relationships of mental diseases with other variables depending on the prediction tests are also given in Figure 4 and Figure 5.



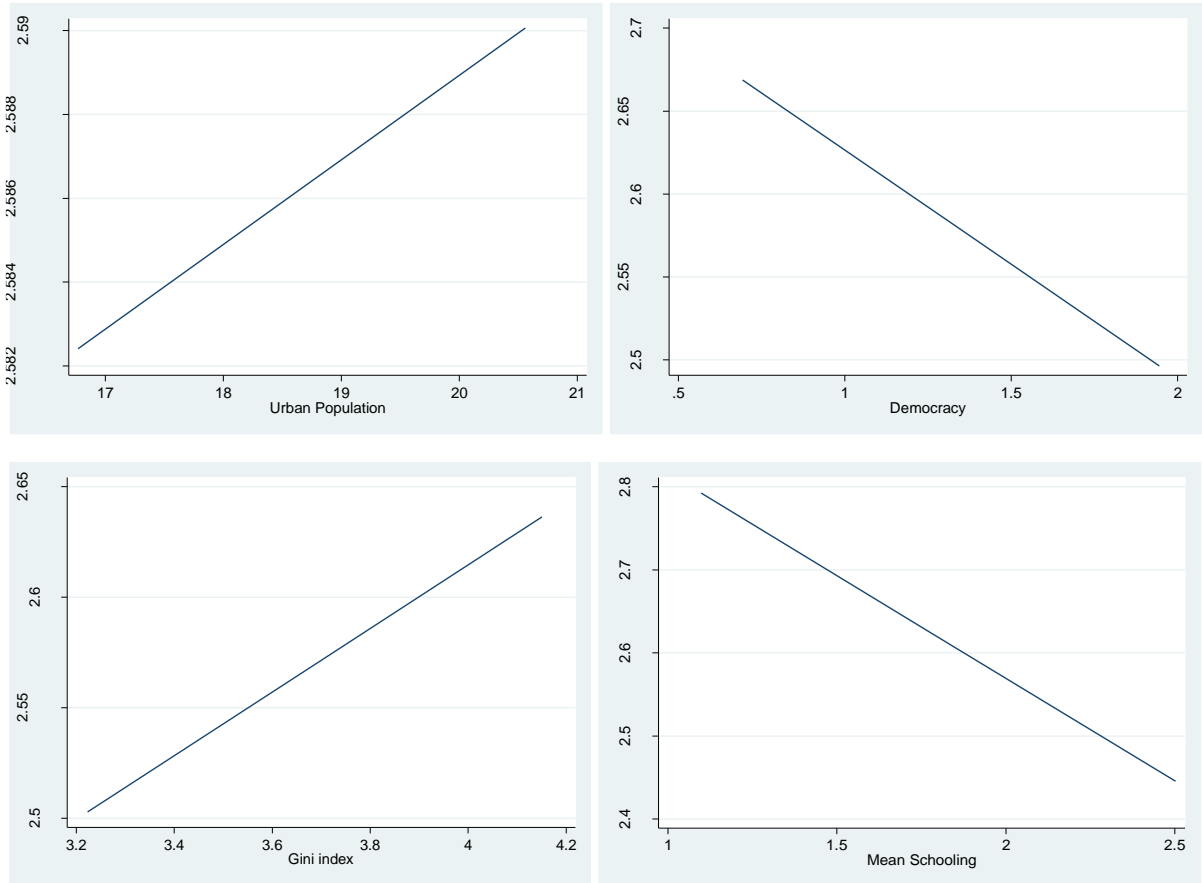
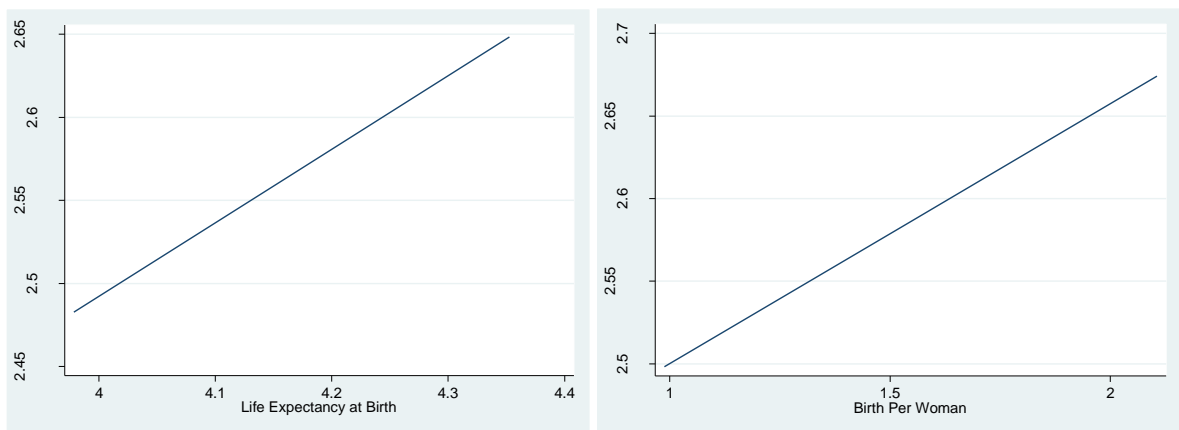


Figure 4. The Relationship between Mental Health and Socioeconomic Variables with Driscoll-Kraay Estimation



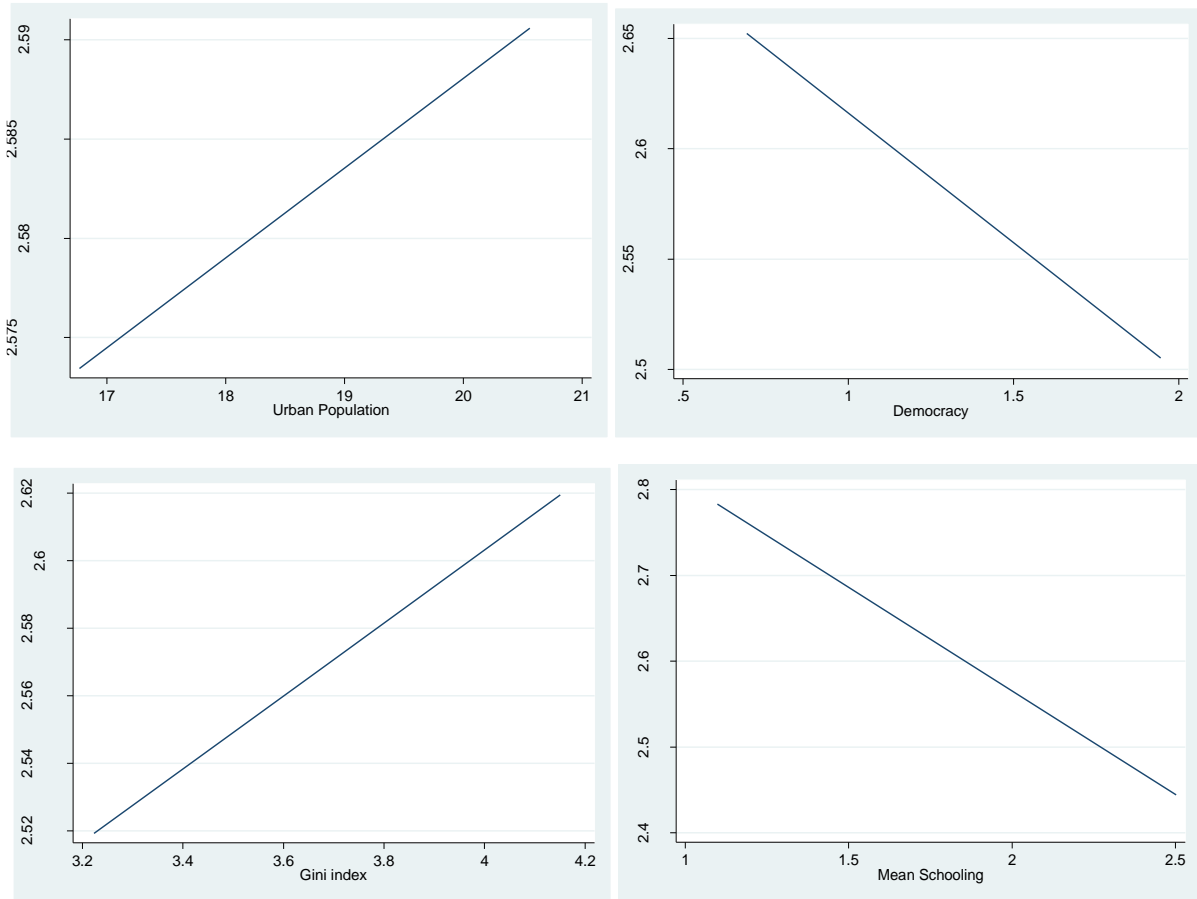


Figure 5. Relationship between GLS Estimation and Mental Health-Socioeconomic Variables

Figure 4 and Figure 5 show the graphical displays of the predictions made using different prediction tests. Accordingly, it can be mentioned that there are positive and negative significant relationships between the variables. In the last stage of the research, the existence of causality relationships between variables will be investigated. Panel Konya (2006) causality test, one of the current causality tests that cares about cross-section dependency, will be used while investigating causality relationships in the series.

The causality test created by Konya (2006) is based on the apparently unrelated regression estimators developed by Zellner (1962). Panel Konya causality test can make separate estimations for each cross-section, and each of these cross-sections is calculated using different bootstrap critical values. This situation distinguishes the Konya causality test from other causality tests. The ability to estimate the cross-section shows that the test also assumes that the series are not homogeneous. Konya causality test can be expressed as follows (Konya, 2006):

$$Y_{1,t} = \alpha_{1,1} + \sum_{i=1}^{ly_1} \beta_{1,1,i} Y_{1,t-i} + \sum_{i=1}^{lx_1} \delta_{1,1,i} X_{1,t-i} + \varepsilon_{1,1,t} \tag{3}$$

$$Y_{2,t} = \alpha_{1,2} + \sum_{i=1}^{ly_1} \beta_{1,2,i} Y_{2,t-i} + \sum_{i=1}^{lx_1} \delta_{1,2,i} X_{2,t-i} + \varepsilon_{1,2,t}$$

·
·
·

$$Y_{N,t} = \alpha_{1,N} + \sum_{i=1}^{ly_1} \beta_{1,N,i} Y_{N,t-i} + \sum_{i=1}^{lx_1} \delta_{1,N,i} X_{N,t-i} + \varepsilon_{1,N,t}$$

Konya causality test results regarding the study are given in Table 8, 9, 10 and 11.

Table 8. Panel Konya Causality Test Results

| Countries | GDPPC → Mental | GDPPC ² → Mental | Live → Mental | City → Mental |
|--------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Panel Stats 50.206*** | Panel Stats 50.372*** | Panel Stats 44.624*** | Panel Stats 70.058*** |
| Brazil | 1.407 | 1.554 | 3.897** | 22.696*** |
| Russia | 17.303*** | 16.206*** | 7.422*** | 366.686*** |
| India | 4.411*** | 3.451** | 1.186 | 7.416*** |
| China | 8.232*** | 9.474** | 27.297*** | 7.329*** |
| South Africa | 4.726*** | 5.023** | 7.911** | 18.854*** |
| Turkey | 0.021 | 0.011 | 3.540 | 7.369** |

Remark: ***, **, * marks denote 1%, 5%, and 10% significance levels for Bootstrap p-value, respectively. Bootstrap performed 10.000 replications.

Table 9. Panel Konya Causality Test Results (Continued)

| Countries | Democ. → Mental | School → Mental | Income Equal. → Mental | Birth → Mental |
|--------------|-------------------------|-----------------------|-------------------------|-------------------------|
| | Panel Stats 21.564** | Panel Stats 12.197 | Panel Stats 19.214** | Panel Stats 20.187** |
| Brazil | 14.739*** | 6.197* | 0.096 | 74.061*** |
| Russia | 0.325 | 0.103 | 0.092 | 0.140 |
| India | 0.815 | 1.094 | 15.009** | 23.576*** |
| China | 0.319 | 1.425 | 11.983** | 9.619*** |
| South Africa | 1.213 | 1.397 | 48.449*** | 7.327* |
| Turkey | 9.441 | 3.640 | 12.668** | 26.501*** |

Remark: ***, **, * marks denote 1%, 5%, and 10% significance levels for Bootstrap p-value, respectively. Bootstrap performed 10.000 replications.

Table 10. Panel Konya Causality Test Results (Continued)

| Countries | Mental → GDPPC | Mental → GDPPC ² | Mental → Live | Mental → City |
|--------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|-------------------------|
| | Panel Stats 11.376 | Panel Stats 12.123 | Panel Stats 45.060*** | Panel Stats 23.450** |
| Brazil | 0.532 | 0.562 | 3.937** | 0.126 |
| Russia | 3.998 | 4.480 | 7.491*** | 5.416 * |
| India | 10.642 | 10.711 | 1.171 | 2.915 |
| China | 0.046 | 0.044 | 26.723*** | 7.329*** |
| South Africa | 0.494 | 0.529 | 8.122*** | 2.475 |
| Turkey | 0.137 | 0.117 | 4.012 | 8.346** |

Remark: ***, **, * marks denote 1%, 5%, and 10% significance levels for Bootstrap p-value, respectively. Bootstrap performed 10.000 replications.

Table 11. Panel Konya Causality Test Results (Continued)

| Countries | Mental → Democ. | Mental → School | Mental → Income Equal. | Mental → Birth |
|--------------|----------------------|----------------------|-------------------------|-----------------------|
| | Panel Stats 2.328 | Panel Stats 8.738 | Panel Stats 25.779** | Panel Stats 11.538 |
| Brazil | 0.067 | 0.045 | 30.942*** | 15.619 |
| Russia | 0.060 | 0.342 | 0.239 | 2.877 |
| India | 0.219 | 0.025 | 0.047 | 3.046** |
| China | 0.041 | 0.456 | 4.301 | 2.191 |
| South Africa | 1.059 | 0.672 | 0.230 | 0.069* |
| Turkey | 0.302 | 0.288 | 13.261** | 4.961 |

Remark: ***, **, * marks denote 1%, 5%, and 10% significance levels for Bootstrap p-value, respectively. Bootstrap performed 10.000 replications.

The Konya causality test results in the table were created according to the results of Wald and Fisher statistical values produced for each section in the panel and for the whole panel, respectively. The Wald test statistical values produced for each of the sections gain significance depending on whether the Bootstrap probability values are statistically greater than the critical values at 1%, 5% and 10% significance levels, respectively. According to the

Konya causality test results, it can be said that there are unidirectional and bidirectional causality relationships between mental illnesses and many of the other variables, both for the whole panel and for different sections. If the analysis is detailed, it has been observed that there is a one-way causality relationship between the first and second powers of per capita income and mental diseases, from income per capita to mental diseases at a statistically significant level of 1%. When evaluated in terms of cross-sections, a statistically significant 1% causality relationship was found from per capita income to mental diseases in BRICS member countries Russia, China, India, and the Republic of South Africa. It was observed that there was a bidirectional causality relationship between life expectancy at birth and mental illnesses at the 1% level of significance for the entire panel. When evaluated for the sections, it is observed that there is a statistically significant causality relationship of 1% for Russia and China, and 5% for Brazil and the Republic of South Africa. It has been determined that there is a two-way causality relationship between the number of people living in the city and mental illnesses for the whole panel, at a statistical significance level of 1% from the number of people living in the city to mental illnesses, and at a statistical significance level of 5% from the number of people living in the city to the number of people living in the city. When evaluated for the sections, it is observed that there are causal relationships from the number of people living in the city to mental illnesses, statistically at the level of 1% in Brazil, Russia, India, China, and South Africa, and at the statistical level of 5% in Turkey, while from mental illnesses to the number of people living in the city. Statistically, causality relationships were determined depending on the significance levels of 1% in China, 5% in Turkey and 10% in Russia. Another variable that has been tested for causality is the effect of democracy. It was observed that there was a one-way causality relationship between democracy and mental illnesses for the entire panel, from democracy to mental illnesses at a statistically significant 5% level. In the estimation for the sections, it can be stated that there is a statistically significant relationship at the 1% significance level only in Brazil. A mutual causality relationship can also be mentioned for another variable, income inequality. It was observed that there was a bidirectional causality relationship between income inequality and mental illnesses at a statistically significant 5% level for the entire panel. When evaluated for cross-sections, it was determined that there were causal relationships from income inequality to mental diseases statistically 1% in the Republic of South Africa, 5% statistically in India, China, and Turkey, while statistically 1% in Brazil from mental illnesses to income inequality. and in Turkey, causality relations were observed at 5% significance levels. Finally, it was determined that there is a one-way causality relationship between the birth rate per woman and mental diseases for the entire panel, from the birth rate per woman to mental diseases at a statistically significant 5% level. In the evaluations made for the sections, it was determined that there were causal relationships from the birth rate per woman to mental diseases at a statistically significant level of 1% in Brazil, India, China, and Turkey, and at a statistical significance level of 10% in the Republic of South Africa. From mental illnesses to the birth rate per woman, causality relationships were found at statistically significant levels of 5% in India and 10% in the Republic of South Africa. On the other hand, no causal relationship was found between mean schooling and mental illnesses for the whole panel, but when evaluated for the cross-sections, it was observed that there was a statistically significant 10% causality relationship from mean schooling to mental illnesses only in Brazil. Figure 6 shows the direction of the causal relationships of the variables.

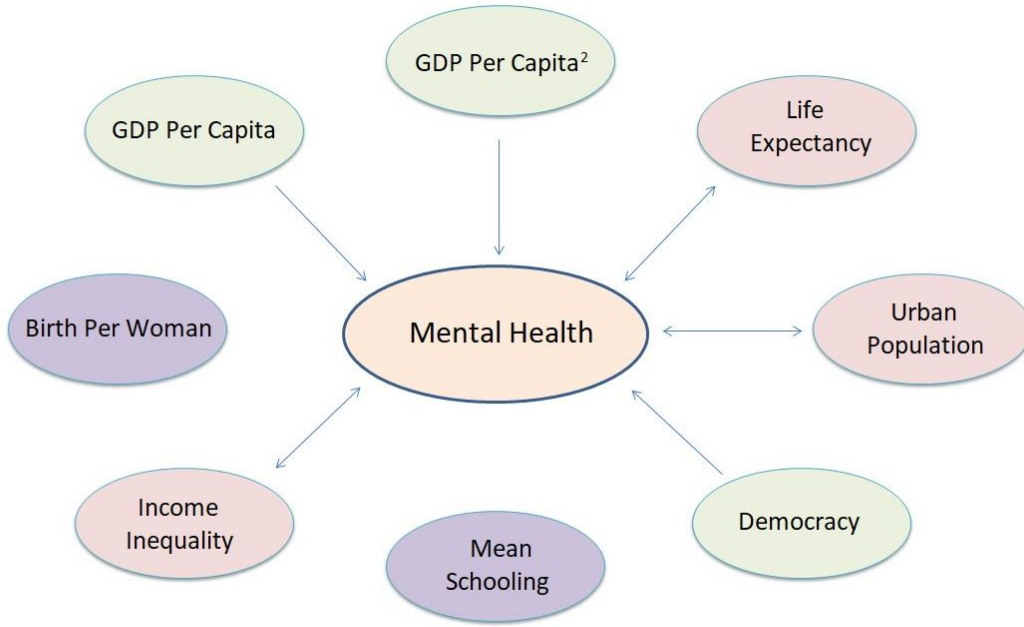


Figure 6. Direction of Causality Relationships

The diagrams in the Figure 6 show the direction of causal relationships between variables and mental illnesses. Accordingly, variables with unidirectional causality relationship with mental illnesses are shown in green charts, variables with bidirectional relationship are shown in red charts, and variables without a causal relationship are shown in purple charts.

5. DISCUSSION AND CONCLUSION

Mental diseases have been increasing rapidly in recent years and have become an important problem to be tackled for many developed and developing countries. Although genetic and environmental factors and problems in social relations have an important role in the spread of these diseases, it should be considered that socioeconomic factors also affect economic development processes as a threat to such diseases. The economic situation directly affects the social and psychological states of individuals and their relations with the environment. At this point, it can be argued that economic policies and naturally socioeconomic determinants have a serious effect on the mental health of individuals. At this point, focusing on the effects of mental illness in developing countries that have a large share in the global economy, beyond the effects of illness in developed economies with a certain threshold income level, makes the issue more important.

Focusing on possible mental illnesses that BRICS countries and Turkey may cause in these country groups due to the economic problems they experience, especially low per capita income level and income distribution compared to developed countries, can create a global area of activity and cooperation to combat such diseases. On the other hand, it can be thought that the determination of the effects of socioeconomic factors on mental diseases in developing economies will be of great importance both in terms of shedding light on future studies and in eliminating an important deficiency in the literature. In this direction, in the analyzes made on the BRICS countries and Turkey for the period between 1990 and 2019, it was determined that there is a structure expressed by the "U curve" between mental illnesses and income. In this context, it has been determined that mental diseases are at a higher level when the societies are at the underdevelopment level, and there is a decrease in mental diseases depending on the development process. When the development continued, it was determined that there was an increase in mental diseases this time. In other words, considering the employment in the social structure and the income structure accordingly, the share of the agricultural sector in underdeveloped societies is higher than the

other sectors and people make their own agricultural production. Along with the development process, the society evolves into industry; people become the labor force working in the production of others. When the same trend is continued, a situation emerges as the social structure evolves into the services sector this time; they are still in charge of their own affairs. It is possible to express the flow here with Clark's "three-sector law". Therefore, mental illnesses are at a higher level because the individuals in the society are predominantly in the agriculture and/or services sector where they are the managers of their own business; On the other hand, in a structure where they are industrial workers, it has been determined that there is a situation where mental illnesses remain at a lower level. Such a structure may indicate the existence of a signal that responsibilities regarding the conduct of one's own business will be a trigger for mental illness.

In addition to these relationships between mental illnesses and income, increases in life expectancy, increases in birth rates, negative democratization and income inequality are factors that increase mental illnesses; On the other hand, it has been determined that the increase in urbanization and schooling has a decreasing effect on mental diseases. In the causality tests, while income, square of income, average life, urbanization, democratization, income inequality and birth rates were found to be effective on mental illnesses, it was determined that schooling had no effect.

When the findings are evaluated as a whole, it can be said that while it is determined that the education of the individual against the risk of mental diseases and the fact of a livable city act as an antidote, it will be important to expand social programs that provide psychological support to individuals against the difficulties of self-employment and the accompanying economic life. It can be said that such practices are both a requirement of the social state understanding and will be important in terms of preventing the direct costs of unhealthy workforce such as unemployment and the indirect costs of health care costs and thus minimizing economic losses.

DECLARATION OF THE AUTHORS

Declaration of Contribution Rate: The authors contributed equally to the study.

Declaration of Support and Thanksgiving: No specific funding was obtained for this research project.

Declaration of Conflict: The authors report there are no conflict of interest.

REFERENCES

- Busse, M., & Hefeker, C. (2007). Political risk, institutions, and foreign direct investment. *European Journal of Political Economy*, 23(2), 397-415. <https://doi.org/10.1016/j.ejpoleco.2006.02.003>
- Chen, J., & Chen, S. (2015). Mental health effects of perceived living environment and neighborhood safety in urbanizing China. *Habitat International*, 46, 101–110. <https://doi:10.1016/j.habitatint.2014.11.002>.
- Dinda, S. (2004). Environmental Kuznets Curve Hypothesis: A survey. *Ecological Economics*. 49, 431-455. <https://doi.org/10.1016/j.ecolecon.2004.02.011>.
- Dorling, D., Mitchell R., & Pearce J. (2007). The global impact of income inequality on health by age: an observational study. *BMJ*. 7;335(7625):873. doi: 10.1136/bmj.39349.507315.DE.
- Elgar, J. E., Pfortner, T. K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. J. M., & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study, *The Lancet*, Volume 385, Issue 9982, 2088-2095. DOI: 10.1016/S0140-6736(14)61460-4.
- Fotourhchi, Z. (2015). İktisadi büyüme, sağlık ve çevresel tahribatın karşılıklı ilişkisi: ampirik bir değerlendirme. yayımlanmış doktora tezi. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı. Ankara.
- Kennedy, P. (1992). *A Guide to Econometrics*, Oxford: Blackwell.
- Kónya, L. (2006). Exports and growth: granger causality analysis on OECD countries with a panel data approach. *Economic Modelling*, (23), 978-992. <https://doi.org/10.1016/j.econmod.2006.04.008>.

- Li, W., Wang, Z., Wang, G., Ip, P., Sun, X., Jiang, Y., & Jiang, F. (2021). Socioeconomic inequality in child mental health during the COVID-19 pandemic: First evidence from China. *Journal of Affective Disorders*, 287, 8-14, DOI: 10.1016/j.jad.2021.03.009.
- Li, X., Stanton, B., Fang, X., & Lin, D. (2006). Social stigma and mental health among rural-to-urban migrants in china: a conceptual framework and future research needs. *World Health and Population*, 8(2), 14-31. doi: 10.12927/whp.2006.18282.
- Lyu, S., & Sun, J. (2020). How does personal relative deprivation affect mental health among the older adults in China? Evidence from panel data analysis. *Journal of Affective Disorders*, 277, 612-619. doi: 10.1016/j.jad.2020.08.084.
- Marquardt, D. W. (1970). Generalized inverses, ridge regression, biased linear estimation, and nonlinear estimation, *Technometrics*, (12), 591–256. <https://doi.org/10.1080/00401706.1970.10488699>.
- Mason, R. L., Gunst, R. F., & Hess, J. L. (1989). *Statistical Design and Analysis of Experiments: Applications to Engineering and Science*, New York: Wiley.
- Menard, S. (1995). *An introduction to logistic regression diagnostics. Applied logistic regression analysis*, CA: Sage. p. 58-79.
- O'brien, R. M. (2007). A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors, *Quality & Quantity*, (41), 673–690. doi: 10.1007/s11135-006-9018-6.
- Odugbesan, J.A., Rjoub, H., Ifediora, C.U. et al. (2021). Do financial regulations matters for sustainable green economy: evidence from Turkey. *Environ Sci Pollut Res*, 28, 56642–56657. DOI: 10.1007/s11356-021-14645-4.
- Patel, V., Birns, J. K., Dhingra, M., Tarver, L., Kohrt, B.A., & Lund, C. (2018). Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms. *World Psychiatry*, 17, 76-89. DOI: 10.1002/wps.20492.
- Pickett, K. E., James, O. W., & Wilkinson, R. G. (2006). Income inequality and the prevalence of mental illness: a preliminary international analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(7), 646–647. doi: 10.1136/jech.2006.046631
- Rohde, N., Tang, K. K., Osberg, L., & Rao, P. (2016). The effect of economic insecurity on mental health: Recent evidence from Australian panel data. *Social Science & Medicine*, 151, 250–258. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.12.014.
- Safaei, J. (2012). Socioeconomic and demographic determinants of mental health across Canadian communities. *The Internet Journal of Mental Health*, 8(1), 1-13. DOI: 10.5580/2c23.
- Singh, G. K., & Siahpush M. (2006). Widening socioeconomic inequalities in US life expectancy, 1980-2000. *Int J Epidemiol*, 35(4): 969-79. doi: 10.1093/ije/dyl083.
- Scheve A., Bandawe C., Kohler H., P., & Kohler I.V. (2022). Mental health and life- course shocks in a low-income country: Evidence from Malawi. *SSM - Population Health*, 101098. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022>.
- Solt, F. (2018) *The standardized world income inequality database*. Harvard Data verse.
- Tampubolon, G., & Hanandita, W. (2014). Poverty and mental health in Indonesia. *Social Science & Medicine*, 106, 20–27. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.01.012 10.1016/j.socscimed.2014.01.012.
- Song, A., Kim, W. (2020). The association between relative income and depressive symptoms in adults: Findings from a nationwide survey in Korea. *Journal of Affective Disorders*, 263, 236–240. doi: 10.1016/j.jad.2019.11.149.
- Uutela, A. (2010). Economic crisis and mental health. *Current Opinion in Psychiatry*, 23(2), 127-130. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328336657d>.

- WHO. (2018). Mental health: strengthening our response, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Wooldridge, J. (2010). *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, Cambridge, Mass: MIT Press.
- Ventriglio, A., Torales, J., Castaldelli-Maia, J., De Berardis, D., Bhugra, D. (2021). Urbanization and emerging mental health issues. *CNS Spectrums*, 26(1), 43-50. doi:10.1017/S1092852920001236.
- Zellner, A. (1962). An Efficient Method of Estimating Seemingly Unrelated Regressions and Tests for Aggregation Bias. *Journal of the American Statistical Association*, Vol. 57, No. 298, pp. 348-368.
- Zeeman, L. Collin DF. Batra A, et al. (2021). How does income affect mental health and health behaviors? A quasi-experimental study of the earned income tax credit. *J Epidemiol Community Health*, 75:929–935.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

TOPLUMUN KORUYUCU AŞILARLA İLGİLİ TUTUM VE DAVRANIŞLARI: İSTANBUL İLİ ÖRNEĞİ*

SOCIETY'S ATTITUDES AND BEHAVIORS ABOUT PROTECTIVE VACCINES: THE CASE OF ISTANBUL

Zeynep GÖGER¹

ÖZ

Covid-19 pandemisi bireylerin aşıya yönelik tutumları üzerinde olumsuz etkilere neden olmuş ve özellikle Covid-19 aşısına karşı oluşan bu olumsuz tutum genel olarak diğer koruyucu aşılarla karşı bakış açısını değiştirmiştir. Bu çalışmada toplumun koruyucu aşılarla ilgili tutum, bilgi ve davranışlarını tespit etmeye yönelik olarak kesitsel bir çalışma yapılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre, katılımcıların koruyucu aşılarla ilgili tutum ve bilgileri değerlendirildiğinde, demografik değişkenlere yönelik farklılıklar sonucunda, aşılarla ve aşılanmaya karşı genel itibarıyla anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir. Ancak bununla birlikte sağlık okuryazarlığına sahip olan ve sağlıkla alakalı eğitim almış olan bireylerin, aşılanmaya ve koruyucu aşılarla karşı daha bilinçli oldukları ve koruyucu aşılarla karşı daha olumlu bir tutum içinde olduğu gözlemlenmektedir. Aşı güvenliğine ilişkin sorularda katılımcıların büyük çoğunluğu olumlu cevap vermiştir. Ancak yeni geliştirilen aşılarla ilgili sorularda cevaplar olumsuz yönde artış göstermiştir. Sonuç olarak özellikle pandemi gibi halk sağlığını tehdit eden durumlarda bireylerin aşı reddi ya da aşıya karşı olumsuz bakış açılarını değiştirmek için bireylere aşı konusunda en doğru bilgilerin yetkili makamlarca verilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Koruyucu Aşı, Aşılanma, Geçerlilik, Güvenirlilik, Aşı Karşıtlığı

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I12, I18.


ABSTRACT

The Covid-19 pandemic has caused negative effects on individuals' attitudes towards the vaccine, and this negative attitude towards the Covid-19 vaccine has changed the perspective towards other preventive vaccines in general. In this study, a cross-sectional study was conducted to determine the attitudes, knowledge, and behaviors of the society about preventive vaccines. According to the results of the research, when the attitudes and knowledge of the participants towards preventive vaccines are evaluated, it is observed that there is no significant difference in general against vaccines and vaccination, because of differences in demographic variables. However, it is observed that individuals who have health literacy and have received health-related education are more conscious about vaccination and preventive vaccines and have a more positive attitude towards preventive vaccines. Most of the participants gave positive answers to the questions about vaccine safety. However, the answers to the questions about the newly developed vaccines increased negatively. As a result, it is recommended that the most accurate information about vaccination be given to individuals by the competent authorities, especially in situations that threaten public health such as pandemics, to change the vaccine rejection or negative perspectives against the vaccine.

Keywords: Preventive Vaccination, Vaccination, Validity, Reliability, Anti-vaccine

JEL Classification Codes: I10, I12, I18.

* İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi (Türkçe) programında yürütülen yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

¹  İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, zeynepgoger17@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The worldwide fight against Covid-19 has become relatively easy with the advent of vaccines. Vaccination has created a relief in individuals and therefore in countries. At this point, it has been understood once again how important vaccines are. However, disinformation about vaccines developed against Covid-19 has led to the emergence of vaccine hesitancy and even anti-vaccine. One of the reasons why this happens is that all phases of the mRNA vaccine are passed very quickly and released very quickly. This situation has led to the questioning of the safety of this vaccine in individuals and in society. However, it is known that thanks to immunization and therefore vaccination, the death of approximately 2 to 3 million people is prevented every year. People in all age groups are protected from very serious diseases such as hepatitis A, hepatitis B, diphtheria, tetanus, mumps, measles, pneumococcal diseases, polio, which may require hospitalization and even result in death if not prevented and treated. While these immunization studies have reached 90% in the developed countries of the world, it shows the gravity of the situation in developing countries where 29% of children under the age of 5 apply to the hospital due to vaccine-preventable diseases. Whether this negative attitude towards the Covid-19 vaccine will also develop against other vaccines is an issue worth investigating. From this point of view, the main purpose of this study is to discover whether many individual differences such as demographic structures, education levels, income status, and gender of individuals change in terms of their views and attitudes towards vaccines, and if so, which features are common features.

Design/methodology/approach:

In the research, descriptive cross-sectional model, one of the quantitative research methods, was used. The population of the research consists of individuals over the age of 18 living in Istanbul. According to TUIK data, the total population over the age of 18 consists of 11,492,484 people. Power analysis was performed to determine the number of samples and 385 people were calculated. Data were collected from 412 people within the scope of the study. The data were collected using the convenience sampling technique in line with the accessibility principle of a survey link prepared via Google Forms. As data collection tools, demographic information form prepared by the researcher and attitude and confidence level questionnaire towards vaccination applications were used. Data were analyzed with SPSS.

Findings:

When the differences in attitudes towards vaccination according to employment status were examined, a significant difference was found in positive attitudes ($F=6.79$, $p<.05$). It is seen that the positive attitudes of civil servants are significantly higher than those working in the private sector, self-employed, housewives and students. A significant difference was found in indecisive attitudes according to employment status ($F=3.71$, $p<.05$), according to this; The indecisive attitudes of housewives and students are significantly higher than civil servants. Students' indecisive attitudes are significantly higher than those who work in their own business.

Conclusion and Discussion:

When the attitudes and knowledge of individuals towards preventive vaccines are evaluated, it is observed that there is no significant difference in general against protective vaccines and vaccination, because of differences in demographic variables. However, it is observed that people who have health literacy, have received health-related education, are more conscious about vaccination and preventive vaccines, have a more positive attitude towards vaccines. As a result, the saying "human beings are afraid of what they do not know" is proven in every part of the study. Thus, it is observed that the attitude towards preventive vaccines is generally positive, but the undecided population constitutes a large majority.

1. GİRİŞ

Günümüzde ülkeler arasında gidiş gelişlerin kolaylaşmasıyla birlikte, dünyanın herhangi bir yerinde ortaya çıkan bulaşıcı hastalıklar çok kısa bir sürede tüm ülkelere yayılabilir. Bu durum, hastalıkların yayılmasını yavaşlatacak ya da durduracak olan aşuların ve de aşılamanın önemini arttırmaktadır. Ülkeler arası gidiş gelişlerin, yolculukların kolaylığının söz konusu olmasıyla birlikte, geçmişte herhangi bir bölgede, salgın hastalık vuku bulduğunda, bu salgın hastalık başka bölgelere sıçramazken mevcut dönemde ülkeler arası salgın taşımacılığı çok hızlı ve kaçınılmaz olmaktadır. Bunun en son örneği olarak, Çin'in Vuhan kentinde ortaya çıkan ve korona virüsün yapmış olduğu Covid-19 pandemisidir. Hastalık Çin'de görülmeye başladıktan çok kısa bir süre sonra diğer ülkelere yayılmıştır. Covid-19 pandemisinin sağlık sistemlerine getirdiği hastalık yükü haricinde ülkelerde kapanma, ekonomik kriz vb. birçok problemin ortaya çıkmasına da neden olmuştur. Covid-19'un dünya çapındaki mücadelesi aşuların ortaya çıkmasıyla birlikte nispeten kolaylaşmıştır. Aşı uygulaması bireylerde ve dolayısıyla ülkelerde bir rahatlama oluşturmuştur. Bu noktada da aşuların ne kadar önemli olduğu bir kez daha anlaşılmıştır. Ancak Covid-19'a karşı geliştirilen aşular ile ilgili dezenformasyonlar bireylerde aşı tereddüdünün hatta aşı karşıtlığının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bunun olmasının nedenlerinden biri de özellikle mRNA aşısının, tüm fazlarının çok hızlı geçilmesi ve çok hızlı piyasaya sürülmesidir. Bu durum bireylerde ve toplumda bu aşının güvenilirliğinin sorgulanmasına neden olmuştur. Oysa bağışıklama ve dolayısıyla aşılama sayesinde her sene yaklaşık olarak 2 ile 3 milyon arasındaki insanın ölümünün engellendiği bilinmektedir. Bütün yaş gruplarındaki kişiler hepatit A, hepatit B, difteri, tetanoz, kabakulak, kızamık, pnömokok hastalıkları, polio gibi hastanede yatmayı gerektirebilen hatta önüne geçilip tedavi edilmezse ölüme sonuçlanabilen çok ciddi hastalıklardan korunmaktadır. Dünya'nın gelişmiş ülkelerinde bu bağışıklama çalışmaları %90'ı bulmuşken, gelişmekte olan ülkelerde, 5 yaşın altındaki çocukların %29'luk kısmının aşı ile önlenebilen hastalıklar sebebiyle hastaneye başvurusu durumun vahametini göstermektedir (WHO & UNICEF, 2009). Covid-19 aşısına karşı gelişen bu olumsuz tutumun diğer aşulara karşı da gelişip gelişmeyeceği konusu araştırılmaya değer bir konudur.

Buradan hareketle bu çalışmanın da temel amacı, bireylerin demografik yapıları, eğitim düzeyleri, gelir durumları, cinsiyetleri gibi pek çok bireysel farklılıklarının, aşıya yönelik görüş ve tutumları noktasında değişiklik gösterip göstermediğini, şayet gösteriyorsa hangi özelliklerin ortak özellikler olduğunu keşfetmektir.

2. AŞI KAVRAMI VE AŞI KARŞITLIĞI

Aşı, bağışıklığı sağlamayı amaçladığı hastalık ne ise o hastalığa karşı geliştirilen bir maddedir. Aşuların yapısı genel itibarıyla hastalığa neden olan mikroorganizma görünümünde olan, gücü en aza indirilmiş veya yok edilmiş halini bulunduran yüzey proteinlerinden veya toksinlerinden meydana getirilir. Bu madde, hastalığa neden olan yabancı mikroorganizmalarla, sistemin daha sonra karşılaşması durumunda, sistemin çökmemesi adına, vücuda karşılaşılabilecek mikroorganizmayı, öncesinde tanıtır ve bağışıklık sisteminin daha sonra karşı karşıya kalması durumunda da mikroorganizmayı kolay hatırlanmasını, tanınmasını ya da yok edilmesini sağlar (Özümit, 2019).

İlk aşuların kullanımı Milattan Önce (M.Ö) 400'lu yıllara kadar uzanır. Aşı çalışmalarının gelişmesiyle beraber dünyada ilk olarak keşfi yapılan aşı Çiçek Aşısıdır. Çiçek Aşısı ile başlayan çalışmalarla birlikte bu alanda iyileştirilmeler yapılabileceği keşfedilmiş ve bununla birlikte toplum ve birey sağlığı üzerinde etkili olan binlerce hastalık üstünde bağışıklama başlamıştır (Akdeniz & Kavukcu, 2016). Aşular, birincil koruyucu sağlık hizmetleri içerisinde yer almaktadır. Aşular ile tedavi etmekten ziyade koruma amaçlanmaktadır. Ayrıca aşular ile bireysel bazda hastalıktan korumayı, toplumsal bazda ise hastalığın eradikasyonunu hedeflenmektedir. (Hanquet, Valenciano, Simondon, & Moren, 2013).

Koruyucu aşularını sınıflandırmak gerekirse; genel olarak viral aşular, bakteriyel aşular ve kombine aşular şeklinde bir sınıflama yapmak mümkündür. Bu sınıflamadan ilki olan viral aşular çeşitli yapılarda olabilirler. Attenüe (zayıflatılmış) canlı viral aşular, inaktive (ölü) viral aşular ve Rekombinan antijen aşuları. Canlı zayıflatılmış aşular, sağlıklı bağışıklık sistemi olan bireyler üzerinde hastalık etkisi olmaması adına canlı virüsün zayıflatılmış bir versiyonunu içerir. Kızamık ve suçiçeği aşularını bu aşulara örnek olarak verilebilir. İnaktive aşular, uygun koşullar altında virüslerin çoğaltılması ve inaktive edilmesi ile elde edilir. İnfluenza aşısı ve hepatit A aşısı inaktive aşulara örnek olarak verilebilir. Rekombinan antijen aşularını ise DNA teknolojisi kullanılarak herhangi bir memeli hücre kültürü, protein bakteri ve maya klonlanıp saflaştırılması ile elde edilir. Hepatit B, HIV aşularını bu aşı çeşidine örnek olarak verilebilir. Covid-19'a karşı geliştirilen aşular da hem inaktive aşı formunda hem de Rekombinan antijen formunda geliştirilmiştir. Bir diğer aşı gurubu bakteriyel aşılardır. Bakteriyel Aşular tam hücreli bakteriyel aşular (BCG), Toksoid aşular (Difteri Tetanoz), Subunit bakteri aşularını (Boğmaca), Polisakkarit aşular ve Konjuge

polisakkarit aşılarda sınıflandırılır. Koruyucu aşı sınıflandırmasında yer alan son grup, Kombine aşılardır. Kombine aşılarda farklı patojenlere ait antijenlerin, tek bir aşıda birleştirilerek, gerekli enjeksiyon sayısının azaltılmasını sağlayan aşılardır. Ülkemizde de çocukluk döneminde uygulanan; Difteri, asellüler boğmaca, tetanoz inaktif polio aşısı ve hemofilus influenza (DABT IPV Hib) aşısı beşli aşı şeklindedir ve tek enjeksiyon ile beş aşı aynı anda uygulanmış olur. Ayrıca çalışmaları devam eden Rekombinan vektör aşılarda, sentetik peptid aşılarda ve DNA aşılarda bu sınıflama altında sayılabilir (Mühür ve ark.2022; Erişkin Bağışıklama Rehberi, 2019). Koruyucu aşı teknolojisi bilimin gelişmesine paralel olarak gelişiyor olsa bile, özellikle insanların sosyal medyayı artık yaygın bir şekilde kullanmasına bağlı olarak, aşılarda bilgi kirliliği ve aşı karşıtlığı da giderek artan oranlarda karşımıza çıkmaktadır.

Koruyucu aşılarda çocuk, yetişkin ve yaşlı fark etmeksizin kişilerin sağlığını korumada ve bulaşıcı hastalıkların geçişinin önlenmesinde en etkili ve maliyet açısından en verimli yöntemlerdir. Ancak tarih boyunca geliştirilen ve iyileştirilen aşılarda devamlılığıyla birlikte koruyucu aşılarda destekleyenlerin yanı sıra karşı çıkanlar da oldukça fazladır. Bu karşı çıkmanın, koruyucu aşılarda üretim süreçlerinde geçtiği aşamalar noktasından, bilgi noksanlığı olan bireylere kadar pek çok dayanağı olabildiği gibi, tamamen kulaktan dolma bilgilerle de bireyler aşılara karşı çıkabilmektedir. (Yüksel & Topuzoğlu, 2019). Ancak bu aşı karşıtlığının yanı sıra, aşılarda faydasının tespitinde önemli rol oynayan verilere bakıldığında, aşılarda önlenemez hastalıklar doğrultusunda senede ortalama 2-3 milyon çocuğun öldüğü kayıtlara geçmektedir (WHO, 2019). Aşılamalarla birlikte bu sayının neredeyse yarı yarıya düşerek 1,5 milyonun önlenilebileceği düşünülmektedir. Başarılı bir aşılamada sürecinin sonucunda bağışıklama süreci de başarılı olacaktır. İnsanlar, çocukluk döneminde bağışıkladıkları aşılarda yalnızca hastalıklardan korunmayacak, aynı zamanda bağışıklama uzun vadede de sonuç vererek, ilerleyen yaşlarda da bu hastalıkla yaşamayı veya hastalığa hiç yakalanmamayı sağlayacaktır. Bununla birlikte, aşılanma gerçekleştirilen hastalıklarda yakalanma oranı da bağışıklamayla ters orantılı ilerleyeceği için, sağlık kurumlarında da ağır tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinden kurtararak, hem hastanenin başka hastalıklara eğilmesini ve daha çok kişiye faydalı olmasını sağlayacak hem de tedavi masraflarından kurtaracaktır (Özümit, 2019). Toplumsal bağışıklama noktasında asıl öne sürülen ve dillendirilen kavram “aşı karşıtlığı” kavramı olsa da asıl mühim olan ve üzerinde durulması gereken bir diğer konu aşı tereddüdü kavramıdır. Çünkü üstünde durduğumuz aşı karşıtlığı kavramının temelinde de koruyucu aşılarda hakkındaki genel bilgisizliğin doğmasıyla birlikte meydana gelen aşı tereddüdü kavramı önem kazanmaktadır. Bu noktada “insan bilmediğinden korkar” kavramının da vücut bulmuş halini gözlemleyebilmekteyiz. Avustralya’da yapılan aşı reddi nedenlerine yönelik bir çalışmada, sebepleri ebeveynlerin %35,9’u aşı yan etkisinden korkma, %35,9’u aşı etkinliğinden şüphelenme ve %23,1’i ilaç endüstrisine güvensizlik olarak bildirilmiş (Sandhofer ve ark. 2017).

Aşı tereddüdü yaşayan kişilerin neyden kaynaklı aşı tereddüdü yaşadığı konusunda farklı iddialar vardır, ancak bunlar belli başlı başlıklar altında toplandığında en sık aşağıdaki maddelere rastlandığı gözlemlenmiştir:

- Aşılarda koruyucu değildir ve aşılanmış olmasına rağmen de kişilerde hastalık görülebilir.
- Koruyucu aşılarda çok ciddi yan etkileri vardır, hatta kimi zaman aşılanmamak aşılanmaktan daha zararsızdır
- Aşılarda kişisel kararlardır, yaptırıp yaptırmamak toplumu ilgilendirmez, bu nedenle aşılamada diretilmemesi gerekir (Tanrıkulu ve Tanrıkulu, 2021).

DSÖ, 2019 yılında aşı tereddüdünün, küresel sağlığa olan tehditlerden biri olduğunu bildirmiştir. Aşı tereddüdünün olumsuz sonuçlarına örnek olarak, Avrupa kıtasında ortaya çıkan Kızamık salgınlarını vermek mümkündür (Erkekoğlu ve ark. 2020).

Sonuç itibarıyla aşı tereddüdü yaşayan ve aşılanmaktan kaçınan bireylerin genelinde, koruyucu aşılarda karşı bilgi kirliliği ya da bilgisizliğin önemli bir rol oynadığını söylemek mümkündür. Bu nedenle aşılarda karşı genel bağlamda uzmanlarca doğru bir bilgilendirme yapıldığı takdirde, aşı karşıtlığı azalacak ve aşılamada-bağışıklama süreçleri kolaylaşacaktır. Sağlık profesyonelleri kamuoyu oluşturmada kilit bir role sahipler, bu nedenle aşıya karşı tutumları çok önemlidir (Kim ve ark. 2021).

3. ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada, nicel araştırma metodlarından betimleyici kesitsel model kullanılmıştır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, İstanbul ilinde yaşayan ve 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. TÜİK verilerine göre 18 yaş üstü toplam nüfus 11,492,484 kişiden oluşmaktadır (TÜİK, 2022). Örneklem sayısını tespit etmek için Power analizi yapılmış ve 385 kişi hesaplanmıştır. Çalışma kapsamında 412 kişiden veri toplanmıştır. Veriler Google Forms üzerinden hazırlanmış bir anket bağlantısının, ulaşılabilirlik ilkesi doğrultusunda kolayda örnekleme tekniği kullanılarak toplanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formu ve aşı uygulamalarına yönelik tutum ve güven düzeyi anketi kullanılmıştır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik bilgilerini ve aşı yaptırmaya yönelik tutumlarıyla ilişkili olabilecek; kronik bir hastalığının olup olmadığı, sağlık eğitimi alıp almadığı, katılımcının kendisinin veya bir yakınının aşı ile önlenilebilir bir hastalık geçirip geçirmediği veya yaptırdığı aşı ile ilgili herhangi bir sağlık problemi yaşayıp yaşamadığı gibi bilgilerinin edinilebileceği bir form araştırmacı tarafından hazırlanmış ve katılımcılara sunulmuştur.

3.3.2. Aşı Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Güven Düzeyi Anketi

Anket; Ritvo ve arkadaşları (2003) tarafından Kanada’da toplumun aşılara ilişkin bilgi ve tutumlarını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Aşı duyarlılığının boyutlarına ilişkin, katılımcıların “Kesinlikle Katılıyorum”, “Katılıyorum”, “Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum”, “Katılmıyorum”, “Kesinlikle Katılmıyorum” ve “Yorum Yapacak Kadar Bilgim Yok” yanıtlarını verebilecekleri 20 ifadeden oluşmaktadır. Maddelerin seçimi 2 sağlık psikoloğu, 2 iç hastalıkları uzmanı, 4 araştırma immünoloğu, 1 halk sağlığı odaklı epidemiyolog, 1 anket araştırma uzmanı ve 2 hemşireden oluşan bir ekip tarafından, aşılara ilişkin geçmiş tutum ve bilgi anketleri ve mevcut bilgilendirme materyalleri incelenerek yapılmıştır. Anketin kullanımı için e-posta yoluyla izin alınmıştır.

3.4. İşlem ve Verilerin Değerlendirilmesi

Öncelikle Ritvo ve arkadaşları (2003) tarafından hazırlanan Aşı Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Güven Düzeyi Anketi araştırmacı tarafından Türkçe’ye çevrilmiştir. Anketin çeviri çalışmasında, Brislin ve arkadaşları (1973) tarafından önerilen yöntem kullanılmıştır. Bu yöntem; hedef dile ilk çeviri, ilk çeviriyi değerlendirme, kaynak dile geri çeviri, geri çevirinin tekrar değerlendirilmesi ve uzman görüşlerine başvurma aşamalarından oluşan bir süreci içermektedir. Bu kapsamda ölçek ilk olarak, ana dili Türkçe olan ve İngilizce diline hâkim 4 uzman tarafından Türkçe diline çevrilmiştir. Yapılan ilk çeviri, alanında uzman 3 kişilik değerlendirme grubu tarafından değerlendirilmeye tabi tutularak, anlaşılabilirlik, kelime ve cümle yapıları ile kültüre uygunluğu dikkate alınarak gözden geçirilmiştir. İlk değerlendirme sonucunda yapılan bazı değişikliklerin ardından, üzerinde uzlaşılan ölçeğin Türkçe çevirisi, ana dilleri Türkçe olan ancak bu kez ilk çeviriyi yapanlardan farklı olarak İngilizce diline hâkim 2 uzman tarafından orijinal dile çevrilmiştir. Kaynak dile yapılan geri çeviri neticesinde elde edilen ölçek ile orijinal ölçek yeniden değerlendirmeye tabi tutulmuş ve çeviriye etki etmeyecek şekilde anlam üzerinde önemli fark yaratmayan bazı düzeltmeler yapılarak ölçeğe son şekli verilmiştir. Son aşama olarak ölçek maddelerinin, çeviri ve yapılarının uygunluğunu belirlemek amacıyla alanında uzman, akademik ve iyi seviyede İngilizce dil yeterliliğine haiz 2 uzmanın görüşüne sunulmuş, değerlendirmeleri istenmiştir. Bu uzman değerlendirmelerinin de olumlu olması sonucunda, ölçek son halini almış ve mevcut çalışmada kullanılmasına karar verilmiştir. Ardından araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu ve Aşı Uygulamalarına Yönelik Tutum ve Güven Düzeyi Anketi, Google Forms üzerinde hazırlanarak form bağlantısı katılımcılara ulaştırılmıştır. Verilerin toplanmasının ardından tüm veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 paket programına aktarılmış, öncelikle katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı incelenmiştir. Bir sonraki aşamada katılımcıların tüm ifadelerine verdikleri “Katılıyorum” ve “Kesinlikle Katılıyorum” yanıtlarının sayısı toplanarak “Olumlu Tutum”, “Katılmıyorum” ve “Kesinlikle Katılmıyorum” yanıtları toplanarak “Olumsuz Tutum”, “Kararsızım” ve “Konuyla ilgili yeterince bilgi sahibi değilim” yanıtları toplanarak “Kararsız Tutum” puanları oluşturulmuş ve bu puanların demografik değişkenlere göre nasıl farklılaştığı, Bağımsız Örneklem için t Testi ve Tek Yönlü ANOVA Analizi ile incelenmiştir. Anlamlı bir farklılaşmanın elde edildiği ANOVA analizlerinde

farklılığın kaynağını tespit etmek amacı ile Tukey testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. Olumlu tutum ve olumsuz tutum puanları oluşturulurken anketteki ifadelerden bazıları olumsuz bir ifade ile sunulmasından dolayı bu maddeler ters çevrilerek toplama eklenmiştir.

3.5. Araştırmanın Etik Durumu

Bu çalışma kapsamında İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Etik Kurul'undan gerekli etik kurul onayı alınmıştır. (Etik Kurul Tarih ve Sayısı: 2021/05). Ayrıca çalışmaya katılanlardan bilgilendirilmiş onay formu alınmıştır. Çalışma boyunca hiçbir etik ihlal yapılmamıştır.

4. BULGULAR

Katılımcıların %56,8'ini kadınlar, %43,2'sini erkekler olmak üzere toplam 412 katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcıların yaş aralığı 18-70 arasında olup yaş ortalaması 40.18, standart sapması 11.80'dir. Katılımcıların 3'ü okuryazar (%0,7), 23'ü ilköğretim mezunu (%5,6), 77'si lise mezunu (%18,7), 49'u ön lisans mezunu (%11,9), 196'sı lisans mezunu (%47,6) ve 64'ü lisansüstü mezundur (%15,5). Katılımcıların 107'si bekâr (%26,0), 300'ü evli (%72,8) olup 5 katılımcı ise (%1,2) medeni durumunuz sorusunda "diğer" yanıtını seçmiştir. Tüm katılımcıların 294'ü (%71,4) çocuk sahibidir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun aylık geliri 4001-6000 TL arasında olup (n= 140, %34,0), yine büyük çoğunluğunun sosyal güvencesi SGK'dır (n= 342, %83,0). Katılımcıların istihdam durumları incelendiğinde en büyük çoğunluğun devlet memuru (n=153, %37,14) olduğu, ardından özel sektörde çalışanların (n= 80, %19,4) geldiği görülmektedir. 380 katılımcı (%92,2) bir dini inancı olduğunu belirtmiş, 32 katılımcı (%7,8) ise herhangi bir dini inanışa sahip olmadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %58,3'ü (n=240) sağlıkla ilgili herhangi bir eğitim almamış, %50,7'sinin (n= 209) ailesinde bir sağlık çalışanı bulunmakta, %74,5'inin (n= 307) herhangi bir kronik rahatsızlığı bulunmamakta, %27,2'sinin (n= 112) kendisi veya bir yakını geçmişte aşı ile önlenilebilir bir hastalık geçirmiş, %10,4'ünün (n= 43) kendisi veya bir yakını yaptırdığı herhangi bir aşıyla ilgili bir problemle karşılaşmıştır. Tüm katılımcıların %75'i (n= 39) Covid-19 aşısı yaptırmaya seçeneği olsa aşısı yaptırmayacağını belirtmiş, %9,7'si (n= 40) yaptırmayacağını söylemiş, %15,3'ü ise (n= 63) kararsız olduğunu ifade etmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Bilgileri

| | n | f(%) | |
|-------------------|------------------------|------|------|
| Cinsiyet | Kadın | 234 | 56.8 |
| | Erkek | 178 | 43.2 |
| Eğitim Durumu | Okuryazar | 3 | 0.7 |
| | İlköğretim | 23 | 5.6 |
| | Lise | 77 | 18.7 |
| | Önlisans | 49 | 11.9 |
| | Lisans | 196 | 47.6 |
| | Lisansüstü | 64 | 15.5 |
| Medeni Durum | Evli | 300 | 72.8 |
| | Bekar | 107 | 26.0 |
| | Diğer | 5 | 1.2 |
| Aylık Gelir | 2000 TL altı | 51 | 12.4 |
| | 2001-4000 TL | 76 | 18.5 |
| | 4001-6000 TL | 140 | 34.0 |
| | 6001-8000 TL | 69 | 16.8 |
| | 8001-10000 TL | 35 | 8.5 |
| | 10001 TL ve üzeri | 41 | 10.0 |
| Çocuğunuz Var mı? | Evet | 294 | 71.4 |
| | Hayır | 118 | 28.6 |
| İstihdam Durumu | Devlet memuru | 153 | 37.1 |
| | Kamu işçisi | 16 | 3.9 |
| | Özel sektör | 80 | 19.4 |
| | Kendi işi | 18 | 4.4 |
| | Emekli | 42 | 10.2 |
| | İşsiz | 12 | 2.9 |
| | Ev hanımı | 55 | 13.4 |
| | Öğrenci | 28 | 6.8 |
| | Engelli | 0 | 0.0 |
| | Diğer | 8 | 1.9 |
| Sosyal Güvence | SGK | 342 | 83.0 |
| | Genel sağlık sigortası | 23 | 5.6 |

| | | | |
|---|--------------|-----|------|
| | Özel sigorta | 16 | 3.9 |
| | Güvencem yok | 31 | 8.5 |
| Bir Dini İnanışımız Var mı? | Evet | 380 | 92.2 |
| | Hayır | 32 | 7.8 |
| Sağlıkla İlgili Herhangi Bir Eğitim Aldınız mı? | Evet | 172 | 41.8 |
| | Hayır | 240 | 58.2 |
| Ailenizde Sağlık Çahşamı Var mı? | Evet | 209 | 50.7 |
| | Hayır | 203 | 49.3 |
| Kronik Bir Hastalığınız Var mı? | Evet | 105 | 25.5 |
| | Hayır | 307 | 74.5 |
| Siz veya Yakınız, Aşıyla Önenebilir Bir Hastalık Geçirdiniz mi? | Evet | 112 | 27.2 |
| | Hayır | 212 | 51.5 |
| | Bilmiyorum | 88 | 21.4 |
| Siz veya Yakınız, Yaptırdığınız Herhangi Bir Aşıyla İlgili Bir Sorunla Karşılaştınız mı? | Evet | 43 | 10.4 |
| | Hayır | 369 | 89.6 |
| CovidAşısı Yaptırma Seçeneğiniz Olursa Aşısı Yaptırır mısınız? | Evet | 309 | 75.0 |
| | Hayır | 40 | 9.7 |
| | Kararsızım | 63 | 15.3 |

Tablo 2. İfadelere Verilen Yanıtların Dağılımı

| Maddeler | Kesinlikle Katılıyorum | Katılıyorum | Kararsızım | Katılmıyorum | Kesinlikle Katılmıyorum | Konuyla ilgili yeterince bilgi sahibi değilim | Cevaplamak istemiyorum |
|---|------------------------|-------------|------------|--------------|-------------------------|---|------------------------|
| 1)Mevcut aşilar çok dikkatli ve tutarlı bir şekilde güvenlik açısından test edilir. | 17.2 | 23.5 | 20.9 | 10.2 | 8.7 | 16.3 | 3.2 |
| 2)Aşı yapımında kullanılan güvenlik önlemleri dikkatsiz ve etkisizdir. | 10.7 | 7.8 | 18.9 | 27.7 | 14.6 | 17.2 | 3.2 |
| 3)Aşilar, şimdiye kadar oluşturulmuş en etkili ve en düşük maliyetli tıbbi tedavi biçimlerinden biridir. | 30.3 | 23.5 | 9.5 | 11.4 | 5.6 | 13.3 | 6.3 |
| 4)Aşının ne olduğunu ve vücutta nasıl bir işlevi olduğunu bilmiyorum. | 16.7 | 13.3 | 8.7 | 19.2 | 19.2 | 13.1 | 9.7 |
| 5)Aşı, tehlikeli virüslerin ve bakterilerin öldürüldüğü veya değiştirildiği ve ardından vücudumuza yerleştirildiği tıbbi bir tedavidir. | 29.9 | 31.6 | 6.6 | 7.0 | 4.4 | 12.4 | 8.3 |
| 6)Aşiların çocuklara düzenli olarak verilmesinin nedeni, birçok ciddi hastalıktan ömür boyu koruma sağlamasıdır | 38.8 | 27.4 | 8.5 | 4.9 | 4.1 | 5.6 | 10.7 |
| 7)Yaptığımız aşı, korunmaya çalıştığımız hastalığa yakalanmamıza sebep olabilir. | 16.5 | 15.3 | 14.8 | 17.0 | 13.6 | 15.3 | 7.5 |
| 8)Hükümet, AIDS, Hepatit ve Kanser gibi ciddi hastalıklar için aşiların geliştirilmesine daha fazla yatırım yapmalıdır. | 57.3 | 14.8 | 3.2 | 3.6 | 2.4 | 4.1 | 14.6 |
| 9)Yeni geliştirilen bir aşı, güvenliği dikkatlice test edilmiş olsa bile, beni çok endişelendirir. | 20.1 | 24.0 | 17.5 | 15.5 | 10.9 | 6.3 | 5.6 |
| 10)Aşilar, yıllar içinde sağlık sorunlarından çok sağlığa fayda sağladı. | 32.5 | 29.4 | 10.4 | 5.8 | 3.4 | 10.0 | 8.5 |
| 11)Giderek artan sayıda insan aşı karşıtı olmaya yöneliyor. Aşilar ve nasıl geliştirildikleri hakkında internette bilgi mevcuttur. | 16.5 | 20.1 | 18.2 | 15.5 | 11.7 | 11.7 | 6.3 |
| 12)Aşı karşıtı pozisyon alan insanların bilimsel olarak oldukça önyargılı ve bilgisizdir. | 24.8 | 21.1 | 16.3 | 10.9 | 6.8 | 11.7 | 8.5 |
| 13)Uluslararası durum ve biyoterörizmin riskleri göz önüne alındığında, şarbon aşısını yaptırırım. | 16.3 | 11.9 | 21.6 | 12.1 | 9.2 | 18.7 | 10.2 |
| 14)Uluslararası durum ve biyoterörizmin riskleri göz önüne alındığında, çiçek hastalığı aşısını yaptırırım. | 23.5 | 27.2 | 15.3 | 7.8 | 4.6 | 11.4 | 10.2 |
| 15)Uluslararası durum göz önüne alındığında ve biyoterörizmin risklerine karşı, sağlık bakanlığınca teşvik edilen aşiları yaptırırım. | 23.5 | 24.3 | 18.4 | 8.3 | 5.3 | 10.2 | 10.0 |
| 16)Bu yıl grip aşısı yaptırmak niyetindeyim veya yaptırırım. | 24.5 | 17.5 | 10.7 | 19.9 | 12.9 | 7.3 | 7.3 |
| 17)HIV-AIDS'i önlemek için koruyucu bir aşı olsaydı, mutlaka yaptırırım. | 32.3 | 20.6 | 13.8 | 8.0 | 3.9 | 9.0 | 12.4 |
| 18)Hepatit C'yi önlemek için koruyucu bir aşı olsaydı, mutlaka yaptırırım. | 35.7 | 27.7 | 8.5 | 6.3 | 3.9 | 7.5 | 10.4 |
| 19)Aşı yaptırmamı engelleyen dini inançlarım var. | 17.0 | 1.9 | 2.7 | 22.8 | 34.7 | 9.5 | 11.4 |
| 20)Çocukken neden aşı yaptırdığımı bilmiyorum. | 19.4 | 18.4 | 9.5 | 15.0 | 15.3 | 10.2 | 12.1 |

Aşı güvenliğine ilişkin sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde; “M1: Mevcut aşilar çok dikkatli ve tutarlı bir şekilde güvenlik açısından test edilir.” sorusunda katılımcıların %40,7’si olumlu yanıt verirken, %18,9’u olumsuz yanıt vermiştir. “M2: Aşı yapımında kullanılan güvenlik önlemleri dikkatsiz ve etkisizdir.” sorusunda ise katılımcıların %18,5’i katılıyorum yönünde cevap verirken %42,3’ü katılmıyorum seçeneğini işaretlemiştir. M1 ile uyumlu sonuç alınmıştır.

Katılımcıların aşı hakkında bilgilerinin değerlendirildiği “M4: Aşının ne olduğunu ve vücutta nasıl bir işlevi olduğunu bilmiyorum.” sorusunda tüm katılımcıların büyük çoğunluğu, aşının vücutta nasıl bir işlevi olduğunu bilmediklerine yönelik yanıtlar vermiş. Aşıya ilişkin bilgiyi değerlendiren “M20: Çocukken neden aşı yaptırdığımı

bilmiyorum.” sorusunda da katılımcıların %30,3’ü bu maddeye katılmadığını ifade ederken, %37,8’i katıldığını ifade etmiştir.

“M9: Yeni geliştirilen bir aşı, güvenliği dikkatlice test edilmiş olsa bile, beni çok endişelendirir.” maddesine verilen yanıtlar incelendiğinde, yeni aşı yaptırma fikrinin katılımcılarda kaygı uyandırdığı görülmektedir. Katılımcıların toplamda %44,1’i bu maddede olumlu ifade kullanmıştır. Bununla birlikte, “M15: Uluslararası durum göz önüne alındığında ve biyoterörizmin risklerine karşı, sağlık bakanlığınca teşvik edilen aşıları yaptırırım.” maddesindeki yanıtlar incelendiğinde ise katılımcıların %47,8’inin olumlu yanıt verirken, yalnızca %13,6’sının olumsuz yanıt vermesi dikkat çekicidir.

Aşıların etkinliğine ilişkin genel görüşler açısından, “M10: Aşılar, yıllar içinde sağlık sorunlarından çok sağlığa fayda sağladı.” maddesine katılımcıların %61,9’u, “M3: Aşılar, şimdiye kadar oluşturulmuş en etkili ve en düşük maliyetli tıbbi tedavi biçimlerinden biridir.” Maddesinde %53,8’i “katılıyorum” diyerek yüksek oranda destek vermiştir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu aşı programlarına karşı örgütlü muhalefetin farkında olduğunu belirtmiş ve %36,6’sı “M11: Giderek artan sayıda insan aşı karşıtı olmaya yöneliyor. Aşılar ve nasıl geliştirildikleri hakkında internette bilgi mevcuttur.” maddesine “katılıyorum” yanıtını vermiştir. Katılımcıların aşı karşıtı pozisyonları reddetme konusundaki tutumlarını değerlendiren “M12: Aşı karşıtı pozisyon alan insanlar bilimsel olarak oldukça önyargılı ve bilgisizdir.” maddesinde ise tüm katılımcıların neredeyse yarıya yakını bu görüşe katıldığını ifade etmiştir.

Aşı araştırmalarının değeri, %72,1’inin “M8: Hükümet, AIDS, Hepatit ve Kanser gibi ciddi hastalıklar için aşıların geliştirilmesine daha fazla yatırım yapmalıdır.” maddesini olumlu yönde cevap vererek güçlü bir şekilde desteklenmiştir

Katılımcıların %57,5’i “M19: Aşı yaptırmamı engelleyen dini inançlarım var.” maddesine olumsuz yanıt vermiştir

Tablo 3. Aşı Yaptırmaya Yönelik Tutumların Cinsiyet, Medeni Durum ve Çocuk Sahibi Olmaya Göre Karşılaştırılması

| | N | Olumlu Ort (Ss) | t | Olumsuz Ort (Ss) | T | Kararsız Ort (Ss) | t |
|--------------------------|-----|-----------------|---------|------------------|-------|-------------------|---------|
| Cinsiyet | | | | | | | |
| Kadın | 234 | 9.28 (4.66) | | 3.96 (2.92) | | 5.10 (3.83) | |
| Erkek | 178 | 9.77 (5.25) | -1.00 | 4.05 (2.99) | -.30 | 4.28 (3.77) | 2.16* |
| Medeni Durum | | | | | | | |
| Evlü | 300 | 9.88 (5.01) | | 3.83 (2.68) | | 4.53 (3.79) | |
| Bekâr | 107 | 8.22 (4.37) | 3.24*** | 4.56 (3.57) | -1.92 | 5.36 (3.84) | -1.93 |
| Çocuk Sahibi Olma | | | | | | | |
| Var | 294 | 10.00 (4.99) | | 3.86 (2.73) | | 4.45 (3.65) | |
| Yok | 118 | 8.23 (4.55) | 3.34*** | 4.35 (3.42) | -1.38 | 5.48 (4.15) | -2.50** |

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Aşı yaptırmaya yönelik tutumlar cinsiyete göre karşılaştırıldığında, olumlu ve olumsuz tutumda herhangi bir anlamlı farklılaşma görülmezken (olumlu tutum: $t = -1.00$, $p > .05$; olumsuz tutum: $t = -.30$, $p > .05$); kararsız tutum söz konusu olduğunda, kadınların (Ort=5.10, Ss=3.83) erkeklere göre (Ort=4.28, Ss=3.77) daha kararsız bir tutum içerisinde oldukları görülmektedir ($t = 2.16$, $p < .05$).

Aşı yaptırmaya yönelik tutumlar eğitim düzeyine göre karşılaştırıldığında olumlu ($F = 2.25$, $p = .06$) ve olumsuz tutum ($F = .38$, $p = .83$) puanlarında anlamlı bir farklılık görülmezken, kararsız tutumda anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($F = 2.55$, $p < .05$). Bu anlamlı farkın nereden kaynaklandığını tespit etmek için yapılan post-hoc testinde lise düzeyindeki katılımcıların kararsızlık puanlarının lisansüstü düzeye göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür ($p < .05$).

Tablo 4. Aşı Yaptırmaya Yönelik Tutumların Aylık Gelire Göre Karşılaştırılması

| | N | Olumlu Ort (Ss) | Olumsuz Ort (Ss) | Kararsız Ort (Ss) |
|------------------------|-----|--------------------|------------------|-------------------|
| | | Aylık Gelir | | |
| (1) 2000 ve altı | 51 | 8.75 (4.43) | 3.84 (2.92) | 6.08 (3.92) |
| (2) 2000-4000 | 76 | 7.76 (4.64) | 3.81 (2.47) | 5.82 (4.41) |
| (3) 4000-6000 | 140 | 10.11 (4.87) | 4.20 (3.27) | 4.19 (3.75) |
| (4) 6000-8000 | 69 | 9.35 (4.93) | 4.51 (3.03) | 4.38 (3.31) |
| (5) 8000-10000 | 35 | 11.20 (4.94) | 3.60 (2.66) | 3.92 (3.68) |
| (6) 10000 ve üstü | 41 | 10.29 (5.38) | 3.37 (2.69) | 4.30 (2.99) |
| F | | 3.74 | 1.13 | 3.68 |
| P | | .00 | .35 | .00 |
| Anlamlı Farklar | | 3>2 | | 3<2 |
| | | 5>2 | | 3<1 |

Aşı yaptırmaya yönelik tutumlar gelir düzeyine göre incelendiğinde, olumsuz tutumda anlamlı bir fark tespit edilmemiştir ($F= 1.13, p>.05$). Olumlu tutum puanlarında anlamlı bir fark tespit edilmiş olup ($F=3.74, p<.05$) farklılığın kaynağı post-hoc test ile incelendiğinde gelir düzeyi 2000-4000 TL arasında olanların aşıya yönelik olumlu tutumlarının gelir düzeyi 4000-6000 TL arasında olanlar ve 8000-10000 TL arasında olanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu görülmüştür ($p<.05$). Kararsız tutumda da anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir ($F=3.68, p<.05$). Yapılan ikili karşılaştırmalarda gelir düzeyi 4000-6000 TL arasında olanların kararsız tutumlarının gelir düzeyi 2000 TL ve altı ile 2000-4000 TL arasında olanlara göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Tablo 5. Aşı Yaptırmaya Yönelik Tutumların İstihdam Durumuna Göre Karşılaştırılması

| | N | Olumlu Ort (Ss) | Olumsuz Ort (Ss) | Kararsız Ort (Ss) |
|------------------------|-----|--|------------------|-------------------|
| | | İstihdam | | |
| (1) Memur | 153 | 10.95 (4.95) | 3.78 (2.84) | 4.06 (3.46) |
| (2) Kamu işçisi | 16 | 9.25 (4.06) | 3.63 (2.03) | 4.75 (5.04) |
| (3) Özel sektör | 80 | 7.53 (4.38) | 4.65 (3.24) | 5.34 (4.02) |
| (4) Kendi işi | 18 | 7.06 (4.71) | 5.00 (2.85) | 2.94 (2.12) |
| (5) Emekli | 42 | 11.19 (4.74) | 3.43 (2.50) | 4.14 (3.30) |
| (6) İşsiz | 12 | 10.33 (3.73) | 2.83 (1.59) | 6.50 (4.30) |
| (7) Ev hanımı | 55 | 8.40 (4.63) | 4.11 (3.20) | 5.91 (3.75) |
| (8) Öğrenci | 28 | 7.54 (4.73) | 4.04 (3.62) | 6.39 (4.46) |
| F | | 6.79 | 1.51 | 3.71 |
| P | | .00 | .16 | .00 |
| Anlamlı Farklar | | 1>3, 1>4, 1>7, 1>8, 5>3, 5>4, 5>8 | | 7>1, 8>1, 8>4 |

İstihdam durumuna göre aşı yaptırmaya yönelik tutumların farkları incelendiğinde, olumlu tutumlarda anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiş olup ($F=6.79, p<.05$) bu farklılıkların kaynağı post-hoc testlerle incelendiğinde; memurların olumlu tutumlarının, özel sektörde çalışanlara, kendi işinde çalışanlara, ev hanımlarına ve öğrencilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmektedir.

Kararsız tutumlarda istihdam durumuna göre anlamlı bir farklılaşma tespit edilmiştir ($F=3.71, p<.05$), buna göre; ev hanımlarının ve öğrencilerin kararsız tutumları memurlara göre anlamlı düzeyde daha yüksektir. Öğrencilerin kendi işinde çalışanlara göre kararsız tutumları anlamlı düzeyde daha yüksektir.

5. TARTIŞMA

Kişilerin koruyucu aşılaraya yönelik tutum ve bilgileri değerlendirildiğinde, demografik değişkenlere yönelik farklılıklar sonucunda, koruyucu aşılaraya ve aşılanmaya karşı genel itibarıyla anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmektedir. Ancak bununla birlikte sağlık okuryazarlığına sahip olan ve sağlıkla alakalı eğitim almış,

aşılana ve koruyucu aşılar karşı daha bilinçli olan kişilerde, aşılar karşı daha olumlu bir tutum olduğu gözlemlenmektedir. Bu da çalışmanın başından beri üstünde durulan “bilinmeyenden korkmak” kavramının doğruluğunu kanıtlar niteliktedir. Aşılama kararsızlığı, bulaşıcı hastalıkların yükünü azaltmadaki tarihi başarılarını tehlikeye atmaktadır. Aşıya karşı oluşan tutum, toplum sağlığı üzerinde risk unsuru olarak görülebilir. Bununla birlikte demografik özelliklerde genel itibarıyla anlamlı bir farklılık olmamasına rağmen, farklılığın gözlemlendiği özelliklere bakıldığında, aynı çatı altında incelenen cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olunması özellikleri incelendiğinde, cinsiyet faktörü dışındaki özelliklerde anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenirken, cinsiyet değişkeni incelendiğinde olumlu tutum noktasında bir fark gözlemlenmezken, kararsız tutumun kadınlarda daha yüksek olduğu dikkat çekmiştir. Gelir durumu, eğitim düzeyi ve meslek grupları incelendiğinde, demografik özelliklere nazaran daha anlamlı farklar gözlemlenmiştir. Sırasıyla incelendiğinde gelir seviyesi daha yüksek olan kesimlerde, aşıya karşı olumlu tutumun da daha yüksek seyrettiği gözlemlenmektedir. Bununla birlikte memurların aşılar diğer sektörlerde çalışan kişilerden daha olumlu yaklaştığı incelenmekte ve eğitim düzeylerine bakıldığında ise genel itibarıyla yalnızca okuryazar olan kesimden lisansüstü mezunu kesime kadar yoğunluk olarak olumlu tutum izlediği gözlemlenmiştir. Fakat kararsız olan kesim de yadsınamayacak kadar fazladır, bunun nedenine bakıldığında ise lise düzeyinde eğitim almış kişilerin lisansüstü eğitim alan kişilerden daha kararsız olduğu ifade edilmiştir. Sosyal güvencelerdeki değişimlerde ve ailede sağlık çalışanın olup olmaması noktasında aşıya karşı anlamlı bir fark incelenmezken, dini inanışlar noktasında çok yoğun olmamakla birlikte aşıya yönelik tutumlarda olumsuz bir yaklaşımın gözlemlenebilmesi mümkündür. Facciola ve ark. (2019)’nın ebeveynlerin aşıları reddetmesinin ana nedeninin aşı yan etkileri korkusu olduğunu bulmuşlardır. Uzuner ve ark. (2018) çalışmasında ise katılımcılara “Eğer yaptırmadığımız aşı varsa neden yaptırmadınız?” diye soru yöneltildiğinde aşıları bilmemek, aşı yaptırmamak, aşıların yan etkilerinin daha fazla olduğu algısı, aşı korkusu, aşı takviminin olmaması, SGK’nın bazı aşıları ödememesi gibi nedenler ön plana çıkmaktadır. Son olarak kişilerin koruyucu aşı kabul edilebilirliğine karşı izledikleri tutum incelendiğinde, aşı bilgileri olsa dahi yeni bir aşı söz konusu olduğunda tedirgin tutum izleyeceklerini bildirdikleri için bu noktada Covid-19 aşısı yaptıрма niyetlerinin zayıf olabileceği düşünülebileceken, kişiler Covid-19 aşısına olumlu yaklaşım sergileyerek büyük kısmı “evet, aşı yaptırdım.” dediği görülmüştür.

6. SONUÇ

Sonuç itibarıyla “insanoğlu bilmediği şeyden korkar” sözü çalışmanın her bölümünde kanıtlar niteliktedir. Böylelikle koruyucu aşılar karşı tutumun genel olarak olumlu olduğu ancak kararsız kesimin de büyük bir çoğunluğu oluşturduğu gözlemlenmektedir. Bunun temel nedenlerinden başlıca olanı, aşılar karşı olan bilgi kirliliği veya bilgisizliktir. Bu bağlamda kararsız olan kişilerin, aktarılan bilgiler doğrultusunda koruyucu aşılar karşı olumlu bir görüş sergilemeye veyahut olumsuz görüş sergilemeye yönelmesi çok olağandır. Çünkü ortada aşıların içerikleri, bu içeriklerin vücuda verebileceği bir zararın olup olmaması, zarar verme ihtimali varsa nasıl zarar verebileceği gibi pek çok bilinmeyen söz konusudur. Bu bağlamda bu bilgisizliğin içerisinde bir de komplo teorileri ya da alternatif tıbbın öncelik olması gerektiğine inanan ve bu alanda çalışmalar yapan “uzmanlar” ve bilgilendirmek yerine bilgilerde ikilik çıkarmayı tercih eden bazı haber kanalları nedeniyle bilgisizlik bir de bilgi kirliliğine dönüşerek daha da kaotik bir noktaya evrilmektedir. Bu nedenle kişiler doğru kaynaklardan kafalarında soru işareti kalmayacak şekilde bilgilendirilmelidir ki olumsuz görüşler git gide azalsın ve mevcut bilgi kirliliği de ortadan kalkarak böyle şeylere rağbet olmasın. Bu bağlamda uygulanacak olan her türlü bilgilendirme çalışmasının aşılana ve koruyucu aşılar karşı tutum noktasında, olumlu bir etkisi olacağı ve kararsız olan kesimin de olumlu tutum sergilemeye başlayabileceği gözlemlenecektir.

KAYNAKÇA

- Akdeniz, M., & Kavukcu, E. (2016). Aşılama ve Aşıların Tarihçesi. Klinik Tıp Aile Hekimliği Dergisi, 11-18.
- Brislin, R., Lonner, W. ve Thorndike, R. (1973). Cross-cultural Research Methods. New York: John Wiley.
- Erişkin Bağışıklama Rehberi (2019). Türkiye Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanlık Derneği. <http://ekmud.org.tr/wpcontent/uploads/EriskinBagisiklamaRehberi-web.pdf> Erişim tarihi; 12/12/2022
- Erkekoğlu, P., Köse, S. B. E., Balcı, A., & Yürün, A. (2020). Aşı kararsızlığı ve COVID-19’un etkileri. Literatür Eczacılık Bilimleri Dergisi, 9(2), 208-220.

- Facciola A, Visalli G, Orlando A, et al. (2019). Vaccine Hesitancy: An Overview on Parents' Opinions About Vaccination and Possible Reasons of Vaccine Refusal. *J Public Health Res*, 8(1):1436.
- Hanquet, G., Valenciano, M., Simondon, F., & Moren, A. (2013). Vaccine. Vaccine effects and impact of vaccination programmes in post-licensure studies: <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2013.07.006> adresinden alınmıştır.
- Kim, J.H.; Marks, F.; Clemens, J.D. Looking Beyond COVID-19 Vaccine Phase 3 Trials. *Nat. Med.* 2021, 27, 205–211.
- Mühür, İ., Yılmaz, Ş., & Soylu, P. (2022) Geçmişten Günümüze Aşılama. *Journal of Medical Topics and Updates*, 1(1), 32-36.
- Özümit, D. (2019). Aşıya İlişkin Tutumlar Ölçeğinin Türkçe'ye Uyarlanması, Geçerlik ve Güvenirliğin İncelenmesi. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi. İzmir*
- Sandhofer MJ, Robak O, Frank H, Kulnig J. Vaccine hesitancy in Austria: A cross-sectional survey. *Wien Klin Wochenschr.* 2017;129(1-2):59-64. Epub 2016/08/28. doi: 10.1007/s00508-016-1062-1. PubMed PMID: 27565644
- Tanrıkulu, Y., & Tanrıkulu, G. (2021). Aşı tereddüdü ve ebeveynlerin tutumları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 199-204.
- TÜİK, 2022 <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=45500> Erişim tarihi; 12/12/2022
- Uzuner, A., Arabacı, Ş., Yücel, A. İ., Kocatürk, A. C., Kaynar, E., & Khan, A. (2018). Knowledge, attitude, and behaviors of adult about adult hood immunization. *TJFMPC*, 12(3), 215-25.
- WHO, UNICEF, (2009). *World Bank State of the World's Vaccines and Immunization*. Geneva, Switzerland.
- WHO. (2019, Mayıs 10). http://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/global_immunizati adresinden alınmıştır
- Yüksel, G. H., & Topuzoğlu, A. (2019). Aşı Redlerinin Artması ve Aşı Karşıtlığını Etkileyen Faktörler. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 244-255.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

ÖRGÜTSEL STRESİN MUTLULUĞA VE ÇALIŞAN PERFORMANSINA ETKİSİ

THE EFFECT OF JOB STRAIN ON HAPPINESS AND JOB PERFORMANCE

Dr. Öğr. Üyesi Saadet KARAKUŞ¹
Dr. Öğr. Üyesi Fatma KANTAŞ YILMAZ²

ÖZ

Amaç: Bu çalışma, örgütsel stres düzeyinin mutluluğa ve çalışan performansına etkisini tespit etmeyi amaçlamaktadır. **Yöntem:** Kesitsel araştırma olan çalışmaya İstanbul'da görev yapan 233 sağlık personeli katılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak sosyo demografik bilgi formu, Örgütsel Stres Ölçeği, İş Performansı Ölçeği ve Oxford Mutluluk Ölçeği kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi ve yönünü öğrenmek için Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini görmek üzere Çoklu Doğrusal Regresyon analizi uygulanmıştır. **Bulgular:** Katılımcıların örgütsel stres, mutluluk ve çalışan performansı ölçek puanları orta düzeydedir. Çalışan Performansı ölçeği puanı kadın ve çalışma yılı 16 yıl ve üzeri olan çalışanlarda diğer gruplara göre yüksektir. Örgütsel stres, mutluluğu anlamlı ve negatif yönde yordamaktadır. Bağımsız değişkenler, mutluluk ölçeğinin %43'ünü açıklamaktadır. Mutluluk, örgütsel stresi anlamlı ve pozitif yönde, çalışan performansını ise anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır. Bağımsız değişkenler, Çalışan Performansı ölçeğinin %20,8'ini açıklamaktadır. **Sonuç:** İstanbul'da sağlık sektöründe çalışan personellerin iş yaşamlarında stres ile baş etme stratejileri geliştirmeleri performansın artması ve mutluluğun sağlanması için önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Örgütsel Stres, İş Performansı, Mutluluk.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I12.

ABSTRACT

Purpose: This study aims to determine the job strain level of healthcare professionals and its effect on job performance and happiness.

Method: This cross-sectional study included 233 healthcare professionals working in Istanbul. Socio-demographic form, Job Strain Questionnaire, Job Performance Scale and Oxford Happiness Scale were used as data collection tools. Pearson Correlation analysis was applied to determine the relationship and direction between the scales. Multiple Linear Regression analysis was applied to see the effect of independent variables on dependent variables.

Results: Healthcare professionals' job strain, happiness, and job performance scale scores are moderate. The job performance scale score is higher for women and academics with a working year of 16 years or more than other groups. Job strain predicts happiness in a meaningful and positive way. Independent variables explain 43% of the happiness scale. Happiness predicts organizational stress in a meaningful and positive way, and it predicts employee performance in a meaningful and negative way. Independent variables explain 20.8% of job performance.

Conclusion: Supporting healthcare professionals in developing strategies to cope with stress in their professional lives is essential to increasing performance and ensuring happiness.

Keywords: Job Strain, Job Performance, Happiness.

JEL Classification Codes: I10, I12.

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, karakussaadet@gmail.com

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, fatma.kantasyilmaz@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The increasing pressure of competition in organizations necessitates the achievement of organizational goals for sustainability, which is possible through high-performing employees. Job performance, which is also crucial for employees, can be considered a precursor to better career prospects, higher income, social reputation, success, and happiness. Nowadays, employees advocate for a more humane workplace experience, making workplace happiness increasingly important. Workplace happiness is defined as a mindset that enables individuals to take action to maximize performance and reach their potential. Organizational stress, job performance, and happiness are focal points for both organizations and employees. This research aims to identify the level of organizational stress among healthcare professionals and its impact on job performance and happiness.

Design/methodology/approach:

A cross-sectional study was conducted among 233 healthcare personnel working in a specialty hospital in Istanbul, Anatolian Side, in February-March 2022. Convenience sampling was used, and participants were invited to the survey through email groups and social media accounts. Ethical approval of the research was obtained with the approval of the Health Sciences University Hamidiye Scientific Research Ethics Committee dated 12.11.2021, numbered 21/698. The study was conducted following the Declaration of Helsinki. The research utilized a socio-demographic information form, Organizational Stress Scale, Job Performance Scale, and Oxford Happiness Scale as data collection tools. The Organizational Stress Scale consists of four sub-dimensions (social support, workload, skill utilization, and decision-making) and a total of 17 items, developed by Theorell et al. (1998) and adapted to Turkish by Yıldırım et al. (2011). The Oxford Happiness Scale, developed by Hills and Argyle (2002) and validated in Turkish culture by Doğan and Çötök (2011), is a unidimensional scale comprising seven items with a five-point Likert response format (1-strongly disagree, 5-strongly agree). The Job Performance Scale, developed by Fuentes, Saez, and Montes (2004) and Rahman and Bullock (2004), was adapted to Turkish by Göktaş (2018). The study used a six-item form reported by Şehitoğlu (2010). Pearson correlation analysis examined the relationships and directions between the scales. In contrast, multiple linear regression analyses were conducted to observe independent variables' effects on dependent variables.

Findings:

233 healthcare professionals (F=147, M=93) participated in the study. Most participants were female and married, and the number of participants with 0-5 years of work experience. The mean scores indicate moderate levels of happiness scale (24.09±4.01), job performance scale (30.21±3.52), social support scale (39.18±6.12), workload scale (12.51±3.54), skill utilization scale (11.03±2.14), decision-making scale (5.38±2.03), and organizational stress scale (36.23±9.77). When considering the organizational stress scale score by gender, it was found that the average score of organizational stress for women (40.11±6.50) was significantly higher than that of men (37.70±5.17) ($p=0.002<0.05$). In another study using the same scale, a higher level of organizational stress was found, which was determined to be significantly higher in men. The mean scores of the Happiness Scale for healthcare professionals did not differ based on gender.

Conclusion and Discussion:

Although previous happiness studies generally report no significant differences in gender, another study on healthcare professionals found that male employees were happier than female employees. In our study, there was no difference based on gender, but the mean score of women was higher than that of men. When examining job performance by years of service, it was observed that the average performance scale increased with the number of years of service. However, after a certain period, the average slightly decreased. Workers' performance increases as they gain more experience within the organization. One exciting study finding is the strong negative relationship between job performance and the happiness scale. Thus, increasing job performance does not necessarily lead to increased happiness. The study revealed that happiness fully mediates between job satisfaction and job performance, positively affecting performance. Our study on healthcare professionals working in a specialty hospital in Istanbul, Anatolia, shows moderate organizational stress, happiness, and job performance levels. The job performance scale score is higher for female participants and those with 16 or more years of work experience than for other groups. Organizational stress is assumed to affect happiness significantly and positively. The independent variables explain 43% of the Happiness scale and significantly and negatively predict job performance by explaining 20.8% of the Job Performance scale. Coping strategies for stress in the work lives of healthcare professionals were found to be significant. Therefore, organizations should prioritize investigating employees' stressors and planning intervention strategies.

1. GİRİŞ

Örgütsel stres; bireyler, kurumlar ve toplum için önemli bir sorundur. Beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek çalışan sağlığı için tehdit oluşturan (Ganster ve Rosen, 2013, s:1085-1086; Steptse ve Kivimaki, 2013, s: 339-340) örgütsel stres, Avrupa'da birçok kurumu olumsuz etkilemektedir (EU-OSHA, 2022). İş stresi olarak da nitelendirilen bu stres, hastalık nedeniyle devamsızlık, iş kalitesinde azalma, tükenmişlik, çalışanın öğrenme yeteneğinde düşüş ve performans kaybı gibi durumlara yol açar (Henderson, Glozier ve Elliott, 2005, s: 802-803; O'Neill ve Davis, 2011, s: 385-386). Kurumlar ve toplum için maliyetli bir sorun olan iş stresinin Avrupa Birliği'nde topluma yıllık maliyeti 20 milyar Euro'dur (Hassard vd., 2022). Avrupa Birliği İş Gücü Anketi'ne göre, 1999-2007 yılları arasında katılımcıların yaklaşık %28'i (55,6 milyon çalışan) ruh sağlıklarının psikososyal risklere maruz kalmaktan etkilendiğini bildirmiştir (Ganster ve Rosen, 2013, s:1095; Steptse ve Kivimaki, 2013, s: 350; Henderson, Glozier ve Elliott, 2005, s: 805; Hassard vd., 2022; Havermans vd., 2016, s: 375-376).

Küreselleşme süreci, küresel sosyopolitik gelişmeler, bilgi ve iletişim teknolojilerindeki ilerlemeler, çalışma hayatı ve modern yaşamın genel olarak hızlanması sonucunda işler yoğunlaşmış, zaman baskısının oluşması ile statüyü sürdürebilmek için yeni şeyler öğrenme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Bu yapısal ve uzun vadeli değişiklikler hem işverenler hem de çalışanlar üzerinde rekabetçi kalmaları için artan bir baskı oluşturmaktadır (Hassard vd., 2022; Rosa, 2013).

Örgütlerin artan bu rekabet baskısıyla baş etmek ve sürdürülebilirlik için örgütsel hedeflerine ulaşmaları gerekmekte ve bu da yüksek performans gösteren çalışanlar ile mümkün olmaktadır. Örgütler için olduğu kadar çalışanlar içinde önemli bir konu olan iş performansı daha iyi bir kariyer ve yüksek gelir, sosyal itibar, başarı ve mutluluk gibi sonuçların da temel öncülü olduğu söylenebilir (Çalışkan, 2018, s: 105-107).

Günümüzde, çalışanlar için farklı, daha insanca bir deneyim olması gerektiğini savunmaktadır. Bu yüzden işyerinde mutlu olmak giderek daha önemli hale gelmiştir (Yozgat ve Bilginoğlu, 2020, s: 203-204). İşyerinde mutluluğu basitçe "performansı en üst düzeye çıkarmak ve potansiyele ulaşmak için eyleme geçmeyi sağlayan bir zihniyet" şeklinde tanımlanabilir (Pryce-Jones ve Lindsay, 2014, s: 132-133).

Örgütsel stres, iş performansı ve mutluluk kavramları örgütlerde iş gören ve çalışanlar için odak noktası olmaktadır. Bu araştırma, sağlık profesyonellerinin örgütsel stres düzeyleri ile bunun iş performanslarına ve mutluluğa etkisini tespit etmeyi amaçlamaktadır.

2. TEORİK ARKA PLAN

2.1. Örgütsel Stres

Örgütsel stres, işin, çalışma ortamının ve örgütsel iklimin saldırgan ve zararlı yönlerine karşı duygusal, bilişsel, davranışsal ve fizyolojik bir tepki olarak tanımlanabilmektedir. Görevleri çözmeye çaresizlik duyguları ile karakterize bir durumdur. Başka bir deyişle, işle ilgili stres, insanların yetenekleri veya bilgileri dışında bazı talepler veya özel görevlerle yüzleşmek zorunda kaldıklarında gösterdikleri tepkidir. Örgütsel stresin ana türleri şu şekilde düşünülebilmektedir (Schuler, 1980, s: 185-186). Eustres, olumlu bir stres türünü temsil etmektedir ve insanların zihinlerini ve bedenlerini gelecekte olacak her şeye hazırlamalarına yardımcı olmaktadır. Eustress kişinin enerjisini, yaratıcılığını veya rekabetçi ruhunu geliştirebilir ve performansa ulaşmak için gerekli gücü sunabilmektedir. Sıkıntı, bir kişinin rutinini kısa bir süreliğine etkilediğinde ortaya çıkmaktadır. İnsanlar üzerinde olumsuz bir etkisi bulunmaktadır. Stres kategorileri; akut stres ve kronik stres olarak ikiye ayrılmaktadır. Akut stres, bir kişinin yaptığı olağan işlerden birini değiştirdiğinde ortaya çıkmaktadır. Yoğun bir stres türü gibi görünse de çok çabuk geçer. Akut stresin belirtileri; baş ağrısı, hipertansiyon, hızlı kalp atışı ve mide problemleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kronik stres en ciddi stres türüdür ve insan sağlığı için çok zararlı olabilir. Bu tür stres, bireylerin birkaç iş veya kişisel başarısızlıkla karşılaştığında ortaya çıkmaktadır (Landrum, Knight ve Flynn, 2012, s: 225-226).

2.2. Mutluluk

Farklı insanlar mutluluğa farklı şekillerde ulaşırlar. Bazıları okumaktan hoşlanırlar; bazıları nadiren kitap açar. Bazıları para harcamaktan hoşlanırlar; bazıları zenginliğe sahip olmaktan hoşlanırlar; diğerleri maddi olmayan uğraşlardan hoşlanırlar. Herkes mutlu olmak ister. Bir insan nadiren çok mutlu veya çok mutsuzdur. Mutluluk çalışırken bütün gün dinlediği müzikten ve yaptığı işin çoğundan zevk alıyor olabilmektedir. Biyolojik bir organizma olarak, acıktığımızda taze ve besleyici yiyecekler yiyerek kendimizi iyi hissederiz. Bu açıkça hayatta kalma değerine sahiptir. Bu nedenle, saf özelliğin aksine, mutluluk tamamen öznel değildir. Güzel veya kötü duygular, bir kişi tarafından öznel olarak hissedilmesi anlamında özeldir. Bununla birlikte, farklı kişilerin farklı

deneyimleriyle şekillenebilse de bunların önemli bir nesnel temeli bulunmaktadır. İş yaşamı içerisinde de mutluluk kavramının önemli olduğu belirlenmiştir (An ve Cooney, 2006, s: 410-412; Chiasson, Dube ve Blondin, 1996, s: 675-676).

2.3. Çalışan Performansı

Performans, çalışanların uzmanlıklarına dayalı olarak gerçekleştirilen eylemler sonucunda ortaya çıkan sonuçlar olarak tanımlanmaktadır. Örgütsel ortamlarda, çalışanların performansı, tüm çalışanların becerilerinin, çabalarının ve yeteneklerinin birikmiş sonucudur. Çalışanlar, hedefin gerçekleştirilmesine yol açan kurumsal gelişmiş üretkenliğe katkıda bulunmaktadır. Gelişmiş örgütsel performans, hedeflere ulaşmaya yönelik çabaları gösterirken, örgütsel performans açısından daha fazla çaba gerektirmektedir (Ellinger vd., 2003, s: 437-440). Çalışan performansı, örgütsel başarıya önemli ölçüde katkıda bulunan kritik faktörler arasında yer almaktadır. Öğrenme kuruluşlar için eğitimler ve geliştirmeler sağlayarak çalışan performansının artırılmasında önemli rol oynamaktadır (Gitongu vd., 2016, s: 198-200). Çalışanların performansı aynı zamanda işlerine karşı içsel tatminlerine de bağlıdır. Çalışanlar işlerinden ve organizasyondan memnun olduklarından daha iyi performans göstermekte ve örgüt içerisinde başarılı olmaktadır (Harter vd., 2002, s: 268-272).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Deseni: Bu araştırma, kesitsel olarak planlanmış olup Şubat-Mart 2022 döneminde gerçekleştirilmiştir. **Katılımcılar:** Kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak katılımcılar e-posta gruplarından ve sosyal medya hesaplarından ankete davet edilmiştir. Araştırmanın evreninin İstanbul Anadolu Yakası'nda hizmet sunan bir branş hastanesinde çalışan 500 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Örneklem büyüklüğü, hata payına göre alınabilecek örneklem büyüklüğünü gösteren tablo ve evren büyüklüğü baz alınarak (0.05 örnekleme hatası) (Yazıcıoğlu ve Erdoğan, 2004) en az 217 olarak tespit edilmiştir. Araştırmaya 233 sağlık profesyoneli katılmıştır.

Veri Toplama Araçları: Bu çalışmada; sosyo-demografik soru formu, Doetinchem Örgütsel Stres Ölçeği, İş Performansı Ölçeği ve Oxford Mutluluk Ölçeği olmak üzere toplam dört farklı veri toplama aracından yararlanılmıştır. Sosyodemografik veri formu; sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, medeni durum, çalışma yılı ve unvan bilgilerini içeren demografik bilgiler soru formudur. Örgütsel stres ölçeği; Theorell ve ark. tarafından 1998 yılında geliştirilen ölçek, Yıldırım ve ark. (2011) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Sosyal destek, iş yükü, beceri kullanımı ve karar verme olmak üzere dört alt boyuttan ve toplam 17 maddeden oluşmaktadır. Sorulara verilen yanıtlar 1 ile 5 puan arasında değerlendirilmiştir. Toplamda ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı ise $\alpha=0.79$ olarak bulunmuştur (Theorell vd., 1988, s: 189-192; Yıldırım, Taşmektepligil ve Üzüm, 2011, s: 104-105). Oxford mutluluk ölçeği; Hills ve Argyle (2002) tarafından geliştirilip Doğan ve Çötök (2011) tarafından Türk kültüründe geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Tek boyut ve yedi maddeden oluşan ölçek beşli likert (1-hiç katılmıyorum, 5-tamamen katılıyorum) yanıt tipindedir. 1.ve 7. maddeler ters puanlanan maddeler olup ölçekten alınabilecek puan 7 ile 35 arasında değişmektedir. Ölçek puanının yüksekliği bireyin mutluluk düzeyinin yüksekliğini ifade etmektedir. Ölçeğin iç tutarlılığı "pozitif duygular" alt boyutu için 0.86-0.90, "negatif duygular" alt boyutu için ise 0,84-0,87 olarak rapor edilmiştir (Hills ve Argyle, 2002, s: 1074-1075; Doğan ve Çötök, 2011, s: 166-168). İş Performansı Ölçeği; Fuentes, Saez ve Montes (2004) ve Rahman ve Bullock (2004) tarafından geliştirilmiş ve Göktaş (2018) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Araştırmada, Şhitoğlu (2010) tarafından kullanılarak raporlanan 6 soruluk form kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.942'dir (Fuentes-Fuentes vd., 2004, s: 427-429; Rahman ve Bullock, 2005, s: 75-76; Göktaş ve Kulualp, 2018, s: 610-613).

Verilerin Analizi: Veriler, SPSS-22 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Sosyodemografik sorular için frekans tabloları oluşturulmuştur. Değişkenler, normallik varsayımı analizi yapılarak değerlendirilmiş olup, iki gruplu değişkenlerde bağımsız iki örneklem T-testi, üç ve daha fazla gruplu değişkenlerde tek yönlü Anova analizi uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi ve yönünü öğrenmek için Pearson Korelasyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkenler üzerindeki etkisini görmek üzere Çoklu Doğrusal Regresyon analizi uygulanmıştır. Bütün analizler alfa değeri 0,05 düzeyinde uygulanmıştır.

3.1. Araştırmanın Etik İzinleri

Yapılan bu çalışmada "Yükseköğretim Kurumları Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Yönergesi" kapsamında uyulması belirtilen tüm kurallara uyulmuştur. Yönergenin ikinci bölümü olan "Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiğine Aykırı Eylemler" başlığı altında belirtilen eylemlerden hiçbiri gerçekleştirilmemiştir. Araştırmanın etik izni Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu' nun 12.11.2021 tarih ve 21/698 sayılı onayı ile alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi' ne uygun olarak yürütülmüştür.

4. BULGULAR

Araştırmaya, 233 sağlık çalışanı (K=147, E=93) katılmıştır (**Tablo 1**). Kadın ve evli bireylerin ağırlıkta olduğu çalışmada 0-5 yıl çalışma süresine sahip katılımcı sayısı fazladır.

Tablo 1: Sosyo demografik Bilgiler Tablosu

| Değişken | Grup | n | Yüzde (%) |
|------------------|-----------------------|------------|-----------|
| Cinsiyet | Kadın | 147 | %61,3 |
| | Erkek | 93 | %38,8 |
| Medeni Durum | Evli | 150 | %62,5 |
| | Bekâr | 90 | %37,5 |
| Çocuk Durumu | Yok | 108 | %45,0 |
| | Var | 132 | %55,0 |
| Çalışma Süreleri | 0-5 yıl | 66 | %27,5 |
| | 5-10 yıl | 42 | %17,5 |
| | 11-15 yıl | 34 | %14,2 |
| | 16-20 yıl | 41 | %17,1 |
| | 21 yıl ve üzeri | 57 | %23,8 |
| Eğitim Durumu | Lise ve altı | 32 | %13,3 |
| | Üniversite | 147 | %61,3 |
| | Yüksek Lisans ve üstü | 61 | %25,4 |
| Yaş | Ortalama | S.S | |
| | 24,09 | 4,01 | |

Ölçeklerin betimsel istatistikleri, normallik varsayımı analizleri ve güvenilirlik analizi sonuçları **Tablo 2**'de verilmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerleri -2; +2 sınırını aşmadığından ölçekler ile ilgili analizlerde parametrik testler kullanılmıştır. Mutluluk ölçeği (24,09±4,01), çalışan performansı ölçeği (30,21±3,52), sosyal destek ölçeği (39,18±6,12), iş yükü ölçeği (12,51±3,54), beceri kullanımı ölçeği (11,03±2,14), karar verme ölçeği (5,38±2,03) ve örgütsel stres ölçeğinin (36,23±9,77) puanlarının orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Ölçeklerin Betimsel İstatistikleri, Normallik Varsayımı Analizleri ve Güvenilirlik Analizi (n=233)

| Ölçek | Ort. | SS | Kolmogorov Smirnov (p) | Çarpıklık | Basıklık | Cronbach's Alpha |
|----------------------------|-------|------|------------------------|-----------|----------|------------------|
| Mutluluk | 24,09 | 4,01 | 0,001 | -0,322 | 0,289 | 0,746 |
| Çalışan Performansı | 30,21 | 3,52 | 0,001 | -0,829 | 1,004 | 0,808 |
| Sosyal Destek | 39,18 | 6,12 | 0,001 | 0,233 | 0,556 | 0,811 |
| İş Yükü | 12,51 | 3,54 | 0,001 | 0,480 | 0,685 | 0,837 |
| Beceri Kullanımı | 11,03 | 2,14 | 0,001 | -0,394 | 0,655 | 0,511 |
| Karar Verme | 5,38 | 2,03 | 0,001 | 0,594 | -0,232 | 0,905 |
| Örgütsel Stres | 36,23 | 9,77 | 0,001 | 0,201 | -0,317 | 0,764 |

Fark analizlerinde (**Tablo 3**) kadınların örgütsel stres ölçeği puanı ortalamasının (40,11±6,50), erkeklerin ortalamasından (37,70±5,17) yüksektir (p=0,002<0,05).

6-10 yıldır çalışan katılımcıların çalışan performansı ölçeği ortalaması (31,04±2,92), 0-5 yıldır çalışan katılımcılardan (29,31±4,06) ve 16-20 yıldır çalışanların ortalamalarından (29,51±3,81) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=0,029<0,05).

11-15 yıldır çalışan katılımcıların çalışan performansı ölçeği ortalaması (30,82±2,77), 0-5 yıldır çalışan katılımcıların (29,31±4,06) (p=0,029<0,05) ve 21 yıl ve üzeri süredir çalışan katılımcıların çalışan performansı ölçeği puanı ortalaması (30,77±3,21), 0-5 yıldır çalışan katılımcıların ölçek puan ortalamasından (29,31±4,06) anlamlı bir şekilde farklı ve büyüktür (p=0,029<0,05).

Çocuğu olan katılımcıların mutluluk ölçeği puanı ortalaması (24,70±3,85), çocuğu olmayan katılımcıların ölçek puan ortalamasından (23,34±4,08) anlamlı ve büyüktür (p=0,009<0,05)

Tablo 3: Araştırmaya Katılan Bireylerin (Cinsiyet, Medeni durum, Çocuk durumu, Çalışma Yılı, Eğitim Durumuna Göre) Mutluluk, Çalışan Performansı ve Örgütsel Stres Boyutuna Göre Fark Analizleri

| Değişkenler | Mutluluk | | | | Çalışan Performansı | | | | Örgütsel Stres | | | |
|-----------------------|-----------|------|----------|--------|---------------------|------|----------|--------|----------------|------|---------|--------|
| | \bar{X} | SS | Test | p | \bar{X} | SS | Test | p | \bar{X} | SS | Test | p |
| Cinsiyet | | | | | | | | | | | | |
| Kadın | 24,21 | 4,00 | t=0,578 | 0,564 | 30,10 | 3,41 | t=-0,609 | 0,543 | 40,11 | 6,50 | t=3,171 | 0,002* |
| Erkek | 23,90 | 4,03 | | | 30,38 | 3,70 | | | 37,70 | 5,17 | | |
| Medeni Durum | | | | | | | | | | | | |
| Evli | 24,18 | 3,93 | t=0,440 | 0,661 | 30,28 | 3,33 | t=0,382 | 0,703 | 39,32 | 5,40 | t=0,415 | 0,679 |
| Bekâr | 23,94 | 4,16 | | | 30,10 | 3,83 | | | 38,95 | 7,19 | | |
| Çocuk Durumu | | | | | | | | | | | | |
| Yok | 23,34 | 4,08 | t=-2,649 | 0,009* | 29,75 | 3,68 | t=-1,810 | 0,072 | 39,54 | 6,77 | t=0,813 | 0,417 |
| Var | 24,70 | 3,85 | | | 30,58 | 3,36 | | | 38,88 | 5,55 | | |
| Çalışma Yılı | | | | | | | | | | | | |
| 0-5 yıl | 23,25 | 3,64 | F=2,346 | 0,055 | 29,31 | 4,06 | F=2,748 | 0,029* | 39,06 | 7,68 | F=1,142 | 0,337 |
| 6-10 yıl | 23,59 | 3,87 | | | 31,04 | 2,92 | | | 40,57 | 5,75 | | |
| 11-15 yıl | 24,26 | 4,32 | | | 30,82 | 2,77 | | | 39,11 | 6,56 | | |
| 16-20 yıl | 24,04 | 3,80 | | | 29,51 | 3,81 | | | 39,65 | 4,98 | | |
| 21 yıl ve üzeri | 25,35 | 4,28 | | | 30,77 | 3,21 | | | 38,00 | 4,60 | | |
| Eğitim Durumu | | | | | | | | | | | | |
| Lise ve altı | 23,43 | 4,42 | F=1,152 | 0,318 | 29,09 | 5,13 | F=1,958 | 0,143 | 38,84 | 9,14 | F=0,058 | 0,944 |
| Üniversite | 23,98 | 3,68 | | | 30,44 | 3,12 | | | 39,25 | 5,84 | | |
| Yüksek Lisans ve üstü | 24,68 | 4,50 | | | 30,22 | 3,35 | | | 39,19 | 4,81 | | |

*p<0,05 t= T-Test istatistiği F= F istatistiği

Fark analizlerinde (**Tablo 4**) iş yükü ölçeği puanı cinsiyet değişkenine göre ele alındığında kadınların iş yükü ölçeği puanı ortalaması (11,29±2,29), erkeklerin ortalamasından (10,63±1,82) büyüktür (p=,020<0,05). Kadın katılımcıların karar ölçeği puanı ortalaması (5,60±2,16), erkek katılımcıların ortalamasından (5,04±1,77) anlamlı bir şekilde (p=,029<0,05) büyüktür. Çocuğu olmayan katılımcıların karar verme ölçeği puanı ortalaması (5,89±2,09), çocuğu olanlardan (4,96±1,89) farklı ve büyük olduğu (p=,000<0,05) tespit edilmiştir. Katılımcılardan 0-5 yıldır çalışan karar verme ölçeği puanı ortalaması (5,90±2,18), 21 yıl ve üzeri çalışan katılımcıların ortalamasından (4,57±1,68) farklı ve büyük olduğu (p=,000<0,05) görülmüştür. 6-10 yıldır çalışanların karar verme ölçeği puanı ortalaması (6,21±1,96), 16-20 yıl çalışanlardan (4,92±1,80) ve 21 yıl ve üzeri çalışanların ortalamalarından (4,57±1,68) büyük olduğu görülmektedir (p=,000<0,05).

Tablo 4: Araştırmaya Katılan Bireylerin (Cinsiyet, Medeni durum, Çocuk durumu, Çalışma Yılı, Eğitim Durumuna Göre) Sosyal Destek, İş Yükü ve Karar Verme Boyutuna Göre Fark Analizleri

| Değişkenler | Sosyal Destek | | | | İş Yükü | | | | Karar Verme | | | |
|-----------------------|---------------|------|---------|------|-----------|------|---------|-------|-------------|------|----------|-------|
| | \bar{X} | SS | Test | p | \bar{X} | SS | Test | p | \bar{X} | SS | Test | p |
| Cinsiyet | | | | | | | | | | | | |
| Kadın | 12,82 | 3,69 | t=1,728 | ,085 | 11,29 | 2,29 | t=2,340 | ,020* | 5,60 | 2,16 | t=2,193 | ,029* |
| Erkek | 12,02 | 3,25 | | | 10,63 | 1,82 | | | 5,04 | 1,77 | | |
| Medeni Durum | | | | | | | | | | | | |
| Evlü | 12,47 | 3,26 | t=-,244 | ,807 | 11,18 | 1,96 | t=1,270 | ,206 | 5,21 | 2,00 | t=-1,716 | ,087 |
| Bekâr | 12,58 | 3,98 | | | 10,80 | 2,39 | | | 5,67 | 2,07 | | |
| Çocuk Durumu | | | | | | | | | | | | |
| Yok | 12,71 | 3,87 | t=-,775 | ,439 | 11,01 | 2,18 | t=-,124 | ,901 | 5,89 | 2,09 | t=3,597 | ,000* |
| Var | 12,35 | 3,26 | | | 11,05 | 2,11 | | | 4,96 | 1,89 | | |
| Çalışma Yılı | | | | | | | | | | | | |
| 0-5 yıl | 12,77 | 4,42 | F=,703 | ,591 | 10,71 | 2,26 | F=1,409 | ,232 | 5,90 | 2,18 | F=6,081 | ,000* |
| 6-10 yıl | 12,38 | 3,30 | | | 11,61 | 1,91 | | | 6,21 | 1,96 | | |
| 11-15 yıl | 12,26 | 3,65 | | | 11,32 | 2,21 | | | 5,26 | 2,04 | | |
| 16-20 yıl | 13,12 | 2,86 | | | 10,87 | 1,79 | | | 4,92 | 1,80 | | |
| 21 yıl ve üzeri | 12,03 | 2,92 | | | 10,92 | 2,30 | | | 4,57 | 1,68 | | |
| Eğitim Durumu | | | | | | | | | | | | |
| Lise ve altı | 13,18 | 4,77 | F=,715 | ,490 | 10,53 | 2,48 | F=1,055 | ,350 | 5,59 | 2,40 | F=1,276 | ,281 |
| Üniversite | 12,36 | 3,46 | | | 11,13 | 2,14 | | | 5,48 | 2,09 | | |
| Yüksek Lisans ve üstü | 12,54 | 2,97 | | | 11,06 | 1,93 | | | 5,03 | 1,64 | | |

*p<0,05 *t= T-Test istatistiği *F= F istatistiği

Bu çalışmada Pearson korelasyon analizinde %99 güven aralığı baz alınmıştır..Mutluluk ölçeği ile çalışan performansı ölçeği arasında pozitif yönlü ve zayıf seviyede anlamlı bir ilişki ($r=,331$; $p=,000$) olduğu tespit edilmiştir. Mutluluk ölçeğinin örgütsel stres ölçeği ($r=-,349$; $p=,000$) ve sosyal destek ölçekleri arasında negatif yönlü ilişki ($r=-,327$; $p=,000$) saptanmıştır.

Mutluluk ölçeği ile karar verme ölçeği arasında negatif yönlü ($r=-,355$; $p=,000$); yaş değişkeni arasında pozitif yönlü bir ilişki ($r=,213$; $p=,001$) mevcuttur.

Çalışan performansı ölçeğinin örgütsel stres ölçeği ($r=-,231$; $p=,000$) ve sosyal destek ölçeği arasında negatif yönlü ($r=-,381$; $p=,000$) ilişki mevcuttur.

Örgütsel stres ölçeğinin sosyal destek ölçeği ($r=,767$; $p=,000$); ve karar verme ölçeği arasında güçlü bir ilişki ($r=,630$; $p=,000$) mevcuttur ve aynı ölçeğin iş yükü ölçeği arasındaki ilişkiye baktığımızda pozitif ve orta seviyede ($r=,588$; $p=,000$) olduğu görülmektedir.

Sosyal destek ölçeği ile karar verme ölçeği arasında ise pozitif yönlü ve zayıf ilişki ($r=,264$; $p=,000$) mevcut olup; iş yükü ölçeği ile karar verme ölçeği arasında ise zayıf seviyede ilişki ($r=,327$; $p=,000$) vardır.

Son olarak karar verme ölçeği ile yaş değişkeni arasında negatif yönlü ve zayıf ilişkinin olduğunu görmekteyiz ($r=,304$; $p=,000$) (**Tablo 5**).

Tablo 5: Ölçeklerin Boyutları (Mutluluk, Çalışan Performansı, Örgütsel Stres, Sosyal Destek, İş Yükü, Karar Verme) ile Yaş Değişkeni Arasındaki Korelasyon Analizi

| | Mutluluk | Çalışan Performansı | Örgütsel Stres | Sosyal Destek | İş Yükü | Karar Verme | Yaş |
|---------------------|-------------------|---------------------|------------------|------------------|------------------|-------------------|-----|
| Mutluluk | 1 | | | | | | |
| Çalışan Performansı | 0,331** 0,001 | 1 | | | | | |
| Örgütsel Stres | -0,349** 0,001 | -0,231** | 1 | | | | |
| Sosyal Destek | -0,327** 0,001 | -0,381** | 0,767** 0,001 | 1 | | | |
| İş Yükü | -0,038 0,559 | 0,072 0,270 | 0,588** 0,001 | 0,093 0,152 | 1 | | |
| Karar Verme | -0,355** 0,001 | -0,112 0,083 | 0,630** 0,001 | 0,264** 0,001 | 0,327** 0,001 | 1 | |
| Yaş | 0,213** 0,001 | 0,075 0,247 | -0,095 0,142 | -0,046 0,478 | -0,030 0,639 | -0,304** 0,001 | 1 |

**p<0,01

Tablo 6' da mutluluk ölçeği puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişken, Mutluluk ölçeğinin %12,2'sini açıklamaktadır. Örgütsel Stres ölçeği puanı Mutluluk ölçeği puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta=-0,229$; $p<0,05$).

Tablo 6: Regresyon Analizi (Örgütsel stres)

| Yordanan | Yordayan | Std. Olm. | | Std. | t | p | F | R |
|----------|----------------|-----------|-------|--------|--------|-------|----------|---------|
| | | B | S.H. | | | | | |
| | (Sabit) | 33,045 | 1,577 | | 20,951 | 0,001 | 33,008 | 0,349 |
| Mutluluk | Örgütsel Stres | -0,229 | 0,040 | -0,349 | -5,745 | 0,001 | (0,001*) | (0,122) |

Tablo 7' de çalışan performansı ölçeği puanını yordama durumunun incelenmesi amacıyla uygulanan doğrusal regresyon analizinden elde edilen bulgulara yer verilmiştir. Bağımsız değişken, Çalışan performansı ölçeğinin %5,3'ünü açıklamaktadır. Örgütsel Stres ölçeği puanı Çalışan performansı ölçeği puanını anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır ($\beta=-0,133$; $p<0,05$).

Tablo 7: Regresyon Analizi (Örgütsel stres)

| Yordanan | Yordayan | Std. Olm. | | Std. | t | p | F | R |
|---------------------|----------------|-----------|-------|--------|--------|-------|----------|---------|
| | | B | S.H. | | | | | |
| | (Sabit) | 35,409 | 1,439 | | 24,608 | 0,001 | 13,359 | 0,231 |
| Çalışan Performansı | Örgütsel Stres | -0,133 | 0,036 | -0,231 | -3,655 | 0,001 | (0,001*) | (0,053) |

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, İstanbul Anadolu Yakası'nda bir branş hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının örgütsel stres, çalışan performansı ve mutluluk düzeylerini tespit etmek ve örgütsel stresin mutluluğa ve iş performansına etkisini ortaya koymayı amaçlamıştır.

Çalışmamızda örgütsel stres ölçeği puanı cinsiyet değişkenine göre ele alındığında kadınların örgütsel stres ölçeği puanı ortalaması (40,11±6,50), erkeklerin puan ortalamasından (37,70±5,17) anlamlı şekilde farklı ve büyük olduğu ($p=,002<0,05$) görülmektedir. Aynı ölçeği kullanan diğer çalışmada örgütsel stres düzeyi daha yüksek bulunmuş olup erkeklerde anlamlı şekilde bu değerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Günday ve Keleş, 2017, s:682-683).

Sağlık çalışanlarının Mutluluk Ölçeği puan ortalaması kadınlarda 24,21±4,00, erkeklerde ise 23,90±4,03 olup demografik özelliklere göre değişmediği belirlenmiştir. Yapılan mutluluk çalışmalarında genel olarak cinsiyet yönünden farklılaşmanın anlamlı düzeyde olmadığı belirtilmesine karşın sağlık çalışanlarına yapılan başka bir çalışmada erkek çalışanların kadın çalışanlara göre daha mutlu olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda, cinsiyete göre farklılık olmamakla birlikte kadınların puan ortalaması erkeklerin puan ortalamasından yüksektir. Akyol ve Işık (2018) bu farkı kadınların iş yükünün yanı sıra aile yaşantılarında çocuk bakma ve ev işi yapma gibi ek sorumlulukların yer alması olarak açıklamıştır (Akyol ve Işık, 2018, s:1-17). Sağlık çalışanları üzerinde aynı ölçeği (Oxford Mutluluk Ölçeği) kullanarak yapılan başka bir çalışmada, kadınlar ve erkekler arasında anlamlı bir fark bulunmaması araştırmamızın sonucunu destekler niteliktedir (Yüksekbilgili ve Akduman,2016, s:71-84).

Çalışan performansı çalışma yılına göre ele alındığında çalışma yılı arttıkça performans ölçeğinin ortalamasının da arttığının belli bir süre sonra ortalamasının az da olsa düştüğü görülmektedir. Bu da göstermektedir ki işletme içerisinde çalışanların deneyimleri arttıkça performanslarının da arttığı görülmektedir (Tayfun ve Çatır, 2013, s: 114-134). Araştırmanın ilginç sonuçlarından biri de çalışan performansı ile mutluluk ölçeği arasında negatif ve güçlü seviyede ilişki olmasıdır. Buna göre çalışan performansının artmasının mutluluğu arttırmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Yapılan çalışmada işte mutluluğun iş doyumunu ile çalışan performansı arasında; tam aracılık bağı oluşturduğu, performansı olumlu yönde etkilediğini ortaya çıkarmıştır. Bu da Erselcan ve Özer'in çalışmasını desteklemekte olup işte mutluluğun performans üzerindeki açıklayıcı gücünün yüksek olduğu ifade edilmiştir (Erselcan ve Özer, 2018, s: 148-165).

İstanbul ilinde Anadolu Yakası'nda bir branş hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarına yapılan çalışmamızda örgütsel stres, mutluluk ve çalışan performansı düzeylerinin orta düzeyde olduğu görülmektedir. Çalışan Performansı ölçeği puanı kadın ve çalışma yılı 16 yıl ve üzeri olan çalışanlarda diğer gruplara göre yüksektir. Örgütsel stresin pozitif yönde mutluluğu anlamlı bir şekilde etkilediği yordamaktadır. Bağımsız değişkenler, mutluluk ölçeğinin %43'ünü açıklamaktadır. Mutluluk, örgütsel stresi anlamlı ve pozitif yönde, çalışan performansını ise anlamlı ve negatif yönlü yordamaktadır. Bağımsız değişkenler, Çalışan Performansı ölçeğinin %20,8'ini açıklamaktadır. Sağlık çalışanlarının iş yaşamlarında stresle baş etme stratejilerinin önemli olduğu belirlenmiştir. Bu nedenle örgütlerin öncelikle çalışanların stres nedenlerini araştırması ve müdahale stratejilerinin planlanması gerekmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

Akyol E. Y., Işık Ş. (2018). Akademisyenlerde mutluluğun yordayıcıları olarak farkındalık ve stresle başa çıkma tutumları. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 6(1), 1-17.

An J. S., Cooney T. M. (2006). Psychological well-being in mid to late life: the role of generativity development and parent-child relationships across the lifespan. *Int. J. Behav. Dev.* 30, 410-421. 10.1177/0165025406071489

Chiasson N., Dube L., Blondin J. (1996). Happiness: A look into the folk psychology of four cultural groups. *J. Cross Cult. Psychol.* 27, 673-691. 10.1177/0022022196276002

Çalışkan A. (2018). Dönüşümcü liderliğin iş performansına etkisi: Lider üye etkileşimi ve örgütsel bağlılığın aracılık rolü. *Toros Üniversitesi İİSBF Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(8), 104-140.

Doğan T, Çötök N. (2011). Oxford mutluluk ölçeği kısa formunun türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 4(36), 165-172.

- Ellinger, A. D., Ellinger, A. E. and Keller, S. B. (2003). Supervisory coaching behaviour, employee satisfaction and warehouse employee performance: A dyadic perspective in the distribution industry, *Human Resource Development Quarterly*, 14(4), 435-458.
- Erselcan R. C., Özer P. S. (2018). İş doyumunun performansa etkisinde mutluluğun aracılık rolü üzerine bir araştırma. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 13(2), 148-165.
- EU-OSHA (2014). The business case for safety and health: Cost–benefit analyses of interventions in small and medium-sized enterprises. Publications Office of the European Union, Luxembourg 2014. [Updated 2014 Sep 22; cited 2022 May 30] Available from: <https://osha.europa.eu/en/publications/business-case-safety-and-health-cost-benefit-analyses-interventions-small-and-medium>
- Fuentes-Fuentes M. M, Albacete-Sáez C. A, Lloréns-Montes F. J. (2004). The impact of environmental characteristics on TQM principles and organizational performance. *Omega*, 32(6), 425-442.
- Ganster D. C., Rosen C. C. (2013). Work stress and employee health: A multidisciplinary review. *J Manage* 39(5), 1085-1122. <https://doi.org/10.1177%2F0149206313475815>
- Gitongu, M. K., Kingi, W. and Uzel, J. M. M. (2016). Determinants of employees performance of state parastatals in Kenya: Kenya Ports Authority, *International Journal of Humanities and Social Science*, 6(10), 197-204.
- Göktaş Kulualp H. (2018). Sağlık sektöründe çalışan performansının değerlendirilmesine yönelik bir yol analizi. *Journal of Business Research-Turk*, 10(4), 600-624. <https://doi.org/10.20491/isarder.2018.539>
- Günday F. D., Keleş H. N. (2017). Örgütsel stresin işten ayrılma niyetine etkisi: görgül bir araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 681-694.
- Harter, J. K., Schmidt, F. L. and Hayes, T. L. (2002). Business unit level relationship between (employee satisfaction, employee engagement, and business outcomes: A meta-analysis, *Journal of Applied Psychology*, 87(2), 268-279.
- Hassard J, Teoh K, Cox T, Cosmar M, Gründler R, Flemming D. et al. (2021). *Calculating the cost of work-related stress and psychosocial risks*. Technical Report. Publications Office of the European Union, Luxembourg. [Updated 2021 Jun 10; cited 2022 May 29] Available from: <https://eprints.bbk.ac.uk/id/eprint/20923/>
- Havermans B. M., Schelvis R. M., Boot C. R., Brouwers E. P., Anema J. R., van der Beek A. J. (2016). Process variables in organizational stress management intervention evaluation research: A systematic review. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 371-381.
- Henderson M, Glozier N, Elliott K. H. (2005). Long term sickness absence: Is caused by common conditions and needs managing. *BMJ Br Med J*, 330(7495), 802-803.
- Hills P, Argyle M. (2002). The oxford happiness questionnaire: a compact scale for the measurement of psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 33(7), 1073-1082.
- Landrum, B., Knight, D. K., Flynn, P. M. (2012). The impact of organizational stress and burnout on client engagement, *J. Subst Abuse Treat*, 42(2), 222-230.
- O’neill J. W., Davis K. (2011). Work stress and well-being in the hotel industry. *International Journal of Hospitality Management*, 30(2), 385-390.

- Pryce-Jones J, Lindsay J. (2014). What happiness at work is and how to use it. *Industrial and Commercial Training*, 46(3), 130-134.
- Rahman S. U, Bullock P. (2005). Soft TQM, hard TQM, and organisational performance relationships: An empirical investigation. *Omega*, 33(1), 73-83.
- Rosa H. (2013). *Acceleration at work. 16th conference of the european association of work and organisational psychology, imagine the future world: how do we want to work tomorrow?*, May 22-25; Muenster, Germany.
- Schuler, R. S. (1980). Definition and conceptualization of stress in organizations, *Organizational Behavior and Human Performance*, 25(2), 184-215
- Steptoe A, Kivimaki M. (2013). Stress and cardiovascular disease: An update on current knowledge. *Annu Rev Public Health*, 34: 337-354. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114452>
- Şehitoğlu Y. (2010). *Örgütsel sessizlik örgütsel vatandaşlık davranışı ve algılanan çalışan performansı ilişkisi*. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli.
- Tayfun A, Çatır O. (2013). Örgütsel sessizlik ve çalışanların performansları arasındaki ilişki üzerine bir araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 114-134.
- Theorell T, Perski A, Åkerstedt T, Sigala F, Ahlberg-Hultén G, Svensson J. et al. (1988). Changes in job strain in relation to changes in physiological state: A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 14, 189-196.
- Yazıcıoğlu Y, Erdoğan S. (2004). *SPSS uygulamalı bilimsel araştırma yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yıldırım Y, Taşmektepligil M. Y, Üzüm H. (2011). Kısa versiyon örgütsel stres ölçeğinin türkçeye uyarlanması (geçerlilik ve güvenilirlik çalışması). *Selçuk Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilim Dergisi*, 13(1), 103-108.
- Yozgat U, Bilginoğlu E. (2020). İşyerinde mutluluk ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Journal of Yaşar University*, 15, 201-206.
- Yüksekbilgili Z, Akduman G. (2016). Sağlık personelinin mutlulukları üzerine bir alan araştırması: Aile sağlığı merkezlerinde bir uygulama. *Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 71-84.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIK SİSTEMLERİNİN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİNDE SAĞLIK FİNANSMANININ YERİNE İLİŞKİN SAĞLIK YÖNETİCİLERİNİN GÖRÜŞLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ*

EVALUATION OF HEALTH MANAGER'S VIEWS ON THE PLACE OF HEALTHCARE FINANCING IN THE SUSTAINABILITY OF HEALTH SYSTEMS

Doç. Dr. Fatma Özlem YILMAZ¹

Emine GÖKMEN²

Arş. Gör. Dr. Mehmet Akif ERİŞEN³

ÖZ

Bu çalışmada sağlık yöneticilerinin sürdürülebilir sağlık sistemlerinde sağlık finansmanının yeri ile ilgili görüşlerini incelemek amaçlanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılan çalışmada nitel araştırma yöntemi ve olgu bilim deseni kullanılmıştır. Araştırma kapsamında Konya il merkezindeki 11 sağlık yöneticisi ile yüz yüze görüşülmüştür. Araştırma sonucunda sürdürülebilirlik ile ilgili olarak katılımcılar dijital hastane ve yalın hastane kavramlarına dikkat çekmenin yanı sıra erişilebilirlik, gelir gider dengesinin kurulması, bütçenin doğru yönetilmesi gibi konulara değinmiştir. Hastanelerindeki sürdürülebilirlik uygulamaları ile ilgili olarak katılımcılar genel anlamda, yazıya dayalı işlemlerin dijital ortamda yürütülmesi, dijital arşiv, sıfır atık ile kâğıt israfının önlenmesi ve enerji tasarrufu gibi uygulamalara dikkat çekmiştir. Yöneticilerin sürdürülebilir sağlık sistemlerinde finansmanın yeri konusundaki düşünceleri incelendiğinde ise katılımcılar genel anlamda finansal yönetim olmadan sürdürülebilirliğin sağlanamayacağına dikkat çekmiştir. Bazı katılımcılar ise kurumların finansal anlamda yetersiz kalması sebebiyle bu konuda yerel ve ulusal bazda çeşitli önlemlerin alınması ve desteklerin sağlanması gerektiğini belirtmiştir.

Anahtar Kelimeler: Nitel Araştırma, Sağlık Finansmanı, Sürdürülebilirlik, Sağlık Sistemleri.

JEL Sınıflandırma Kodları: Q56, I11, G32.

ABSTRACT

This study aims to examine the views of health managers about the place of health financing in the sustainability of health systems. Qualitative research methods and phenomenology design were used in the study using a semi-structured interview form. Within the scope of the research, face-to-face interviews were conducted with 11 health managers in Konya city center. As a result of the study, in addition to drawing attention to the concepts of digital hospital and lean hospital, the participants also touched upon issues such as accessibility, the establishment of income-expenditure balance, and correct management of the budget. Regarding the sustainability practices in their hospitals, the participants drew attention to practices such as conducting paper-based transactions in a digital environment, digital archive, preventing paper waste with zero waste, and saving energy. When the managers' opinions about the place of finance in sustainable health systems are examined, the participants pointed out that sustainability cannot be achieved without financial management in general. Some participants stated that due to the financial inadequacy of the institutions, various measures should be taken, and support should be provided on a local and national basis.

Keywords: Qualitative Research, Health Financing, Sustainability, Health Systems.

JEL Classification Codes: Q56, I11, G32.

* Bu çalışma "Birinci Uluslararası Selçuk Sağlık Bilimleri Kongresinde (1-2 Aralık 2022, Konya)" özet bildiri olarak sunulmuştur. Bu çalışma 01.12.2022 tarihinde Birinci Uluslararası Selçuk Sağlık Bilimleri Kongresi Kongresi'nde sunulan ve tam metni bildiriler kitabında yayınlanmayan "Evaluation Of Health Managers Views On The Place Of Healthcare Financing In The Sustainability Of Health Systems" başlıklı bildiriden hazırlanmıştır.

¹ Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, f.ozlemyilmaz@yahoo.com

² Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, emineg1013@gmail.com

³ Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, akiferisen@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

In today's world, it is obvious that misuse of resources will pose significant dangers for future generations, and it is known that sustainable strategies are essential to prevent this situation. The concept of sustainability is now prominent in the health sector, as in every industry, and is seen as an effective element in the functioning of institutions and even systems. While ensuring sustainability in health systems, the important issue is health financing, which arises from scarce resources and endless needs. While the use of resources without depletion and future reduction in health service delivery forms the basis of health systems sustainability, the issue of financing should be addressed in the implementation process of all these. This study aims to examine the views of health managers about sustainable health systems and the place of health financing in the sustainability of health systems.

Design/methodology/approach:

Qualitative research methods and phenomenology design were used in the study using a semi-structured interview form. The interview form consists of seven questions prepared by the researchers taking expert opinions. Within the scope of the research, 11 people working in managerial positions in health institutions in Konya city center were interviewed. Since audio recordings were not allowed by the health managers interviewed within the scope of the research, coding, and notes were taken by the interviewer quickly during the interview. Then they were separated, grouped, conceptualized, and interpreted. By coding the research data, 6 main themes and 15 sub-themes were created.

Findings:

In the research, some managers have worked in the health sector for many years, and some have been working in the sector for a short time. At the same time, some participants have been managers for a long time and later entered the health sector. In this context, while the working period of the participants in the health sector varies between 3 and 30 years; managerial periods vary between 3 and 18 years. The findings were examined under six main themes: "financial management", "financial management in health care delivery", "sustainability of health services", "sustainability practices in health institutions", "financial management in sustainable health services" and "financing in sustainable health services". Under these main themes, 15 sub-themes were created. As a result of the research, in addition to drawing attention to the concepts of digital hospital and lean hospital, the participants also touched upon issues such as accessibility, establishment of income-expenditure balance, and correct management of the budget. Regarding the sustainability practices in their hospitals, the participants drew attention to practices such as conducting paper-based transactions in a digital environment, using digital archive, preventing paper waste with zero waste, and saving energy. When the managers' opinions about the place of finance in sustainable health systems are examined, the participants pointed out that sustainability cannot be achieved without financial management in general. Some participants stated that due to the financial inadequacy of the institutions, various measures should be taken, and support should be provided on a local and national basis.

Conclusion and Discussion:

No matter how periodic calculations are made, it is important not to incur losses in the long run and to be managed by improving the current situation and profit margin. Scarce resources and endless needs form the basis of the importance of financial management in the health sector. To create sustainable health systems, it will be possible to turn to practices that will ensure the continuity of effective use of resources. While implementing sustainable health systems, income and expenses must be balanced. The recent emergence of environmental accounting, which includes the concepts of finance, accounting, and sustainability, is another factor that reveals the importance of financial management and finance in sustainability. As a result, it has become an indispensable element that finance can be managed most effectively to ensure the sustainability of health services. Considering the findings obtained in this research process and the experiences in the process, the subject can be examined more comprehensively by considering future studies in this field separately in private and public hospitals. Moreover, it is thought that it is essential to carry out studies on the same subject of green hospitals, one of the most concrete examples of sustainability in health services.

1. GİRİŞ

Günlük yaşantımızda dahi oldukça önemli bir yere sahip olan finansman kavramının tüm sistemlerde dikkatli bir biçimde yürütülmesi gerekmektedir. Söz konusu sağlık sistemleri olduğunda, maliyeti çok yüksek olan donatımların finansmanının iyi yönetilmesi, mikro düzeyde kurumun devamlılığı, makro düzeyde ise toplum sağlığı açısından önemli bir yere sahiptir. Sağlıklı toplumlar oluşturabilmek için sonsuz olan sağlık ihtiyaçlarına karşı, sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar daima kıttır. Söz konusu olan kıt finans kaynaklarının, sürdürülebilir sağlık sistemleri çalışmalarında daima etkili, verimli, hakkaniyete uygun ve sürdürülebilir bir şekilde tahsis edilmesi ve kullanılması, etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesi önemli bir husustur. Bahsedilen finansal kıtlıklar hükümetleri kaynakları olabildiğince sürdürülebilir kullanmaya itmektedir (Munir, 2018; Ulusinan, 2021).

Sürdürülebilirlik, oluşturulmuş olan değerlerin kısa vadede tükenmemesi, uzun dönem kalıcılığını koruyabilmesidir (Ertuna, 2015). Bu bağlamda sürdürülebilirliğin geleceğe odaklı bir yaklaşım olduğunu söylemek mümkündür (Norton, 2005). Sürdürülebilirlik tüm sektörlerde olduğu gibi matriks (karmaşık) yapıya sahip olan sağlık sektöründe de ekonomik, sosyal ve çevresel olarak üç boyutta ele alınmaktadır (Tamer, 2018). Bu bağlamda ekonomik, sosyal ve çevresel etkilerin tamamı düşünülerek, sağlık sistemlerine var olan sağlık ihtiyaçlarının uygulanabilmesinde sürdürülebilirlik benimsenmelidir (Milic, 2014). Dolayısıyla sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği hususunda ekonomik etki altında finansman kavramı göz ardı edilemeyecek kadar etkilidir ve finansmanın sürdürülebilirliği sağlanmadan, sistemin sürdürülebilirliğini sağlamak olanaksızdır.

Kurumun/şirketin/kaynakların bugün alacağı kararlarının gelecek dönemlerdeki çevresel, sosyal ve ekonomik tercihlerini engellememesi gerekmektedir. Bu durumda sürdürülebilirliğin finansal sürdürülebilirlik kapsamında da ifade edilmesi gerekmektedir. Finansal sürdürülebilirliği sağlamak amacıyla kurumların yeterli kazancı sağlayarak gelir gider dengesini kontrol edebilmesi kendine yeterlilik olarak tanımlanmaktadır. Burada söz konusu sistem sağlık olduğundan, kurumun elde ettiği gelirlerle sağlık giderlerini karşılayabilmesi finansal sürdürülebilirliği de sağlamış olduğunu göstermektedir (Ertuna, 2015).

Dünya üzerindeki tüm toplumların belirledikleri amaçlara ulaşmaları ve mevcut durumunu kaybetmeden daha iyi seviyelere erişmelerinde toplumun sağlıklı olması en önemli etkenler arasındadır. Sağlık sistemlerinin etkili ve verimli olması sağlıklı toplumları oluşturmaktadır ve sağlık sisteminin iyi yönetilebilmesi finansman konusu ile iç içedir (Akyürek, 2012). Sürdürülebilir sağlık politikaları geleceğe yatırım yapan uzun dönemli fayda sağlayacak olan ve insan hayatını doğrudan etkileyen bir konu olduğu üzere, bu yatırım sürecinde sağlık finansmanının önemi yadsınamayacak kadar büyüktür. Bu nedenle sağlık sistemlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi adına kaynakların bir araya getirilerek nasıl kullanıldıkları önem arz etmektedir (WHO, 2010). Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için finansmanının iyi yönetilebiliyor olması gerekmektedir. Finansman konusunda sıkıntı yaşayan sistemlerin uzun vadede uygulanması mümkün değildir. Bu durumda sağlık sistemlerinin yönetiminde yer alan tüm bireylerin sürdürülebilirliği sağlarken finansman konusunda özenli ve donanımlı olması beklenmektedir.

Bu bağlamda bu çalışmada Konya ili içerisinde bulunan sağlık yöneticilerinin sürdürülebilir sağlık sistemlerinde finansman konusunun önemi ile ilgili görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Modeli ve Deseni

Bu çalışma, araştırma sürecinde sosyal olguları bağlı oldukları çevrede araştıran ve deneyimler üzerinde duran fenomenolojik nitel araştırma türündedir ve tanımlayıcı nitelik taşımaktadır. Bu çalışmada sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinde finansal yönetimin yeri ile ilgili sağlık yöneticilerinin tecrübeleri ve düşünceleri hakkında bilgiler elde edilmeye çalışıldığı için araştırma deseni olarak olgu bilim deseni tercih edilmiştir.

2.2. Araştırmanın Katılımcıları

Çalışmanın evreni Konya ili merkezinde bulunan hastanelerde görev yapan sağlık yöneticilerinden oluşmaktadır. Araştırmanın gerçekleştirildiği dönemde Konya il merkezinde 5'i kamu, 3'ü üniversite ve 12'si özel olmak üzere 20 hastane bulunmaktadır. Çalışma kapsamında amaçlı örnekleme yöntemi kullanılarak bu hastanelerde sağlık yöneticisi olarak görev yapan hastane müdürleri ile görüşülmesi hedeflenmiştir. Görüşme yapılan katılımcılardan toplanan verilerin yeterli doygunluğa ulaştığına araştırmacılar tarafından karar verildiğinde yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşıldığı düşünülerek veri toplama süreci sonlandırılmıştır (Merriam, 2009). Bu bağlamda çalışmada örnekleme oluşturan 11 adet sağlık yöneticisi ile görüşme sağlanmıştır. Hastane müdürleri dışındaki çalışanlar çalışmaya dahil edilmemiş olup, katılımcı olmak gönüllülük esaslı olduğu için çalışmaya katılmak istemeyen kişiler de çalışma kapsamına alınmamıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcıları anonimleştirilmek adına isimleri K1-K11 şeklinde kodlanmıştır. Ayrıca bu katılımcıların sağlık sektöründe çalışma ve yöneticilik yapma sürelerine ilişkin bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Çalışma Durumlarına İlişkin İlişkin Bilgiler

| Katılımcılar | Sağlık Sektöründe Çalışma Süresi (yıl) | Yöneticilik Yapma Süresi (yıl) |
|--------------|--|--------------------------------|
| K1 | 27 | 11 |
| K2 | 15 | 10 |
| K3 | 30 | 17 |
| K4 | 10 | 8 |
| K5 | 3 | 3 |
| K6 | 6 | 18 |
| K7 | 4 | 4 |
| K8 | 13 | 5 |
| K9 | 10 | 5 |
| K10 | 9 | 9 |
| K11 | 8 | 5 |

Araştırmada uzun yıllar sağlık sektöründe çalışmış yöneticiler olduğu kadar, sektörde kısa süredir görev yapmakta olan yöneticiler de bulunmaktadır. Aynı zamanda uzun zamanadır yöneticilik yapmakta olan ve sağlık sektörüne sonradan giren katılımcılar da bulunmaktadır. Bu bağlamda katılımcıların sağlık sektöründe çalışma süresi 3 ile 30 yıl arasında değişirken; yöneticilik yapma süreleri 3 ile 18 yıl arasında değişmektedir.

2.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmada veriler yüz yüze görüşme yöntemi ile toplanmıştır. Katılımcılara önceden konu ile ilgili bilgilendirme yapılarak görüşme soruları ve araştırma hakkında açıklama yapılmıştır. Görüşme için randevu talep edilerek görüşmeyi kabul eden yöneticilerden uygun zaman ve yer belirtmeleri istenerek, uygun olduklarını belirttikleri süre zarfında yöneticiler ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşme esnasında katılımcıların onayı olmadığından ses kaydı alınamamış olup, o süreçte alınan notlar ile bilgiler ayrıştırılarak, incelenerek ve karşılaştırılarak yorumlamalar yapılmıştır.

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur. Görüşme formu çalışma konusu ve nitel araştırma hakkında iki uzman kişinin görüşleri alınarak araştırmacılar tarafından oluşturulmuştur. Görüşme formunda öncelikle iki adet tanımlayıcı soru bulunmakta olup, bu sorular katılımcıların sektörde çalışma yılı, kaç yıl yöneticilik yaptıkları ile ilgilidir. Bunun yanı sıra görüşme formunda, sağlık kuruluşlarında görev yapan sağlık yöneticilerinin sürdürülebilir sağlık sistemlerinde finansal yönetimin yeri hakkındaki görüşleri alınabilmek amacıyla yedi temel soruya yer verilmiştir. Bu sorular temel itibarıyla, finansal yönetim kavramı, sağlık hizmeti sunumunda finansal yönetim, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği, katılımcıların kurumlarındaki sürdürülebilirlik uygulamaları, sürdürülebilir sağlık sistemlerinde maliyetler, finansal yönetim ve finansman hakkındadır. Analiz aşamasında katılımcıların bu sorulara vermiş olduğu yanıtlar altı ana ve 15 alt tema altında toplanmıştır.

Araştırma kapsamında görüşme sağlanan sağlık yöneticileri tarafından ses kaydı alınmasına izin verilmemiştir. Dolayısıyla görüşme esnasında görüşmeci tarafından hızlı bir şekilde kodlamalarla notlar alınmış ve sonrasında bunlar ayrıştırılmış, gruplandırılmış, kavramsallaştırılmış ve yorumlanmıştır. Görüşmelerin hemen ardından görüşmeciler tarafından yapılan kodlamalar ve alınan notlar detaylandırılarak Microsoft Office Word programına aktarılmıştır. Bu sayede bulguların temalar ve alt temalar halinde sunumu ve yorumlanması sağlanmıştır.

2.4. Araştırmanın Geçerlilik ve Güvenilirliği

Sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğinde finansmanın yeri hakkında yöneticilerin görüşlerinin ele alındığı araştırmanın geçerliliği ve güvenilirliği için öncelikle tasarım aşamasında yarı yapılandırılmış görüşme soruları hazırlanırken üçgenleme yapılarak (Edwards ve Skinners, 2009) sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğe ilişkin maliyet, finansal yönetim ve finansmana ilişkin sorular hazırlanmıştır. Edwards ve Skinners (2009) geçerliliği sağlamak adına araştırılan konuya farklı açılardan bakan iki veya daha fazla soru sorularak görüşme sorularının üçgenlenebileceğini ifade etmiştir. Ayrıca görüşme sorularının hazırlanmasında çalışma konusu ve nitel araştırmalar alanında uzman görüşünün alınması geçerlilik ve güvenilirlik açısından önemli bir husustur. Yine geçerliliği ve güvenilirliği sağlamak adına görüşmelerden sonra görüşme verileri katılımcılarca teyit edilmiş ve veriler Microsoft Office Word programına aktarıldıktan sonra kodlama ve temalaştırma süreçlerinde nitel

araştırma alanında uzman görüşünden yararlanılmıştır. İç güvenilirliği dolayısıyla tutarlılığı sağlamak adına ise görüşme esnasında benzer süreçlerde katılımcılara benzer yaklaşımlarla sorular yöneltmiştir.

2.5. Araştırmanın Etiği

Araştırma öncesinde Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 03.11.2022 tarih ve 2022/1099 karar numarası ile etik kurul izni alınmıştır. Araştırmaya katılan kişilere önceden araştırma hakkında bilgi verilmiş olup bilgilendirilmiş gönüllü olur formu onaylatılmıştır.

3. BULGULAR

Bu bölümde yer alan araştırma bulguları “finansal yönetim”, “sağlık hizmeti sunumunda finansal yönetim”, “sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği”, “sağlık kurumlarındaki sürdürülebilirlik uygulamaları”, “sürdürülebilir sağlık hizmetlerinde finansal yönetim” ve “sürdürülebilir sağlık hizmetlerinde finansman” olmak üzere altı ana tema altında incelenmiştir. Bu ana temalar ve temaların altında oluşturulan 15 alt temaya ait bilgiler Tablo 2’de gösterilmiştir.

Tablo 2. Araştırmanın Ana ve Alt Temaları

| Ana Tema | Alt Tema |
|--|--|
| Finansal yönetim | İyi yönetim |
| | Denge |
| Sağlık hizmeti sunumunda finansal yönetim | Ticari sektör |
| | Maliyetlerin karşılanması ve sürdürülebilirlik |
| | Öznel algı |
| Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği | Uzun vadeli yatırım |
| | Finansman |
| | Çevreci yaklaşım |
| | Hizmete ulaşılabilirlik |
| Sağlık kurumlarındaki sürdürülebilirlik uygulamaları | Malzemeleri şartnameye uygunluğu |
| | - |
| Sürdürülebilir sağlık hizmetlerinde finansal yönetim | İyi yönetim |
| | Kârlılık |
| | Maliyetlerin artması |
| Sürdürülebilir sağlık hizmetlerinde finansman | Finansal desteğe ulaşma süresi |
| | Maliyetleri karşılayamama |

Tablo 2 incelendiğinde finansal yönetim teması altında iki, sağlık hizmeti sunumunda finansal yönetim teması altında üç, sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ana teması altında beş, sürdürülebilir sağlık hizmetlerinde finansal yönetim teması altında üç ve sürdürülebilir sağlık hizmetlerinde finansman teması altında iki alt tema oluşturulmuştur. Kurumlardaki sürdürülebilirlik uygulamaları ise alt tema oluşturulmadan doğrudan ana tema altında ele alınmıştır.

3.1. Finansal Yönetim

Katılımcılarla yapılan görüşme neticesinde finansal yönetim teması altında katılımcıların finansal yönetim kavramının ne olduğu ile ilgili düşünceleri incelenmiştir. Finansal yönetim ana teması altında iyi yönetim ve denge olmak üzere iki alt tema bulunmaktadır.

İyi yönetim alt teması incelendiğinde, K1 parayı yönetmenin tüm sektörlerde ve süreçlerde çok önemli olduğunu, iyi bir yönetim için iyi bir finansal yönetimin gerekli olduğunu, özellikle hizmet sektöründe para yönetimi, personel ve araç üçlüsünün vazgeçilmez olduğunu ifade etmiştir. K5 ise finansal yönetimi ‘işletme faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için elde bulunan finansal imkanları işletmenin ihtiyaçlarına göre en iyi şekilde yönetmek’ olarak ifade etmiştir. K7 maliyetlerin, kurumun idaresinde ve kaynakların etkin yönetiminde temel teşkil ettiğini belirtmiştir. K9 ise finansal yönetimi ‘herhangi bir kurumun bütçe açısından en verimli ve etkin şekilde yönetilmesi’ olarak tanımlamıştır.

Denge alt teması incelendiğinde ise K2 ve K10 finansal yönetimi, gelir gider dengesinin kurulması ve finansal kaynakların yerinde ve zamanında kullanılması olarak görürken, K3 ve K11 ‘kaynakların doğru şekilde ve yerde tahsis edilebilmesi’ olarak tanımlamıştır. K6 katılımcısı ise giderler için kendilerine belirli bir sınır verildiğini ve bu sınıra göre personel gideri, kaynak yönetimi ya da ekipman ihtiyaçlarını karşılama konusunda dengeyi sağlayabilmeleri gerektiğini belirterek bunu finansal yönetim olarak değerlendirdiğini vurgulamıştır.

3.2. Sağlık Hizmeti Sunumunda Finansal Yönetim

Finansal yönetim kavramının sağlık hizmetlerindeki yerini inceleyen sağlık hizmeti sunumunda finansal yönetim ana teması altında ticari sektör, maliyetlerin karşılanması ve sürdürülebilirlik ve öznel algı olmak üzere üç alt tema bulunmaktadır.

Ticari sektör alt teması incelendiğinde K1 sağlık hizmetlerini toplumun diğer hizmetlerinden ayırmanın mümkün olmadığını, sağlık sektörünün de ticari bir sektör gibi düşünülmesi gerektiğini ve finansal yönetimin sağlık hizmetlerinde diğer sektörlerde olduğu kadar önemli olduğunu belirtmiştir.

Maliyetlerin karşılanması ve sürdürülebilirlik alt teması ile ilgili olarak K2 ve K3 katılımcısı sağlık hizmetleri sunulurken hasta sağlığının çok önemli olduğuna dikkat çekmekle birlikte mali yönetimin de düşünülmesi gereken bir unsur olduğunu, bu sayede ihtiyaçların doğru belirlenmesi ve yapılan uygulamaların karşılığında maliyetlerin karşılanması gerektiğini vurgulamışlardır. K4, K6 ve K11 benzer şekilde cevaplar vererek sağlık hizmetinin kaliteli bir şekilde sunulması için finansa ihtiyaç olduğunu, finansı iyi sağlanamayan bir sağlık sisteminin sürdürülebilir olmayacağını ve yürütülemeyeceğini ifade ederken; K5 bu konuyu hastanın aldığı hizmetin hastaneye olan maliyetinin etkin şekilde planlanıp, kazanca göre dengenin kurulması ile ilişkilendirmiştir. K10 ise bu hususta sağlık hizmeti veren kurumların ve sağlık sistemlerinin giderlerinin hastalardan kaynaklanan gelirlerle karşılandığını ve sağlık yöneticilerinin bu hususta dengeyi kurma ve sağlık kurumunda ihtiyaç olan her türlü mal ve malzeme alımını sağlamada önemli bir sorumluluk üstlendiğini belirtmiştir.

Öznel algı alt temasında sınıflandırılan ve diğerlerinden farklı bir bakış açısına sahip olan K8 katılımcısı söz konusu sağlık hizmetleri olduğunda finansal yönetim kavramının etkisini yitirebildiğini, kişinin sağlığı söz konusu olduğunda gelir gider dengesinin düşünülmemesi gerektiğini ifade etmiştir. K8 ayrıca sağlık hizmetlerinin ekonomik bir karşılığı olamayacağına ve sağlık hizmetlerinde finansman kavramının öznel bir algı olduğuna dikkat çekerek, insan sağlığının finansal kalemler dahilinde düşünülmemesi gerektiğini belirtmiştir.

3.3. Sağlık Hizmetlerinin Sürdürülebilirliği

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği ana teması altında uzun vadeli yatırım, finansman, çevreci yaklaşım, hizmete ulaşılabilirlik ve malzemelerin şartnameye uygunluğu olmak üzere beş alt tema bulunmaktadır.

Uzun vadeli yatırım alt temasında K1 yapılan binanın, alınan cihazın kendi başına bir şey ifade etmediğini, çalışır ve kullanılabilir durumda olması gerektiğini, ciddi maliyet gerektiren bu yatırımların da kısa vadede düşünülmemesi gerektiğini ve bu hususta kalifiye insan kaynağının önemli olduğunu ifade etmiştir.

Finansman alt teması incelendiğinde ise K1 ayrıca sürdürülebilir sağlık sistemleri sağlanırken SGK ayağındaki finansman kaynağının iyi sağlanması gerektiğini vurgulamıştır. K2 sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olmasını hastanedeki tüm giderlerin, gelirin altında kalması ile ilişkilendirirken, K4 ise sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliği sağlayabilmek için öncelikle sağlık finansmanına önem verilmesi ve kurumların bu açıdan desteklenmesi gerektiğine dikkat çekmiştir. K3 ise sağlık hizmetlerinin kesintisiz sunumunu sağlarken kaynakları doğru kullanımın önemine vurgu yapmıştır.

Çevreci yaklaşım alt temasında K5, K6 ve K11; sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin doğal kaynaklara zarar vermeden, ekolojiyi koruyarak sağlanabileceğini ve sağlık hizmetlerinin hem çevreyi hem dünyayı hem de hastaları koruyarak çevreci bir yaklaşımla yürütülmesi gerektiğini ifade etmişlerdir. Buna ek olarak dijital hastane ve yalın hastane kavramlarına da dikkat çekilmiştir.

Hizmete ulaşılabilirlik alt teması incelendiğinde K7, K8, K9 ve K10 hizmetin kesintiye uğramaması ve erişilebilirlik gibi konularla ilişkilendirilerek sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliği hizmete en kısa sürede ulaşmak olarak nitelendirmişlerdir. Diğer bir anlatımla yöneticilerin sürdürülebilirliği ulaşılabilirlik ve hizmette devamlılık ile ilişkilendirdiği söylenebilir.

Malzemelerin teknik şartnameye uygunluğu alt temasında ise K9 sağlık kurumlarında sürdürülebilirliği birimlerin kendilerine ihtiyaç olan malzeme ya da demirbaş gibi ürünlerin teknik şartnameye uygun şekilde alımlarının sağlanması ile ilişkilendirmiştir.

3.4. Sağlık Kurumlarındaki Sürdürülebilirlik Uygulamaları

Sağlık kurumlarında sürdürülebilirlik uygulamaları ana teması altında katılımcıların kurumlarında uygulamaya geçirilen sürdürülebilirlik ile ilgili projeler ele alınmıştır. Tablo 3'te katılımcılardan edinilen cevaplara kısaca yer verilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Görev Yaptıkları Kurumlarda Sürdürülebilirlik Açısından Uygulamaya Geçirilen Projeler

| Katılımcı | Sürdürülebilirlik Açısından Uygulanan Projeler |
|-----------|--|
| K.1 | Dijital arşiv, atık yönetimi |

| | |
|------|---|
| K.2 | Dijital arşiv, atık yönetimi, trijenerasyon sistemi, âtil malzemelerin diğer kurumlarla paylaşımı |
| K.3 | Led armatür kullanımı, varlık sensörleri, yalıtım, termostatik vana, online istem formu |
| K.4 | - |
| K.5 | Atık yönetimi |
| K.6 | Dijital arşiv, atık yönetimi |
| K.7 | Dijital arşiv, atık yönetimi |
| K.8 | Ebe-Gebe eğitimi |
| K.9 | Dijital arşiv |
| K.10 | Dijital arşiv |
| K.11 | Dijital arşiv |

Bu ana tema altındaki cevaplar incelendiğinde sağlık yöneticilerinin genel olarak dijital arşiv uygulamalarına ve atık yönetimi dikkat çektikleri ortaya konmuştur. K1 çok üzerinde durulan bir konu olduğunu ifade ederken, kurumlarında dijital arşive geçilmesini büyük bir adım olarak nitelendirmiştir. E-Nabız uygulamaları, enerji tasarruflu hastaneler ve sıfır atık gibi projelerin kurumda bir karşılığını oluşturmayı hedeflediklerini de ifade etmiştir. K2 tasarruf açısından hastane kırtasiye ve temizlik malzemelerinin kullanımının takip edilmesi, düzenlenmesi, dijital arşiv ile kâğıt israfının önlenmesi, trijenerasyon sistemi kullanılarak elektrik tasarrufu sağlanması gibi uygulamalara geçildiğini belirtmiştir. K8 ise il genelinde ebeler aracılığıyla hamile ve eşlerine verilen online eğitimlerin bu kapsamda ele alınabileceğini ifade etmiştir. K4 kâğıt masrafını en aza indirmenin ve dijital arşive geçmenin sürdürülebilirlik açısından oldukça faydalı olacağını vurgulamış ancak bu uygulamaların ilk yatırım maliyetlerinin çok yüksek olduğunu ve kısa vadede karşılanmasının mümkün olmadığını ifade etmiştir. K4 ayrıca fiziki mekân sıkıntısı yaşandığını da belirterek, bu tür uygulamalar için finans kaynağının sınırlı olduğunu bildirmiştir.

3.5. Sürdürülebilir Sağlık Hizmetlerinde Finansal Yönetim

Finansal yönetimin sürdürülebilir sağlık sistemlerindeki yeri konusunda K11 sürdürülebilir sağlık sistemleri uygulanırken finansal yönetimin oldukça etkili katkıları olduğunu ifade etmiştir. Bunun yanı sıra K7, K8, K9 ve K10 sürdürülebilir sağlık hizmetleri sağlanırken uzun vadede etkin maliyet yönetiminin daha az maliyetle ve kaliteli süreç yönetimi ile sonlanacağını belirtmiştir. Sürdürülebilir sağlıkta finansal yönetim ve maliyetler ana teması altında iyi yönetim, kârlılık ve maliyetlerin artması olmak üzere üç alt tema yer almıştır.

İyi yönetim alt teması hakkında katılımcıların geneli sürdürülebilir sağlık hizmetleri uygulandığında maliyetlerin azalacağını ancak finansal açıdan iyi yönetilmeyen sistemlerde sürdürülebilirlik sağlamanın mümkün olmayacağını ifade etmişlerdir.

Kârlılık konusunda K1 katılımcısı ‘yatırım yapmadan hiçbir şey sana geri dönüşmez, anlık karar verilmemeli kararlar büyük ölçekte planlanmalıdır’ ifadesini kullanarak ilk yatırım maliyetleri yüksek de olsa kısa vadeli düşünülmemesi gerektiğine dikkat çekmiştir. Ayrıca katılımcıların geneli sürdürülebilir sağlık hizmetleri sayesinde süreç içerisinde fazlasıyla kârlılık sağlanacağına vurgu yapmıştır.

K6 ise bunların aksine maliyetlerin artmasına dikkat çekerek sürdürülebilir sağlık hizmeti uygulamalarının maliyetleri artırdığını, artan maliyetin hastalara yansıdığını ve bu durumda hastaların beklentisinin de arttığını, maliyetler yükseldikçe sürdürülebilir sağlık hizmeti üretmenin güçleşebileceğini belirtmiştir.

3.6. Sürdürülebilir Sağlık Hizmetlerinde Finansman

Sürdürülebilir sağlık hizmetlerinde finansman ana teması altında finansal desteğe ulaşma süresi ve maliyetleri karşılayamama olmak üzere iki alt tema bulunmaktadır.

Finansal desteğe ulaşma süresi konusunda K1 ve K4 kamu ayağında istenilen sağlık finansmanına ulaşma süresinin iyileştirilmesi gereken bir konu olduğuna dikkat çekmiştir. K4 ayrıca yeterli finansmana zamanında ulaşamamanın sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğin uygulanmasını güçleştirdiğine değinmiştir.

Maliyetleri karşılayamama ile ilgili olarak K2 ekonomik dengeleri bozuk ve maliyetlerin karşılanamadığı bir sağlık kurumunda sağlık hizmetinin sürdürülebilmesinin mümkün olmayacağını ve sağlık hizmetlerinin sürdürülebilmesi için finansman desteği sağlanabilmesinin tüm kalemleri olumlu etkileyeceğini ifade etmiştir. K5 ve K6 yeterli kaynak sağlanmadığında sürdürülebilirlik uygulama maliyetlerinin karşılanamayacağını belirtmişlerdir.

4. TARTIŞMA

Finansal yönetim, bireylerin veya işletmelerin ihtiyaç duyduğu sermayenin belirlenmesi, sağlanması ve yönetilmesi anlamına gelir. Diğer bir ifade ile finansal yönetim finansman üzerindeki planlama, örgütleme,

yürütme, koordinasyon ve denetleme gibi faaliyetleri içerir (Akbulut ve Göktaş, 2013). Şener ve Gündüzalp (2018) ise finansal yönetimi “harcama ve tasarrufların başarılı bir şekilde yönetilmesi” olarak tanımlamıştır. Yılmaz ve diğerleri (2021) tarafından yapılan nitel bir araştırmada da finansal yönetim bir katılımcı tarafından gelir gider dengesini gözetmek olarak nitelendirilmiştir. Bu araştırmadaki katılımcılar ise finansal yönetimi genel anlamda parayı en iyi şekilde yönetmek ve gelir gider dengesini sağlayabilmek olarak ifade etmişlerdir.

Finansal yönetim, tüm kurum ve kuruluşlar için önemli bir yere sahip olmalıdır. Bu kurum ve kuruluşların kâr amacı güdüp gütmemesi ise önem arz etmemektedir. Bu bağlamda, diğer işletmelerin finansal yönetimle ilişkili amaç ve beklentileri sağlık sektöründeki kurum kuruluşlar için de geçerli olması sebebiyle sağlık kurum ve kuruluşlarını finansal yönetimden soyutlamak mümkün değildir (Çetiner ve Özen, 2019). Her ne kadar kamu hizmeti sunsa da temelde hastanelerin de -özel amaçla kurulmuş her firmada olduğu gibi- finansal yönetim uygulamalarındaki temel amacı, işletmelerin piyasa değerini yükseltmek veya işletme ortaklarına kâr sağlamaktır (Yılmaz ve Ekşi, 2018). Finansal yönetim ile ilgili alınacak doğru kararlar işletmelerin piyasa değerini ve kâr oranını artırabilirken, tersi durumda işletmelerin iflasına neden olabile potansiyeline sahiptir (Topal, Erkan ve Elitaş, 2006). Sağlık hizmetlerinde finansal yönetim hakkında ise katılımcılar genel manada sağlık hizmetlerinin diğer işletmelerden farklı olmadığını ve sürdürülebilirlik ve hizmetlerin devamlılığı için kendi maliyetlerini karşılaması gerektiğine vurgu yapmışlardır. Buna ek olarak bir katılımcı ise sağlık hizmetlerinde finansal yönetimin öznel bir algı olduğuna ve insan sağlığı söz konusu olduğunda gelir gider dengesinin düşünülmeceğine vurgu yapmıştır.

Sürdürülebilirliğin ilk ortaya çıkışı olarak bilinen Bruntland Raporu’nda sürdürülebilir kalkınma, “gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılama yeteneğinden ödün vermeden bugünün ihtiyaçlarının karşılayan kalkınma” olarak tanımlanmıştır (United Nations General Assembly, 1987). Tiftik (2022) her sektör gibi sağlık sektörünün de sürdürülebilir hedefleri uygulamaları gerektiğini, bu durumun hem kendi sürdürülebilirlikleri için hem de global sürdürülebilirlik için önemli olduğunu ifade ederek sürdürülebilir stratejilerin önem arz ettiğini belirtmiştir. Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik konusunda katılımcılar sağlık sistemlerinin çevreci yaklaşımla hareket ederek hem çevreyi hem dünyayı hem de hastaları koruması gerektiğini belirtmiştir. Yine sürdürülebilirlik için sağlık hizmeti üretimini yenilenebilir kaynaklar dahilinde yürütmek, yeşil hastane, dijital hastane gibi ifadelerde bulunmuşlardır. Buna ek olarak yapılan yatırımların kısa vadeli değil uzun vadeli düşünülmesi ve alınacak araç gereçlerin teknik şartnamelere uygun olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilir olmasını hizmete ulaştırılabilirlik ile ilişkilendiren katılımcılara ek olarak sürdürülebilirlik için finansmanın da önemli bir konu olduğuna vurgu yapan katılımcılar olmuştur. Ayrıca sürdürülebilirlik açısından yöneticilere kendi kurumlarındaki uygulamalar sorulduğunda en yaygın alınan cevap atık yönetimi ve dijital arşiv olmuştur. Bunun yanında akıllı aydınlatma sistemleri, online istem formları gibi uygulamalar da bu kapsamda değerlendirilmiştir.

Sürdürülebilir sağlık hizmetlerinde finansal yönetim hakkında katılımcılar genel anlamda sürdürülebilirliğin iyi bir finansal yönetim ile mümkün olduğunu belirtmişlerdir. Yine bu doğrultuda hareket edilirse zaman içerisinde sürdürülebilirlik uygulamalarının sağlık hizmetlerine kârlılık sağlayacağına vurgu yapılmıştır. Bunların yanı sıra sürdürülebilirlik uygulamalarının ilk aşamada kurumlara önemli maliyetler yüklediği de değinilen hususlar arasında yer almıştır. Yine sürdürülebilir sağlık hizmetlerinde finansman konusunda katılımcılar sürdürülebilirlik için finansmanın zamanında yapılması gerektiğine ve finansman olmaması halinde sürdürülebilirliğin de olmayacağına dikkat çekmişlerdir. Demir (2017) tarafından yapılan bir araştırmada sürdürülebilirlik ile finansal yönetimin birbiri ile ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Çetiner ve Özen (2019) ise sorunsuz bir şekilde süreçlerini yürütebilmesi ve giderlerini düzenli olarak karşılayabilmesi için sağlık kuruluşlarının finansmana ihtiyacı olduğunu ve bunu iyi yönetmesi gerektiğini ifade etmiştir.

5. SONUÇ

Kurumlar ne kadar dönemsel hesaplar yapılarak yönetilse de uzun vadede zarara girmemek ve mevcut durum ve kâr marjını iyileştirerek yönetilmeleri önem arz etmektedir. Kaynakların kıt ve ihtiyaçların sonsuz olması sağlık sektöründe finansal yönetimin önemini temeline oluşturmaktadır. Sürdürülebilir sağlık sistemleri oluşturabilmek için ise kaynakları etkin kullanmanın sürekliliğini sağlayacak uygulamalara yönelerek mümkün olabilecektir. Sürdürülebilir sağlık sistemlerini uygularken gelir ve giderlerin dengede tutulması gerekmektedir. Son dönemlerde finans, muhasebe ve sürdürülebilirlik kavramlarını da içerisinde barındıran çevre muhasebesinin gündeme gelmesi de sürdürülebilirlikte finansal yönetim ve finansmanın önemini ortaya koyan bir diğer unsurdur. Sonuç olarak sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesi için finansmanın da en etkin şekilde yönetilebiliyor olması vazgeçilmez bir unsur haline gelmiştir.

Bu araştırma sürecinde elde edilen bulgular ve süreçteki deneyimler ele alındığında gelecekte bu alanda yapılacak çalışmaların özel ve kamu hastanelerinde ayrı ayrı ele alınarak konu daha kapsamlı şekilde incelenebilir. Dahası

sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğin en somut örneklerinden olan yeşil hastaneler üzerinde de benzer konuda çalışmalar yapılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

- Akbulut, Y. ve Göktaş, B. (2013). Sağlık kurumlarında finansal yönetimin kapsamı. İ. Ağırbaş, (Ed.) Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim içinde, Eskişehir: T.C. Anadolu Üniversitesi.
- Akyürek, Ç.E. (2012). Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye. SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi, 2(2), 124-153.
- Çetiner, E. M. ve Özen, E. (2019). Sağlık kuruluşlarının karşılaştığı finansal sorunların tespiti ve sorunlara çözüm önerileri. Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 4(3), 235-259.
- Demir, N. (2017). Aile şirketlerinin sürdürülebilirliği ve finansal yönetim ilişkisinde kadın yöneticilerin etkinliği. Kadın Araştırmaları Dergisi, (15), 61-77.
- Edwards, A. ve Skinner, J. (2009). Qualitative research in sport management. Oxford: Elsevier.
- Ertuna, Ö. (2015). Muhasebe teori ve uygulamalarından beklentiler. Muhasebe ve Finans Tarihi Araştırmaları Dergisi, 8, 5-25.
- Merriam, S. B. (2013). Nitel araştırma desen ve uygulama için bir rehber. S. Turan (Çev. Ed.). Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Milic, M. (2014). Sustainability initiatives in the healthcare sector, challenges and opportunities for businesses and support agencies. Master Thesis, Department of Innovation and Organizational Economics, Copenhagen Business School.
- Munir, U. (2018). How does capacity in health financing impact the alignment between priorities and expenditures in the health sector: A case study of Kenya and Mozambique. PhD Thesis, Faculty of The Harvard Chan School of Public Health, Harvard University, Boston.
- Norton, B.G. (2005). Sustainability, a philosophy of adaptive ecosystem management. Chicago: University of Chicago Press.
- Şener, A., ve Gündüzalp, A. A. (2018). Finansal yönetim, finansal stres, finansal memnuniyet ve yaşam memnuniyeti ile hanehalkı borçlanma düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesine yönelik bir çalışma. Şahin Allahverdi, R., Akova, S. ve Kijevcenin Zimonjic, LV (Ed.) 2. Uluslararası Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Sempozyumu Tam Metin Bildiri Kitabı (5-6 Ekim 2018) içinde, 21-34. Ankara: Berikan Yayınevi.
- Tamer, G. (2018). Sağlık kuruluşlarında sürdürülebilirlik; özel sağlık kuruluşunda bir araştırma. İ. Gülmez ve D. Sevim (Ed.). Sağlık Bilimleri Örnek Araştırmalar El Kitabı İçinde, Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Tiftik, C. (2022). Sağlık sektörü işletmelerinde sürdürülebilirlik: Sistemik derleme çalışması. Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 12(1), 397-417.
- Topal, Y., Erkan, M. ve Elitaş, C. (2006). Küçük ve orta boy işletmelerin finansal yönetim uygulamaları: Afyonkarahisar örneği. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 11(1), 281-298.
- Ulusinan, E. (2021). Türk sağlık finansman sisteminin mevcut durumu nedir ve nasıl geliştirilebilir? Sektör aktörleri üzerine bir çalışma. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı, Sakarya.
- United Nations General Assembly. (1987). Report of the world commission on environment and development: Our common future. Oslo, Norway: United Nations General Assembly, Development and International Co-operation: Environment.
- World Health Organization (WHO). (2010). Health systems financing: The path to universal coverage. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44371>. Erişim Tarihi: 24.11.2022.
- Yılmaz, F. N. ve Ekşi, İ. H. (2018). Sağlık kurumlarında finansal yönetim uygulamaları: Gaziantep ili örneği. Gazi İktisat ve İşletme Dergisi, 4(1), 1-9.
- Yılmaz, F. Ö., Erişen, M. A. ve Aydamak, M. Y. (2021). Sağlık yöneticilerinin finansal okuryazarlık hakkındaki görüşlerinin incelenmesi: nitel bir çalışma. Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi, 1(1), 49-68.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

YAŞLI TURİSTLERİN TURİZM ALGILARININ BELİRLENMESİ*

DETERMINATION OF TOURISM PERCEPTIONS OF OLD AGE TOURISTS

Uzm. Kübra GÖROĞLU¹

Dr. Öğr. Üyesi Fatma HASTAOĞLU²

ÖZ

Bu araştırma, 50 yaş üstü turistlerin turizm algılarını belirlemek amacıyla betimsel/tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır. Araştırmanın evrenini Aralık 2021-Mart 2022 tarihleri arasında Sivas'ta faaliyet gösteren turizm acentelerine başvuran 50 yaş üstü turistler oluşturmaktadır. Araştırmaya 148 kişi katılmıştır. Veri toplama formu ve Turizm Algı Ölçeği katılımcılara yüz yüze uygulanmıştır. Buna göre 50 yaş üstü turistlerin çoğunluğu kadın (%71,6), evli (%64,9), 50-64 yaş grubunda (%70,9), çoğunluk daha önce turistik gezilere katılmış, yarısından fazlası ev hanımı (51.4) olduğu belirlenmiştir. Ölçek puanlarına bakıldığında turizm algısı ölçek puanının $62,24 \pm 6,87$ olduğu ve yaşlı turistlerin turizm algılarının düşük olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: turizm algısı, yaşlanma, üçüncü yaş, sağlık turizmi

JEL Sınıflandırma Kodları: I1, Z32

ABSTRACT

This research was planned as a descriptive study in order to determine the tourism perceptions of tourists over the age of 50. The population of the study consisted of tourists over the age of 50 who applied to tourism agencies operating in Sivas between December 2021 and March 2022. 148 people participated in the research. Data collection form and Tourism Perception Scale were applied face to face to the participants. According to this, the majority of the tourists over the age of 50 are women (71.6%), they are married (64.9%) in terms of marital status, they are in the 50-64 age group (70.9%), the majority of them have participated in touristic trips before, more than half of them are housewives. 51.4) was determined. Considering the scale scores, it was seen that the tourism perception scale score was 62.24 ± 6.87 and the tourism perceptions were low.

Keywords: tourism perception, aging, third age, health tourism.

JEL Classification Codes: I1, Z32

* Bu çalışma Fatma Hastaoğlu danışmanlığında Kübra Göroğlu tarafından hazırlanan ve 03.01.2023 tarihinde savunulan "50 yaş üzeri turistlerin turizm algılarının belirlenmesi" başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır..

¹ Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Turizmi İşletmeciliği Yüksek Lisans Programı, ogtkubra@hotmail.com

² Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Yaşlı Bakım Programı, fhastaoğlu@cumhuriyet.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

As a result of the increase in the proportion of the elderly population, the demands and needs of the elderly individuals have differentiated, and accordingly, the variety of production and service has increased. In many sectors such as education, health, technology and food, changes are experienced in line with demands and needs. The most important of these changes is the tourism sector. With the increase in the proportion of the elderly population, the rate of participation of individuals in this group in tourism activities has also increased. People aged 50 and over are more active and have the potential to travel. These people tend to travel more than young people and middle-aged people who tend to look for a job and start a family. The reasons that push people in this group to travel may be resting, socializing, physical activities, participating in sports activities. In this research, the demographic characteristics of tourists over 50 years old were examined and their travel habits were evaluated, and it was desired to encourage the development of tourism in the region where the research was conducted. In tourism research, it evaluates the approach of tourism from a social perspective rather than economic income. In the literature review, no study was found on the tourism perceptions of tourists over the age of 50. Therefore, our study makes an important contribution to the literature.

Design/methodology/approach:

The population of this research consists of people aged 50 and over who apply to travel agencies between December 2021 and March 2022, living in Sivas. The sample selection method was not used, and all the tourists who applied were included in the study on a voluntary basis. The sample of the research consists of 148 people who applied to travel agencies.

Findings:

In this study, which aims to determine the tourism perception of tourists aged 50 and over, first of all, the percentage analysis of their demographic characteristics was calculated and the distribution of the tourists participating in the research according to their socio-demographic characteristics. According to this, the majority of the tourists participating in the research are women (71.6%), they are married (64.9%) in terms of marital status, and they are in the 50-64 age group (70.9%), which we see as young and old, most of them have participated in touristic trips before, half of them. Most of them are housewives (51.4%), while 73.6% of them have a lot of spare time in case of working, high school graduates (52.7%) in terms of education level and those who have an income of 3000-5000 TL or more in terms of income (37.8%) come to the fore. appears to be out. It has been seen that the most suitable holiday option for the participants is health tourism (41.9 %) due to the fact that they have a lot of free time. Accordingly, while the tourism perception scale score was 62.24 ± 6.87 , the average score for the positive effects of tourism sub-dimension was 55.58 ± 5.19 , the average score for the negative social effects of tourism sub-dimension was 8.31 ± 2.16 , and the average score for the negative environmental effects of tourism was 4.35 ± 1.81 . Accordingly, no significant relationship was found between tourism perceptions and the positive effects of tourism and the negative social and environmental effects of tourism, according to the gender of the tourists over 50 ($p > 0.05$). While there was a significant relationship between the active working status of the participants and the Negative Environmental Effects of Tourism ($p < 0.05$), there was no significant relationship between tourism perception ($p > 0.05$). While there was a significant relationship between the participants' status of having children and the positive effect of tourism, no significant relationship was found between the other dimensions. The fact that the participants have traveled before significantly affects their tourism perceptions. People who have traveled before have higher tourism perceptions. As another socio-demographic feature, age and marital status do not affect tourism perception and its sub-dimensions, while there is a significant difference between education status and tourism perception ($p < 0.05$). The illiterate participants have the lowest perception of tourism. While there is a significant relationship between the income status of the participants and the negative social impact of tourism, as the income level increases, the perception of the negative social impact of tourism decreases ($p < 0.05$). Holiday preference and marital status do not affect tourism perception ($p > 0.05$).

Conclusion and Discussion:

One of the sectors affected by the aging of the population is tourism. The increasing elderly market is very important for the tourism sector. Literature studies show that the elderly population is aging younger, dynamically and healthily compared to previous years. It is a fact that the elderly population will gradually increase and the tourism sector and its stakeholders will be affected. The elderly population, which has been increasing all over the world in recent years, has important dynamics in the region where they live. It is important to know the views and thoughts of the local people for the development and support of tourism in a region. While the local people's support of tourism activities supports the development of tourism activities, negative attitudes and behaviors affect the development of tourism activities. The absence of a study in the literature in which the elderly population was evaluated in terms of tourism perception is the strength of the study that increases its originality. But, since the study area is not a region with a high tourist density, the study can be repeated for different tourists in different destinations.

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı; “Sadece hastalık veya sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak tanımlanmıştır (WHO,1974). Turizm ise, “dinlenme, eğlenme, görme, tanıma, sportif faaliyetlerde bulunma veya izleme, bilgisini artırma gibi amaçlarla; ya da sadece zevk için yapılan gezi (seyahate çıkma)” demektir (Doğanay ve ark, 2021).

Küreselleşen dünyada nüfusun artması, çevre kirliliği, iş yerinde yaşanan zihinsel ve bedensel yorgunluk sonucu ortaya çıkan stresle beraber bireyler etkilenmiş ve bu olumsuz etkilerden kurtulmak, dinlenmek, sağlıklarını daha da iyileştirmek için çözüm arayışına girmişlerdir. Bunun sonucu sağlık turizmi kavramı ortaya çıkmıştır. Bu kavram ilk olarak yaşlıların daha aktif yaşam sürme, var olan sağlığını koruma ve geliştirme çabası içindedir (Hunter ve ark. 2007). Yaşlı bireylerin sağlıklarını korumak ve tedavi olmak amacıyla yaşadığı yerden başka ülkelere gitmesine yaşlı (ileri yaş) turizmi denir.

Dünyada ve ülkemizde nüfus oranının yaşlanması, ekonomik olarak özgür olmaları, tek başına vakit geçirmeleri, yaşam koşullarında teknolojik açıdan iyileşmeler yaşanmasından dolayı yaşlı nüfusa özel ayrı bir turizm pazarı oluşmuştur. Gelecek yıllarda yaşlı nüfus oranının daha da artacağı ve turizm açısından önemli bir hale geleceği düşünülmektedir (Gürcü ve Tengilimoğlu, 2016).

Yaşlı nüfus oranının artması sonucu yaşlı bireylerin istek ve ihtiyaçları farklılaşmıştır buna göre üretim ve hizmet çeşitliliği de artmıştır. Eğitim, sağlık, teknoloji, gıda gibi birçok sektörde talep ve ihtiyaçlar doğrultusunda değişimler yaşanmaktadır. Bu değişimlerden en önemlisi turizm sektörüdür. Yaşlı nüfus oranının artmasıyla birlikte bu gruptaki bireylerin turizm faaliyetlerine katılma oranı da artmıştır.

İlerleyen yıllarda yaşlı bireylerin turizm faaliyetlerini belirlemek için bireylerin istek, ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesi yaşlı turistler ve turizm uygulayıcıları açısından fayda sağlayacaktır. Yaşlıların aktif yaşlanma süreçlerinin desteklenmesi, hem turizm hem de sağlık açısından toplumsal fayda sağlayabilecektir.

50 yaş ve üzerindeki kişiler daha fazla aktif ve seyahat etme potansiyeline sahip bir gruptur. Bu kişiler iş arama, aile kurma eğiliminde olan gençler ve orta yaş grubundaki kişilere nazaran daha fazla seyahat etme eğiliminde olabilmektedirler. Bu gruptaki kişilerin seyahate iten nedenler dinlenme, sosyalleşme, fiziksel aktiviteler, sportif etkinliklere katılma olabilmektedir (Diekmann ve ark. 2020).

Tüm bu sebeplerle çalışmamızda, 50 yaş ve üzeri turistlerin turizm algısının belirlenmesinin, turizm literatürüne fayda sağlaması hedeflenmektedir.

2. YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evrenini Sivas ilinde yaşayan Aralık 2021 - Mart 2022 ayları arasında seyahat acentelerine başvurup seyahat eden 50 yaş ve üzeri kişiler oluşturmaktadır. Örneklem seçim yöntemine gidilmemiş, başvuruda bulunan tüm turistler gönüllülük esasına göre araştırmaya alınmıştır. Araştırmanın örneklemini seyahat acentelerine başvuran 148 kişi oluşturmaktadır.

2.2. Verilerin Toplanması

Araştırmada veriler, turistlerle yüz yüze görüşülerek 5 dakika süren anket formu ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından oluşturulan Kişisel Bilgi Formu ve geçerlik ve güvenilirliği Ayaz ve ark. yaptığı Turizm Algısı Ölçeği kullanılmıştır (Ayaz ve ark.2009).

2.3. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada araştırma yöntemlerinden nicel araştırma yöntemi kullanılmış ve veri toplama tekniklerinden anket tekniğinden yararlanılarak veriler toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Literatür doğrultusunda hazırlanan form 11 sorudan oluşmaktadır.

Anket formu iki bölümden oluşturulmuştur. Birinci bölümde katılımcıların demografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, meslek, medeni durum, eğitim durumu, aylık gelir, bakmakla yükümlü olduğu kimse var mı, daha önce turistik bir tatile çıktı mı, en fazla hangi turistik destinasyona katılıyor) belirlenmesinin amaçlandığı kişisel bilgi formu, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Ölçeğin ikinci bölümünde yerel halkın turizm algısının belirlenmesinde Turizm Algısı Ölçeği kullanılmıştır. Turizm Algısı Ölçeği 18 sorudan oluşmaktadır. Aralıklı ölçek olarak 5'li Likert tipi sorular bulunmaktadır. Ölçek aralıkları; "1=Kesinlikle Katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kısmen Katılıyorum, 4=Katılıyorum ve 5=Kesinlikle Katılıyorum" şeklinde belirlenmiştir. Ölçek literatürle paralel olacak şekilde 3 alt boyuttan oluşmuş ve benzer faktör yapısında olmuştur. Ölçeğin geçerlik güvenilirliği Ayaz ve ark tarafından yapılmış ve Cronbach Alpha güvenilirlik katsayıları 0,70'ten daha yüksek bulunduğundan ölçeğin güvenilir olduğu sonucunda ulaşılmıştır. Ölçeğin genelinin Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,914 olarak tespit edilmiştir (Ayaz ve ark. 2009). Ölçekten alınan puan arttıkça turizm algısı da artmaktadır.

Araştırmada öngörülen model kapsamında araştırma hipotezleri aşağıdaki şekilde belirtilmiştir. Hipotezler için demografik özellikler bağımsız değişken, turizm algısı bağımlı değişken olarak kabul edilmiştir.

H0 Turistlerin sosyo demografik özelliklerinin turizm algıları üzerine etkisi vardır.

H1 Turistlerin sosyo demografik özelliklerinin turizm algıları üzerine etkisi yoktur.

2.4. Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde SPSS 22.0 paket program kullanılmıştır. Verilerin normalliğine Kolmogorov-Smirnov testi ile bakılmıştır. Turistlerin tanıtıcı özelliklerinin incelenmesinde sayı, yüzde ve sürekli değişkenler ise ortalama \pm standart sapma vb. kullanılmıştır. Veriler parametrik şartları sağlıyorsa bağımsız iki grup için independent sample t test, ikiden fazla grup için f testi (ANOVA) ile analiz edilerek, yanılma düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

2.5. Etik Konular

Bu çalışma için Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hukuk Müşavirliği Etik Kurulundan 113046 sayılı ve 30.12.2021 tarihli etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmanın süresi etik kurul kararından itibaren üç ay içerisinde tamamlanacak şekilde hedeflenmiş, anketlerin uygulanmasına Aralık 2021 tarihinde etik kurulun araştırmaya onay vermesinden itibaren başlanmıştır. Katılımcılara, araştırmanın gönüllülük esasına dayandığı, anketten elde edilen verilerin bilimsel amaçlar dışında kullanılmayacağı, anketi doldururken kendilerinin isimlerinin belirtilmesine gerek olmadığı bildirilmiştir.

3. BULGULAR

50 Yaş üzeri Turistlerin turizm algılarını değerlendirmeye yönelik yapılan çalışmada bazı veriler aşağıdaki şekilde tablolarda verilmiştir.

| ÖZELLİKLER | | N | % |
|--------------------------------------|------------------|-----|------|
| Cinsiyet | Kadın | 106 | 71.6 |
| | Erkek | 42 | 28.4 |
| Yaş | 50-64 | 105 | 70.9 |
| | 65-74 | 39 | 26.4 |
| | 75 ve üzeri | 4 | 2.7 |
| Öğrenim Durumu | Okur yazar değil | 4 | 2.7 |
| | İlköğretim | 44 | 29.7 |
| | Lise | 78 | 52.7 |
| | Yüksekokul | 22 | 14.9 |
| Aylık Gelir | 1500 den az | 15 | 10.1 |
| | 1501-3000 | 45 | 30.4 |
| | 3001-5000 | 56 | 37.8 |
| | 5000 ve üzeri | 32 | 21.7 |
| Aktif çalışıyor musunuz? | Evet | 39 | 26.4 |
| Mesleki Durum | Hayır | 109 | 73.6 |
| | İşçi/esnaf | 18 | 12.2 |
| | İş Adam/ Tüccar | 10 | 6.8 |
| | Devlet Memuru | 34 | 23.0 |
| | Serbest Meslek | 10 | 6.8 |
| | Ev Hanımı | 76 | 51.2 |
| Medeni Durum | Evlü | 96 | 64.9 |
| | Bekar | 14 | 9.5 |
| | Boşanmış | 38 | 25.1 |
| Çocuk var mı? | Evet | 120 | 81.1 |
| | Hayır | 28 | 18.9 |
| Bakmakla Yükümlü Olunan Biri Var mı? | Evet | 41 | 27.7 |
| | Hayır | 107 | 72.3 |
| Daha önce geziye katıldınız mı? | Evet | 135 | 91.2 |
| | Hayır | 13 | 8.8 |
| En uygun Tatil Seçeneği | İnanç Turizmi | 47 | 31.8 |
| | Kış Turizmi | 17 | 11.5 |
| | Sağlık turizmi | 62 | 41.9 |
| | Yayla Turizmi | 22 | 14.8 |

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo Demografik Özelliklerine Göre Dağılımları

50 yaş ve üzeri turistlerin turizm algısını belirlemeye yönelik bu çalışmada öncelikle demografik özelliklerinin yüzde analizleri hesaplanmış ve çalışmaya katılan turistlerin sosyo- demografik özelliklerine göre dağılımları Tablo 1’de verilmiştir. Buna göre çalışmaya katılan turistlerin çoğunluğunun kadın olduğu (%71.6), medeni durum yönünden evli (%64,9), yaş aralığında ise genç yaşlı olarak gördüğümüz 50-64 yaş grubunda olduğu (%70.9), çoğunluğunun turistik gezilere daha önce katıldıklarını, yarıdan fazlasının ev hanımı (%51.4), çalışma durumunda %73.6 kısmının çalışmadığı boş vakitlerinin fazla olduğu, eğitim durumu boyutunda lise mezunu (%52.7) ve katılımcıların gelir durumunda ise 3001-5000 TL ve üstü gelire sahip olanların (%37,8) ön plana çıktığı görülmektedir. Serbest vakitlerinin fazla olduğundan dolayı katılımcılara en uygun gelen tatil seçeneğinin yüzde (41.9) ile sağlık turizmi olduğu görülmüştür.

Tablo 2. Turizm Algısı Ölçek Ve Alt Boyutları Puan Dağılımları

| | n | Ortalama | SD | Min | Max |
|-------------------------------------|-----|----------|------|-------|-------|
| Turizm Algısı Ölçeği | 148 | 62.24 | 6.87 | 50.00 | 84.00 |
| Turizmin Olumlu Etkileri | 148 | 55.58 | 5.19 | 41.00 | 64.00 |
| Turizmin Olumsuz Toplumsal Etkileri | 148 | 8.31 | 2.16 | 4.00 | 15.00 |
| Turizmin Olumsuz Çevresel Etkileri | 148 | 4.35 | 1.81 | 2.00 | 9.00 |

Turizm Algısı Ölçek Ve Alt Boyutları Puan Dağılımları Tablo 2’de verilmiştir. Buna göre, Turizm algısı ölçek puanı 62.24 ± 6.87 iken, Turizmin Olumlu Etkileri alt boyut puan ortalaması 55.58 ± 5.19 , Turizmin Olumsuz Toplumsal Etkileri alt boyutu puan ortalaması 8.31 ± 2.16 ve Turizmin Olumsuz Çevresel Etkileri alt boyutu puan ortalaması 4.35 ± 1.81 olarak belirlenmiştir.

Tablo 3. Bazı değişkenlere göre Turizm algısı ve alt boyutlarının karşılaştırması

| | | Turizm algısı ölçeği | Turizm olumlu etkisi | Turizmin olumsuz toplumsal etkisi | Turizmin olumsuz çevresel etkisi |
|----------------------------------|-----------------|----------------------|----------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Cinsiyet | Kadın | 67.97 ± 6.80 | 55.46 ± 5.37 | 8.11 ± 2.19 | 4.31 ± 1.85 |
| | Erkek | 68.92 ± 7.05 | 55.88 ± 4.76 | 8.59 ± 2.09 | 4.45 ± 1.71 |
| | P | 0.46 | 0.22 | 0.63 | 0.51 |
| Aktif Çalışma Durumu | Evet | 69.15 ± 7.03 | 56.28 ± 5.24 | 8.53 ± 2.58 | 4.33 ± 1.93 |
| | Hayır | 67.91 ± 6.81 | 55.33 ± 5.17 | 8.22 ± 2.00 | 4.35 ± 1.77 |
| | P | 0.56 | 0.53 | 0.03 * | 0.42 |
| Çocuk Sahibi Olma | Evet | 68.34 ± 6.82 | 55.65 ± 4.82 | 8.36 ± 2.21 | 4.31 ± 1.88 |
| | Hayır | 67.82 ± 7.19 | 55.25 ± 6.63 | 8.07 ± 1.98 | 4.50 ± 1.47 |
| | p | 0.55 | 0.004* | 0.033 | 0.08 |
| Bakmakla yükümlü olduğu biri | Var | 68.51 ± 7.14 | 55.26 ± 5.40 | 8.70 ± 1.99 | 4.53 ± 1.56 |
| | Yok | 68.14 ± 6.79 | 55.70 ± 5.13 | 8.15 ± 2.21 | 4.28 ± 1.89 |
| | p | 0.56 | 0.70 | 0.78 | 0.06 |
| Geçmişte seyahate katılım durumu | Evet | 68.35 ± 6.63 | 55.58 ± 5.06 | 8.31 ± 2.20 | 4.45 ± 1.79 |
| | Hayır | 67.07 ± 9.29 | 55.53 ± 6.62 | 8.23 ± 1.78 | 3.30 ± 1.70 |
| | p | 0.03* | 0.12 | 0.26 | 0.74 |
| Yaş Grubu | 50-64 | 68.54 ± 6.52 | 55.88 ± 4.88 | 8.33 ± 2.21 | 4.32 ± 1.81 |
| | 65-74 | 67.43 ± 7.85 | 54.94 ± 5.98 | 8.12 ± 2.05 | 4.35 ± 1.81 |
| | 75 ve üzeri | 68.25 ± 6.25 | 53.75 ± 5.25 | 9.50 ± 1.91 | 5.00 ± 2.00 |
| | F | 0.69 | 0.49 | 0.47 | 0.76 |
| Medeni Durum | Evli | 68.34 ± 7.04 | 55.61 ± 5.07 | 8.28 ± 2.16 | 4.44 ± 1.82 |
| | Bekar | 69.28 ± 6.80 | 57.21 ± 6.20 | 7.92 ± 2.05 | 4.14 ± 1.74 |
| | Boşanmış | 67.60 ± 6.54 | 54.89 ± 5.09 | 8.52 ± 2.23 | 4.18 ± 1.82 |
| | F | 0.71 | 0.36 | 0.66 | 0.67 |
| Öğrenim Durumu | Okuryazar değil | 66.25 ± 7.41 | 55.50 ± 3.87 | 7.25 ± 2.62 | 3.50 ± 1.91 |
| | İlköğretim | 70.61 ± 7.02 | 56.90 ± 5.14 | 8.93 ± 2.42 | 4.77 ± 1.95 |
| | Lise | 67.05 ± 6.88 | 54.67 ± 5.30 | 8.24 ± 1.95 | 4.12 ± 1.82 |
| | Üniversite | 68.69 ± 5.47 | 56.13 ± 4.47 | 7.50 ± 2.01 | 4.45 ± 1.29 |
| | F | 0.04* | 0.14 | 0.05 | 0.21 |
| Aylık Gelir Düzeyi | 1500 den az | 70.86 ± 7.22 | 57.93 ± 5.62 | 8.53 ± 1.92 | 4.40 ± 2.32 |

| | | | | | |
|----------------------|----------------|--------------|--------------|-------------|-------------|
| | 1500-3000 | 67.66 ± 6.78 | 54.91 ± 4.48 | 8.42 ± 2.41 | 4.26 ± 1.78 |
| | 3000-5000 | 68.21 ± 7.19 | 55.03 ± 5.55 | 8.71 ± 2.05 | 4.46 ± 1.85 |
| | 5000 ve üzeri | 67.96 ± 6.26 | 56.07 ± 5.09 | 7.34 ± 1.87 | 4.25 ± 1.54 |
| | F | 0.45 | 0.15 | 0.03* | 0.93 |
| Uygun Tatil Seçeneği | İnanç turizmi | 67.40 ± 7.40 | 54.72 ± 5.02 | 8.48 ± 2.14 | 4.19 ± 1.87 |
| | Kış turizmi | 67.76 ± 7.32 | 55.76 ± 6.31 | 8.00 ± 2.17 | 4.05 ± 1.85 |
| | Sağlık turizmi | 68.77 ± 6.87 | 56.09 ± 5.19 | 8.25 ± 2.20 | 4.41 ± 1.80 |
| | Yayla turizmi | 68.90 ± 5.38 | 55.86 ± 4.70 | 8.31 ± 2.19 | 4.72 ± 1.69 |
| | F | 0.71 | 0.58 | 0.87 | 0.60 |
| Mesleki Durum | İşçi-esnaf | 68.22 ± 7.65 | 55.27 ± 5.05 | 8.77 ± 2.36 | 4.16 ± 1.94 |
| | İş adamı | 70.00 ± 6.81 | 56.90 ± 3.92 | 8.90 ± 2.42 | 4.20 ± 1.39 |
| | Devlet memuru | 67.76 ± 6.91 | 55.00 ± 5.51 | 8.35 ± 1.96 | 4.41 ± 1.81 |
| | Serbest meslek | 67.20 ± 7.94 | 56.60 ± 5.44 | 6.60 ± 2.50 | 4.00 ± 2.16 |
| | Ev hanımı | 68.36 ± 6.66 | 55.60 ± 5.27 | 8.32 ± 2.06 | 4.43 ± 1.81 |
| | F | 0.90 | 0.82 | 0.09 | 0.93 |

* P<0.05, istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların turizm algısı ve alt boyutlarının bazı değişkenlere göre karşılaştırılması Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre 50 yaş üstü turistlerin cinsiyetine göre turizm algıları ile turizmin olumlu etkileri ve turizmin olumsuz sosyal ve çevresel etkileri arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. ($p>0,05$). Katılımcıların aktif çalışma durumu ile Turizmin Olumsuz Çevresel Etkileri arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenirken ($p<0,05$), turizm algısı arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Katılımcıların çocuk sahibi olma durumu ile turizmin olumlu etkisi arasında anlamlı bir ilişki bulunurken ($p<0,05$), diğer boyutlar arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Katılımcıların daha önce seyahat etmiş olmaları turizm algılarını önemli ölçüde etkilemektedir. Daha önce seyahat etmiş kişilerin turizm algıları daha yüksektir ve bu sonuç istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,05$). Diğer bir sosyo-demografik özellik olarak yaş ve medeni durum turizm algısı ve alt boyutlarını etkilemezken, eğitim durumu ile turizm algısı arasında anlamlı bir fark vardır ($p<0,05$). Okuma yazma bilmeyen katılımcıların turizm algısı en düşüktür. Katılımcıların gelir durumu ile turizmin olumsuz sosyal etkisi arasında anlamlı bir ilişki bulunurken, gelir düzeyi arttıkça turizmin olumsuz sosyal etkisi algısı azalmaktadır ($p<0,05$). Tatil tercihi ve medeni durum turizm algısını etkilememektedir ($p>0,05$).

4. TARTIŞMA

Bu bölümde literatürdeki benzer çalışmaların sonuçları çalışma bulgularımız ile karşılaştırılacaktır. Buna göre; çalışmamızda 50 yaş üstü turistlerin turizm algısının düşük olduğu tespit edilmiştir. Turizm algıları üzerine yapılan çalışmalarda özellikle turizmin yoğun olduğu bölgelerde turizm algısının daha yüksek olduğu görülmektedir (Ayaz ve ark.2009, Kervankıran ve Bulut 2015). 50 yaş üstü turistler eğitim durumlarına göre değerlendirildiğinde eğitim durumunun turizm algısını etkilediği tespit edilmiştir. Benzer bir sonuç Ayaz ve ark. 2009 yılında ise eğitim düzeylerinin turizmin olumsuz etkilerine ilişkin görüşlerini etkilediği belirlenmiştir (Ayaz ve ark. 2009). Bir diğer çalışmada ise eğitim düzeyinin turizm algısını etkilediği tespit edilmiştir (Özsarı ve Karatana, 2013). Bu sonuçlar çalışmamızın sonuçları ile benzerlik göstermektedir. Bu çalışmada, medeni durum ile turizm algısı arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Ancak başka bir çalışmada medeni durumun turizm algısını etkilediğini ve bekarların turizm algısının yüksek olduğunu belirlemişlerdir. Literatürdeki diğer çalışmalarda da benzer sonuçlar bulunmuştur (Hume ve Demicco 2007, Özsarı ve Karatana, 2013).

Erkılıç tarafından yapılan çalışmada cinsiyet bakımından erkeklerin turizmi olumlu algıladığı, eğitim durumu bakımında eğitim arttıkça turizmi daha olumlu algıladıkları, gelir durumu düşük olanların yüksek olanlara göre turizmi daha olumsuz algıladığı gözlemlenmiştir (Erkılıç, 2019). Bu çalışma ile eğitim ve gelir durumu bakımından benzerlik göstermektedir. Yapılan araştırmalarda kamu kurum ve kuruluşlarının halkın desteğini alması, bilinçlendirmesi turizm algısı açısından önemli olacaktır.

Gümüş ve Özüpekçe tarafından yapılan çalışmada cinsiyet, mesleki durum arasında bu çalışma ile anlamlı farklılık olmadığı benzerlik göstermektedir (Gümüş ve ark. 2009). Bu çalışma ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmasa da kadın oranının fazla olduğu görülmüştür .

Güneş ve Alagöz tarafından yapılan çalışmadaki sonuçlar ile bu çalışmadaki eğitim durumu, mesleki durum, öğrenim durumu, medeni durumun turizm algısı üzerine etkileri arasındaki ilişkide benzer sonuçlar bulunmuştur. (Güneş ve Alagöz, 2018).

Bu çalışmada mesleki durumun turizm algısını etkilemediği belirlenirken, Ayaz'ın çalışmasında da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Ayaz ve ark. 2009). Turizm algısını etkileyebilecek bir diğer önemli faktör ise gelir düzeyidir. Çalışmamızda gelir düzeyi arttıkça turizmin olumsuz etkisinin azaldığı tespit edilmiştir. Birçok çalışmada benzer sonuçlar görülmektedir (Özsarı ve Karatana 2013, Erkiç, 2019). Literatürde turizm algısı üzerine birçok çalışma planlanmış olmasına rağmen katılımcı grup olarak 50 yaş üstü turistlerin turizm algıları daha önce hiç değerlendirilmemiştir (You ve ark. 2000, Hume ve Demicco 2007). Turizm sektörünün yaşlıların beklenti ve isteklerine yönelik hizmet sunmak gelecek için çok önemlidir (Horneman ve ark. 2002). Bu da çalışmamızın özgün değerini artırmakta ve literatüre önemli bir katkı sağlamaktadır.

5. SONUÇ

Nüfusun yaşlanmasıyla birlikte etkilenen sektörlerden birisi de turizmdir. Turizm sektörü için artan yaşlı pazarı çok önemlidir. Literatür araştırmalarında yaşlı nüfusun geçmiş yıllara kıyasla daha genç, dinamik ve sağlıklı yaşlandığını göstermektedir. Yaşlı nüfusun giderek artacağı ve turizm sektörü ve paydaşlarının etkileneceği bir gerçektir. Bu çalışmada, yaşlıların turizme bakış açılarının belirlenmesinin, hem aktif yaşlanma süreçlerine katkı verebileceği hem de turizmin sektörel gelişimi açısından oldukça faydalı olacağı düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Çalışmaya birinci yazar %50 oranında, ikinci yazar %50 oranında katkı sağlamıştır.
Destek ve Teşekkür Beyanı: Bu çalışma, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projesi (Proje No: SHMYO-2022-021) tarafından desteklenmektedir.
Çatışma Beyanı: Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- İçöz, Onur (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları. Journal of Yaşar University, 4(14): 2257-2279.
- Doğanay, Hayati ve Zaman, Serhat (2021). Türkiye Turizm Coğrafyası. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- Hunter- Jones, Philippa, Blackburn, A(2007). Understanding the relationship between holiday taking and self – assessed health :An Exploratory syudy of senior tourism. International Journal of Yasar University, 4(14),2257-2279.
- Gürcü, M ve Tengilimoğlu, D. (2016). Health Tourism –Based Destination Marketing, (Ed. Ahmer Bayraktar and Can Uslay) ,Strategic Place Branding Methodologies and Theory for Tourist Attraction, USA:Hershey, s.(308-331).
- Möller C, Weiermair K and Wintersberger, E. (2007). The changing travel behaviour of Austria"s ageing population and its impact on tourism. Tourism Review, 62 (3/4), 15- 20.
- Diekmann A, Vincent M, Isabella B (2020). The holiday practices of seniors and their implications for social tourism: A Wallonian perspective. Annals of Tourism Research, 85 (2020): 103096.
- Ayaz, N., Artuger, S. and Turkmen, F. (2009). A field study to determine the tourism perspectives of the local people in the historical Zela (Zile) district. Journal of the Faculty of Commerce and Tourism Education, (2), 103-124.
- Kervankıran, İ. and Bulut, E. (2015). How do local people evaluate the development and effects of tourism in Antalya? Turkish Journal of Geography, 65, 35-45.

- Hume, L. F., & Demicco, F. J. (2007). Bringing hotels to healthcare. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 8(1), 75-84. doi: 10.1300/J162v08n01_04
- Özsarı, S.H & Karatana, Ö. (2013). The Situation of Turkey in terms of Health Tourism. *Journal of Kartal Training & Research Hospital/Kartal Training and Research Hospital Medical Journal*, 24(2). 136-144
- Erkılıç, Eren (2019). Yerel halkın turizm algısı ve turizmin gelişimine yönelik tutumları: Rize örneği. *International Journal of Contemporary Tourism Research*, 3(1), 66-82
- Gümüş, Nevzat, and Salman Özüpekçe (2009). Foça'da turizmin ekonomik, sosyal, kültürel ve çevresel etkilerine yönelik yerel halkın görüşleri. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 6.2, 398-417.
- Güneş, E ve Alagöz, G (2018). "Yerel Halkın Turizm Algısı: Erzincan'da bir Araştırma". *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (15), 409-442.
- You, Xinran and O'leary Joseph T. (2000). Age and Cohort Effects: An Examination of Older Japanese Travelers. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 9:1-2, 21-42.
- Horneman, Louise, Carter, R. W., Wei, S., & Ruys, Hein. (2002). Profiling the Senior Traveler: An Australian Perspective. *Journal of Travel Research*, 41(1), 23-37.
- World Health Organisation. (1974). World Health Organisation. Retrieved December 5, 2020, from <https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/weekly-surveillance-report>, 2020, (erişim tarihi: 24.07.2020)



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

TÜRKİYE'DE PATATES ÜRETİM KARARININ BELİRLEYİCİLERİ: ARDL SINIR TESTİ YAKLAŞIMI

DETERMINANTS OF POTATO PRODUCTION DECISION IN TURKEY: ARDL BOUNDS TEST APPROACH

Uzm. Orhan Orçun BITRAK¹

ÖZ

Dünya bitkisel kaynaklı gıda üretiminin önde gelen ürünlerden birisi olan patates, içerisinde barındırdığı yüksek besin değeri, ekonomikliği ve hemen hemen tüm iklimlerde kolayca yetiştirilebilmesi nedeniyle dünyadaki yetersiz beslenme ve açlık sorununun çözümü için önemli gıda ürünleri arasında yer almaktadır. Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye'deki patates üretim kararı belirleyicilerinin araştırılmasıdır. Bu amaçla yapılan değerlendirmeler neticesinde, çalışmanın ana materyali olarak 1991-2021 dönemine ilişkin, yıllık patates ekili alanı (üretim kararı), yıllık ortalama patates fiyatı, yıllık patates ve soğanın hektar başına verimi değişkenleri kullanılmış ve bu değişkenler ARDL sınır testi yaklaşımıyla analiz edilmiştir. Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre, patates üretim kararı ile patates üretim kararını belirleyen faktörler arasında uzun dönemde bir ilişkinin bulunduğu tespit edilmiştir. Buna göre, patates üretim kararını uzun dönemde olumlu etkileyen faktörlerin patates fiyatı ve patatesin hektar başına verimi olduğu, olumsuz etkileyen faktörün ise soğanın hektar başına verimi olduğu belirlenmiştir. Değişkenler arasındaki kısa dönemli ilişkinin incelendiği hata düzeltme modeli sonuçlarına göre, bir dönem önceki patates fiyatındaki %1'lik artışın cari dönem patates üretim kararını %0.10 oranında arttırdığı belirlenmiştir. Bununla birlikte kısa dönemde, cari dönem patates fiyatı ve patatesin hektar başına veriminin patates üretim kararı üzerinde anlamlı bir etkisinin bulunmadığı ve soğanın hektar başına veriminin ise hata düzeltme modelinden dışlandığı tespit edilmiştir. Bunlara ek olarak, patates piyasasında ortaya çıkan kısa dönemli şokların yaklaşık 1.8 yıl sonra uzun dönem denge seviyesine gelme eğiliminde olduğu anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Patates, Üretim Kararı, Fiyat, ARDL Sınır Testi Yaklaşımı.


JEL Sınıflandırma Kodları: C51, D22, Q11.

ABSTRACT

Potato, one of the leading crops in the world's plant-based food production, is one of the most important food crops for solving the problem of malnutrition and famine in the world due to its high nutritional value, affordability and easy cultivation in almost all climates. The main objective of this study is to investigate the determinants of potato production decision in Turkey. As a result of the evaluations made for this purpose, the variables of annual potato cultivated area (production decision), annual average potato price, annual yield per hectare of potatoes and onions for the period 1991-2021 were used as the main material of the study and these variables were analyzed by ARDL bounds test approach. According to the results obtained from the study, it was found that there is a long-run relationship between the potato production decision and the factors determining the potato production decision. Accordingly, the factors that positively affect the potato production decision in the long run are potato price and yield per hectare of potato, while the factor that negatively affects the decision is the yield per hectare of onion. According to the results of the error correction model analyzing the short-run relationship between the variables, it was determined that a 1% increase in potato price in the previous period increased the current period potato production decision by 0.10%. However, in the short run, the current period potato price and potato yield per hectare have no significant effect on potato production decision, while onion yield per hectare is excluded from the error correction model. In addition, it was found that short-run shocks in the potato market tended to reach the long-run equilibrium level after about 1.8 years.

Keywords: Potato, Production Decision, Price, ARDL Bounds Test Approach.

JEL Classification Codes: C51, D22, Q11.

¹  Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı Doktora Programı, bitrak.orcun@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Potatoes, which are widely produced and consumed among plant-based foods, occupy a very important place in terms of food security in the face of the rapid growth of the world's population. This study aims to examine potato production decisions and determinants in Turkey.

Design/methodology/approach:

As a result of the evaluations made for determining potato production decision in Turkey, variables of annual potato cultivated area (production decision), annual average potato price, annual yield per hectare of potatoes and onions for the period 1991-2021 were used as the main material of the study and these variables were analyzed by ARDL bounds test approach.

Findings:

The results obtained from the study indicate the existence of a long-run relationship between potato production decision and potato price, potato yield per hectare and onion yield per hectare. Accordingly, under the long-run condition, the factors that positively affect the potato production decision are potato price and potato yield per hectare, while the factor that negatively affects potato production is onion yield per hectare. In the study, an error correction model was constructed to analyze the short-run relationship between the variables. The error correction coefficient was calculated as -0.53 and it was found that short-term shocks tend to reach the long-term equilibrium. According to this result, the short-term deviations reach equilibrium after about 1.8 (1/0.53) years. This shows the spiral equilibrium trend in the cobweb theorem. According to the short-term results between the variables included in the analysis, it was determined that a 1% increase in the price of potatoes in the previous period had a 0.10% positive effect on production decisions. The current period potato price and the current period potato yield variables were found to have no significant effect on the production decision. On the other hand, it was founded that the variable onion yield per hectare in the current period is excluded from the error-corrected model. Based on these results, it was determined that the only factor influencing the decision to produce potatoes in the short term was the price of potatoes in the previous period.

Conclusion and Discussion:

Potato is one of the most fluctuating agricultural products in terms of production and prices in Turkey (TEPGE, 2022). The results of the short-run error correction model obtained from the research prove that due to immutable of potato supply under short-run conditions, the producers base their production decisions on the prices of the previous period, and production and prices fluctuate. It is known that the market price of potatoes is affected by factors such as production amounts in the country and neighboring countries and exports under free market conditions (Kaya, 2015). In this regard, the active and accurate operation of production information channels and provision marketing network would be effective in preventing fluctuations in productions and prices. Furthermore, fluctuations in agricultural prices is more pronounced when inflation is in the double digits (Özçelik and Özer, 2006; Arısoy and Bayramoğlu, 2017). In addition to implementations such as production forecasting and production planning by market regulators, the implementation of active auditing activities against activities that disrupt the functioning of the market mechanism would be effective in the preventing food inflation and thus ensuring producer and consumer welfare.

The results obtained from the study showed that potato and onion yield per hectare did not influence the production decision under short-run conditions, but they did under long-run conditions. Thus production efficiency would be ensured through training in potato production techniques and the application of technological activities in agriculture. In addition, supporting producers on agricultural inputs and training activities to be implemented for the correct use inputs would contribute to ensuring production quality. These would ensure production stability bu improving long-term yield conditions. Furthermore, supporting the potato market with the food industry and exporting processed and value-added products would not only bring foreign currency to the country, but also contribute to the current employment.

1. GİRİŞ

Patates, değişik iklim koşulunda kolayca yetiştirilebilmesi, alan başına verimliliği, ekonomikliği, yüksek besin değeri ve kolay sindirilebilmesi gibi özellikleri nedeniyle üretim ve tüketimi oldukça yaygın olan bitkisel gıdalar arasında yer almaktadır (Yılmaz, vd., 2006; Kılıçer, 2019). Bu yönüyle patates, hızla artan dünya nüfusuna karşı gıda güvencesi açısından en fazla önemsenen besin türlerinden birisi olarak öne çıkmaktadır (Onwusiribe vd., 2018; TEPGE, 2022). Geniş bir ürün yelpazesine sahip olan patates, gerek taze tüketimde gerekse işlenmiş olarak (cips, nişasta, hazır çorba vb.) insanlığın gıda ihtiyacını karşılayan önemli bir besin kaynağı olmasının yanında, hayvan yemi ve bitkisel üretimin devamlılığı için tohumluk olarak da kullanılmaktadır (Öztürk ve Polat, 2017; Kadakoğlu, 2021).

Dünyada üretim ve tüketiminin oldukça yaygın olmasının yanı sıra patates, üretimde ve fiyatlarda dönemlik dalgalanmaların yaşandığı bitkisel ürünlerin başında gelmektedir (TEPGE, 2022). Patatese ilişkin fiyat ve üretim dalgalanmaları, gerek tercihini hızlı bir nakit kaynağı olmasından dolayı bu üründen yana kullanan üreticiler (Fatima vd., 2015) gerekse harcanabilir gelirlerinin önemli bir kısmını gıda harcamalarına ayıran tüketiciler açısından oldukça önemlidir (Hurma ve Tüzün Rad, 2021).

Bu çalışmanın temel amacı, Türkiye’de patates üretim kararının belirleyicilerini araştırmaktır. Ulusal ve uluslararası literatürde patates üretimi ve üretim kararını ekonomik açıdan inceleyen birçok araştırma bulunmaktadır. Patatesin miktar ve fiyat dalgalanmaları üzerine yapılan çalışmalar, Ezekiel’in 1938 yılında yazdığı makalesine kadar dayanmaktadır. Patates üretim, üretim kararı ve fiyatlarını farklı zaman dilimi, araştırma bölgesi ve çeşitli yönleriyle ele alan araştırmalar bulunmaktadır (Dağdemir ve Birinci, 1999; Balgalmış-Kunt 2009; Kaya, 2015; Fatima vd., 2015; Anwar vd., 2015; Bolotova, 2017; Sabur vd., 2021; Aruga vd., 2022). Bununla birlikte bazı çalışmalarda konu, işletmelerdeki üretim yapısı, maliyet ve karlılık gibi açılardan ele alınmıştır (Yılmaz vd., 2006; Muthoni vd., 2013; Arısoy ve Bayramoğlu, 2017; Kılıçer, 2019). Ayrıca bazı araştırmalarda, farklı yerlerde bulunan patates piyasalarının entegrasyonu (Vigila vd., 2021) ve patates üretiminin teknik ve dağılım etkinliği (Kadakoğlu, 2021) gibi konuları üzerine yapılmış araştırmalar da bulunmaktadır. Yapılan literatür araştırması neticesinde, patates piyasasındaki üretim ve üretim kararının, patates fiyatlarının önceki dönemlerdeki değerlerinden etkilendiği tespit edilmiştir. Ayrıca Hurma ve Tüzün-Rad (2021) tarafından yapılan bir araştırmada, patates ekili alanı ve fiyatları ile soğan ekili alanı ve fiyatları arasında bir nedensellik ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte iklim koşulları, teknoloji, doğru miktar ve türde gübre ve ilaç kullanımı gibi birçok faktörden etkilenen alan başına verim de tarımsal üretimde önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Kılavuz ve Erdem, 2019). Literatürde yapılan araştırmalarda farklı yöntemler kullanılsa da Türkiye’deki patates üretim kararı belirleyicilerini kısa ve uzun dönem koşullarında inceleyen ve piyasada oluşan şokların dengeye gelme durumunu ele alan güncel bir çalışmaya rastlanamamıştır.

Yapılan literatür araştırması neticesinde, patates üretim kararını etkileyen çeşitli faktörlerin bulunduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte patates üretim kararını etkileyen potansiyel değişkenlere ilişkin farklı modeller oluşturulmuş ve bu modeller çeşitli kriterlere göre (yapısal kırılma, çoklu bağlantı problemi vb.) test edilmiştir. Yapılan testler neticesinde, 1991-2021 dönemi kapsam alınmış ve Türkiye’de patates üretim kararını (yıllık patates ekili alanı) etkileyen faktörlere ilişkin en uygun değişkenlerin yıllık ortalama patates fiyatı, patatesin ve soğanın yıllık hektar başına verimi olduğu belirlenmiştir. Bu amaçla, patates üretim kararını etkileyen faktörlerin analizinde, değişkenlerin uzun ve kısa dönem katsayılarının yorumlanmasına ve piyasada oluşan şokların değerlendirilmesine imkân tanıyan ARDL (gecikmesi dağıtılmış otoregresif) sınır testi yaklaşımı kullanılmıştır. Bu doğrultuda, araştırmadan elde edilen sonuçların gelecekteki çalışmalara ışık tutması, tarım piyasasını düzenleyen resmi ve sivil kuruluşlara, mevcut ve potansiyel yatırımcılara katkı sağlaması beklenmektedir.

Çalışmada ilk olarak, dünyada ve Türkiye’de patatese ilişkin temel göstergeler değerlendirilmiş ve patates piyasasının genel özellikleri incelenerek ülke refahı açısından önemi ortaya koyulmuştur. Takip eden bölümde, çalışmada kullanılan veri seti tanımlanmış ve araştırmada kullanılan yöntem ayrıntılı biçimde açıklanmıştır. Sonraki bölümde, araştırmadan elde edilen sonuçlar ortaya koyulmuş ve elde edilen sonuçlar literatürle karşılaştırılabilir olarak tartışılmıştır. Son bölümde ise araştırmadan elde edilen sonuçlar değerlendirilmiş ve sektöre ilişkin çeşitli önerilerde bulunulmuştur.

2. PATATES FİYATLARININ ÜRETİCİ VE TÜKETİCİ REFAHI AÇISINDAN ÖNEMİ

Patates, yüksek verimi ve taşıdığı besin değerleri nedeniyle dünyadaki açlık ve yetersiz beslenme sorununun çözümü için önemli bir tarımsal ürün olarak karşımıza çıkmaktadır (T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı, 2019).

Patates, FAO verilerine göre, 2021 yılında, şeker kamışı, mısır, pirinç, buğday ve palmye yağı gibi bitkisel ürünlerden sonra dünyada, en fazla üretimde bulunan gıda ürünlerinin başında yer almaktadır. Patatesin dünyadaki ekili alanı yaklaşık 18.1 milyon hektar, üretimi ise yaklaşık 471 milyon ton olarak kaydedilmiş ve dünya bitkisel ürün üretimi içerisindeki payı yaklaşık %3.96 olarak gerçekleşmiştir. 2021 yılında patates üretiminin en yaygın olduğu ülkeler; Çin (%40.09), Hindistan (%11.52), Ukrayna (%4.53), ABD (%3.94) ve Rusya (%3.88) olarak sıralanmıştır. Türkiye ise aynı yılda, yaklaşık 138 bin hektar üretim alanı ve 5.1 ton üretimle dünya patates üretim payının yaklaşık %1.08'ini karşılayarak 16. sırada yer almıştır. Patatesin Türkiye bitkisel üretimdeki payı ise yaklaşık %4.30 olarak gerçekleşmiştir (FAO, 2022).

Türkiye'nin neredeyse tüm illerinde patates üretimi yapılabilmektedir. Bununla birlikte; üretimin en yoğun yapıldığı iller, Konya (%12.2), Niğde (%11.3), Afyonkarahisar (%11), Kayseri (%10.2) ve İzmir (%8.8) olarak sıralanmaktadır (TEPGE, 2022). Türkiye'de, son beş yılda, patates ekili alanı, üretim miktarı ve fiyatlarının dönemler arası inişli-çıkışlı bir seyir izlediği görülmektedir. Nitekim 2019-2020 dönemlerinde, ekili alan ve üretim miktarı yaklaşık %5 oranında artış, cari fiyatlar ise yaklaşık %35 oranında azalış sergilemiştir. 2020 yılından 2021 yılına gelindiğinde ise ekili alan ve üretim miktarının sırasıyla %6 ve %2 oranında azalış, cari fiyatların ise yaklaşık %13 oranında artış sergilediği görülmektedir. İncelenen yıllar itibarıyla tüketim miktarının ise genel olarak bir artış eğilimine sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Türkiye'de Patates Üretim ve Tüketimine İlişkin Göstergeler (2017-2021)

| | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 |
|------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Ekili Alan (Bin Ha) | 1428 | 1359 | 1408 | 1479 | 1389 |
| Üretim (Bin ton) | 4.800 | 4.550 | 4.979 | 5.200 | 5.100 |
| Tüketim (Bin ton) | 3.825 | 4.064 | 3.860 | 4.210 | 4.287 |
| Kişi Başı Tüketim (Kg) | 47.9 | 50.3 | 47.1 | 50.6 | 51.3 |
| Cari Fiyat (TL) | 0.71 | 1.03 | 1.85 | 1.21 | 1.36 |

Kaynak: (TEPGE, 2022; TÜİK, 2022)

İktisat literatüründe patates, Giffen paradoksuna konu olan ürünlerin başında gelmektedir. Buna göre, harcanabilir gelirin büyük bir kısmını gıda harcamalarına ayıran tüketiciler, patates fiyatlarındaki artışlara rağmen patates tüketimini arttırmaktadır. Patates fiyatlarında bir düşüş yaşanmasında ise tüketicilerin talebi, patates dışındaki et vb. gibi insan beslenmesinde önemli yere sahip, protein kaynağı yüksek olan ürünlere yönelmekte ve patatese olan talepleri azalmaktadır (Hatırlı, 2016). Buradan yola çıkarak patatese yönelik üretim miktarı ve fiyatların tüketici refahı açısından oldukça kritik bir öneme sahip olduğu söylenebilmektedir.

Patates ve patates gibi önemlilik olarak yetiştirilebilen ürünlerin üretim kararını ve miktarını etkileyen faktörler; iklim koşulları, işgücü ve girdi maliyetleri, tarımsal destek miktarı, hastalık ve zararlılardan kaynaklı verim değişimi ve ürün fiyatları olarak sıralanabilmektedir. Bununla birlikte bu ürünlerde cari fiyatlar, sanayi sektöründen farklı olarak üretim dönemindeki maliyetlere göre değil, sezon boyunca ürüne yönelik arz ve talebe göre şekillenmektedir. Ayrıca bu ürünlerde arzın kısa dönemde değiştirilmesinin sınırlı olmasından kaynaklı olarak, ürüne ilişkin talep miktarının fiyat üzerinde daha etkili bir kriter olduğu görülmektedir (Arısoy ve Bayramoğlu, 2017). Sektörün bu yapısı, üretim miktarı ve fiyatlarda dönemsel olarak dalgalanmaların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Özbay ve Çelik, 2016). Tarım ürünlerinde ortaya çıkan fiyat ve üretim dalgalanmaları, iktisat literatüründe cobweb (örümcek ağı) teoremi ile açıklanmaktadır. Tarımsal bir ürünün cobweb teoremine konu olabilmesi için ürüne ilişkin piyasanın tam rekabet koşullarında olması ve ürünün yetiştirilme süresinin en az bir dönem olması gerekmektedir. Bununla birlikte, ürünün arz miktarı ve fiyatının çift yönlü olarak etkileşim halinde olması beklenmektedir. Cobweb teoremine konu olan üretim ve fiyat dalgalanmaları, ilgili ürünün arz ve talep eğrilerinin esnekliklerine göre şekillenmekte olup sürekli dalgalanma, dengeye yönelik dalgalanma ve dengeden uzaklaşan dalgalanma biçiminde ortaya çıkmaktadır. Daha açık bir ifadeyle, ürüne yönelik talep ve arz esnekliği aynı ise ($e_D=e_S$), sürekli dalgalanma, arz esnekliği talep esnekliğinden düşüğe ($e_S<e_D$) dengeye yönelik dalgalanma ve arz esnekliği talep esnekliğinden yüksekse ($e_D<e_S$) dengeden uzaklaşan dalgalanma yaşanmaktadır (Ezekiel, 1938). Bu doğrultuda, patates üretimi kararına ilişkin

fiyat dalgalanmalarındaki şiddet ve dalgalanmaların yönünün oldukça önemli bir kriter olduğu anlaşılmaktadır. Fiyat dalgalanmalarına yönelik uygulanabilecek politikalar üretimde istikrarın sağlanması ve dolayısıyla üretici refahı açısından kritik bir unsurdur.

Patatese yönelik gerek arz ve gerekse talep, fiyattaki farklı dinamiklerden etkilenmektedir. Toplum refahı ve sağlığı açısından önemli olan patatesin üretim kararına etki eden unsurların belirlenmesi, ilgili ve benzer ürünler üzerine yönelik yapılacak politikalara ışık tutabilecektir.

3. MATERYAL VE METOT

Bu çalışmada, Türkiye’de patates üretim kararını etkileyen faktörlerin incelenmesi amacıyla, Türkiye patates ekili alanı (üretim kararı) ile patates fiyatı, patates ve soğanın hektar başına verimi ilişkisi, 1991-2021 dönemi itibarıyla araştırılmıştır. Araştırmada kullanılan veri setinde yer alan tüm değişkenler TÜİK veri tabanı ve TÜİK’in “İstatistikî Göstergeler 1923-2013” adlı yayınından elde edilmiştir. Çalışmanın ekonometrik analizinde kullanılan veri setine ilişkin bilgiler Tablo 2’de verilmiştir. Analizde bağımlı değişken olarak patates ekili alanı alınmıştır. Üretim kararı olarak ekili alan değişkeninin kullanılmasının sebebi, üretim miktarının ekolojik, biyolojik ve teknolojik koşullardan etkilenmesidir (Balgalmış-Kunt, 2009; Arısoy ve Bayramoğlu, 2017). Bununla birlikte yapılan literatür araştırması neticesinde, patates üretim kararını etkileyen çeşitli faktörlerin bulunduğu belirlenmiştir. Bu amaçla, üretim kararı belirleyicileri üzerine farklı modeller kurulmuş ve potansiyel değişkenler istatistiksel olarak test edilmiştir. Yapılan testler neticesinde, patates üretim kararını etkileyen faktörler olarak, yıllık ortalama patates fiyatı, yıllık hektara patates ve soğan verimi değişkenleri kullanılmıştır. Bağımsız değişkenlerden olan patates fiyatı serisi deflate edilmemiş olup modelde dönemlik cari patates fiyatları yer almaktadır. Bunun sebebi olarak, üreticilerin sattıkları ürünlerden elde ettikleri nominal geliri baz alarak üretim kararında bulunmaları gösterilmektedir (Doğan ve Onurlubaş, 2016).

Tablo 2. Değişkenlerin Tanımı

| Değişken | Tanım | Kaynak |
|----------|--|--------|
| PLAND | Yıllık Patates Ekili Alanı (Ha) | TÜİK |
| PYIELD | Hektar Başına Yıllık Patates Verimi (Ton Ha ⁻¹) | TÜİK |
| PP | Çiftçinin Eline Geçen Yıllık Ortalama Patates Cari Fiyatı (Kg TL ⁻¹) | TÜİK |
| OYIELD | Hektar Başına Yıllık Soğan Verimi (Ton Ha ⁻¹) | TÜİK |

Ekonometrik model için farklı fonksiyonel kalıplar denenmiş ve değişkenlerin beklenen işaretleri, istatistiksel olarak anlamlılık seviyeleri ve belirlilik katsayıları gibi unsurları dikkate alınarak en uygun fonksiyonel formun tüm değişkenlerin doğal logaritmalarının alınması yönünde olduğuna karar verilmiştir. Araştırmada analize konu olan boş hipotez; Türkiye’de yıllık, patates ve soğanda hektar başına verimin ve yıllık ortalama patates fiyatının üretim kararı üzerinde bir etkisinin bulunmadığı biçimindedir. Bu doğrultuda analizde kullanılan ekonometrik model aşağıdaki eşitlikte ifade edilmiştir;

$$LNPLAND_t = \alpha_0 + \alpha_1 LNPYIELD_t + \alpha_2 LNPP_t + \alpha_3 LNOYIELD_t + \varepsilon_t \quad (1)$$

Eşitlik 1’deki modelde bulunan t zamanı, ε hata terimini göstermektedir. Ayrıca α_0 sabiti ve α_i ($i=1,2,3,\dots,n$) ile gösterilen değerler, değişkenlerin katsayılarını ifade etmektedir.

Analizden elde edilen sonuçların gerçekten uzak ve yanıltıcı olmaması ve sahte regresyon probleminin önüne geçebilmek amacıyla, analizin ilk aşamasında, durağanlık testleri yapılmıştır (Harris, 1995). Durağanlık, zaman serisinde yer alan değişkenlerdeki değişimin, zamandan bağımsız ortalama ve varyansta olması olarak ifade edilebilmektedir (Granger ve Newbold, 1986). Durağanlık sınamaları sayesinde, serilerin durağan olup olmadıklarının yanı sıra, fark alma işlemi ile kaçınıcı dereceden durağan oldukları da belirlenebilmektedir (Kocabıyık vd., 2020).

Bu çalışmada serilerin durağanlık tespiti ve kaçınıcı dereceden eşbütünlüklü olduğunun belirlenmesi amacıyla literatürde kullanımı yaygın olan ADF (Augmented Dickey-Fuller) ve Phillips ve Perron birim kök testleri uygulanmıştır.

ADF testi, hata terimindeki otokorelasyon dikkate alınarak geliştirilmiştir. ADF testinin uygulanışı, bağımlı değişkenlerin gecikmeli değerlerinin regresyon denkleminde eklenmesiyle yapılmakta ve bu sayede otokorelasyon sorunu önlenmektedir (Gujarati ve Porter, 2009). Uygun gecikme uzunluğu belirlenirken Akaike (AIC) veya Schwarz (SIC) bilgi kriterlerinden yararlanılmaktadır (İzolluoğlu, 2019). ADF testinde boş hipotez; birim kök

vardır (seriler durağan değildir) biçimindedir. ADF testinin regresyon denklemi aşağıda gösterilmiştir (Pata vd., 2016);

$$\Delta Y_t = \beta_0 + \Phi Y_{t-1} + \sum_{i=1}^n \tau_i \Delta Y_{t-i} + e_i \quad (2)$$

$$\Delta Y_t = \beta_0 + \alpha_1 t + \Phi Y_{t-1} + \sum_{i=1}^n \tau_i \Delta Y_{t-i} + e_i \quad (3)$$

Yukarıda yer alan Eşitlik 2 ve Eşitlik 3'te sırasıyla sabitli ve sabit ve trendli modeller gösterilmektedir. ΔY_t , serinin birinci farkını, β_0 sabiti, τ trendi, Y_{t-1} gecikme operatörünü, n gecikme uzunluğunu ve e_i ise hata terimini ifade etmektedir. Burada Φ parametresinin sıfırdan farklı olup olmadığı test edilmektedir. Analiz sonucunda elde edilen test istatistiği, McKinnon kritik değeriyle karşılaştırılır ve serinin durağan olup olmadığına karar verilir.

ADF yaklaşımında, serideki hata terimi dağılımının bağımsız ve homojen olduğu varsayılmaktadır (Mushtaq, 2011). Zaman serilerinin durağanlığını belirlemede bir diğer yöntem olan PP testi, parametrik olmayan, hata terimi dağılımının zayıf bağımlı ve heterojen olduğunu varsayan bir yaklaşımdır. PP testinde sabit ve trendli modele ilişkin regresyon denklemi aşağıda verilmiştir (Phillips ve Perron, 1988);

$$Y_t = \hat{\beta} + \hat{\alpha} Y_{t-1} + \hat{\epsilon}_t \quad (4)$$

$$Y_t = \tilde{\beta} + \tilde{\psi} \left(t - \frac{1}{2} \tau \right) \tilde{\beta} + \tilde{\alpha}_{t-1} + \tilde{\epsilon}_t \quad (5)$$

Eşitliklerde, τ gözlem sayısını ve e hata terimini ifade etmektedir. PP testinde asimtotik dağılımın seri korelasyonundan etkilenmesini önlemek için test istatistiği modifiye edilmektedir (Eştürk ve Mert, 2022). PP testine ilişkin boş hipotez ADF testi ile aynı olup birim kök vardır (seri durağan değildir) biçimindedir.

Seriler arasındaki uzun dönemli ilişkinin analizinde farklı eşbütünlüşme yaklaşımları kullanılmaktadır. Bu yaklaşımlardan birisi olan ARDL Sınır Testi yaklaşımı, farklı seviyelerde durağan olan seriler arasındaki ilişkinin ölçülebilmesine imkân vermektedir (Pesaran vd., 2001). Bu yönüyle diğer yaklaşımlara göre önemli bir avantajı bulunan ARDL yaklaşımında, serilerin durağanlığı önemsiz gibi gözükse de durağanlığı ikinci dereceden sağlanan seriler, uygun tablo kritik değerinde bulunmadıklarından dolayı analizde yer alamamaktadır. Bu açıdan bakıldığında durağanlık testleri, serilerin seviye ve birinci farkta durağan olduğunun kanıtlanması amacıyla yapılmaktadır (Pata vd., 2016). ARDL sınır testi yaklaşımı, değişkenler arasındaki kısa ve uzun dönemli ilişkileri aynı anda tahmin ederek otokorelasyon ve ihmal edilen değişkenlerden dolayı ortaya çıkan problemlerin önüne geçebilmektedir. Bu yaklaşımın diğer bir avantajı ise bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin açıkça gözlemlenebilmesidir (Narayan, 2004).

ARDL sınır testi yaklaşımının ilk aşamasında, kısa ve uzun dönem parametrelerinin tahmini yapılmaktadır. Bu amaçla, modelde yer alan tüm değişkenler sırasıyla bağımlı değişken konumuna getirilerek kısıtsız hata düzeltme modeli (UECM) kurulur (Narayan ve Smyth, 2005);

$$\text{LNPLAND} = \beta_0 + \sum_{i=1}^n \alpha_{i1} \Delta \text{LNPLAND}_{t-i} + \sum_{k=0}^n \beta_{1k} \Delta \text{LNPP}_{t-k} + \sum_{k=0}^n \beta_{2k} \Delta \text{LNPLYIELD}_{t-k} + \sum_{k=0}^n \beta_{3k} \Delta \text{LNOYIELD}_{t-k} + \lambda_1 \text{LNPLAND}_{t-1} + \lambda_2 \text{LNPLYIELD}_{t-1} + \lambda_3 \text{LNPP}_{t-1} + \lambda_4 \text{LNOYIELD}_{t-1} + e_{1t} \quad (6)$$

Eşitlikte, sadece bu analize konu olan bağımlı değişkenin olduğu modele yer verilmiş olup sadece bir tane model kurulmuştur.

ARDL yaklaşımında değişkenler arası uzun dönemli ilişkinin olup olmadığının belirlenmesi amacıyla F sınır testi uygulanmaktadır (Narayan, 2005). Modele dahil edilen bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki uzun dönemli ilişkinin yokluğunu ifade eden boş hipotez aşağıdaki eşitlikte verilmiştir (Pata vd., 2016);

$$H_0: \lambda_1 = \lambda_2 = \lambda_3 = \lambda_4 = 0 \quad (7)$$

Sınır testinden elde edilen F istatistik değeri, Pesaran (2001) ve Narayan (2005) tarafından hesaplanan ve farklı gözlem sayılarına uygun olarak tablolaştırılmış olan alt ve üst tablo kritik sınır değerleri ile karşılaştırılır ve değişkenler arasındaki eşbütünlüşme ilişkisine karar verilir. Hesaplanan F istatistik değeri, kritik tablo alt değerinden düşük bir değere sahipse eşbütünlüşme ilişkinin yokluğuna ilişkin boş hipotez reddedilemezken hesaplanan değer, tablo alt ve üst sınır değerleri arasında yer alıyorsa eşbütünlüşme ilişkisi hakkında herhangi bir çıkarımda bulunulamaz. Buna karşın hesaplanan F istatistiği, tablo alt ve üst kritik sınır değerlerinden yüksekse eşbütünlüşmenin olmadığını ifade eden boş hipotez reddedilir (Gülmez, 2015). Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki eşbütünlüşme ilişkisinin tespiti halinde AIC, SIC ve HQ bilgi kriterlerinden yararlanılarak değişkenlerin her biri için uygun gecikme uzunlukları belirlenebilmekte ve uzun dönem katsayılarının tahmini yapılabilmektedir (Pata vd., 2016);

$$LNPLAND = \beta_0 + \sum_{i=1}^{n1} \beta_{1i} LNPLAND_{t-i} + \sum_{k=0}^{n2} \beta_{2k} \Delta LNOPYIELD_{t-k} + \sum_{k=0}^{n3} \beta_{3k} \Delta LNPP_{t-k} + \sum_{k=0}^{n4} \beta_{4k} \Delta LNOYIELD_{t-k} e_t \quad (8)$$

Bu aşamadan sonra kısa dönem katsayılarını içeren hata düzeltme modeli kurulur (Lawal vd., 2016);

$$LNPLAND = \beta_0 + \sum_{i=1}^{n1} \beta_{1i} \Delta LNPLAND_{t-i} + \sum_{k=0}^{n2} \beta_{2k} \Delta LNOPYIELD_{t-k} + \sum_{k=0}^{n3} \beta_{3k} \Delta LNOPYIELD_{t-k} + \sum_{k=0}^{n4} \beta_{4k} \Delta LNOYIELD_{t-k} + \gamma ECT + e_t \quad (9)$$

Yukarıda yer alan Eşitlik 9'da Δ fark operatörü, ECT hata düzeltme terimi ve γ ise hata düzeltme katsayısı olarak ifade edilmiştir (Lawal vd., 2016). γ katsayısının değeri kısa dönemde oluşan şokların uzun dönem denge seviyesine gelme durumunu göstermektedir. Hata düzeltme katsayısının 0 ile -1 arasında bir değer alması, kısa dönemde ortaya çıkan şokların uzun dönem denge seviyesine tekdüze bir biçimde ulaşacağını, katsayı değerinin -1 ile -2 arasında yer alması ise kısa dönemdeki şokların, uzun dönem denge değerlerinin etrafında azalan dalgalanmalarla birlikte denge seviyesine gelebileceğini göstermektedir. Katsayının işareti pozitif veya -2'den mutlak değer olarak yüksekse kısa dönemde, değişkenlerde meydana gelen şokların uzun dönem denge seviyesinden uzaklaştığını göstermektedir (Gülmez, 2015).

Çalışmanın Etik Durumu

Bu araştırmada ikincil veriler kullanıldığından etik kurul onayına gerek duyulmamıştır.

4. ARAŞTIRMA BULGULARI VE TARTIŞMA

Patates üretim kararı belirleyicilerinin incelendiği bu çalışmada, ilk olarak analize dahil edilen serilerin, ADF ve PP birim kök testleri yardımıyla, durağanlık sınaması yapılmıştır. Tablo 3'te gösterilen birim kök testi sonuçlarına göre, patates ekili alanı değişkeninin birinci farkında (I(1)), patates fiyatı değişkeninin ise seviyede (I(0)) durağan oldukları belirlenmiştir. Patates ve soğanın hektar başına verimi değişkenlerinin ise sabitli ve trendli modelde seviyede (I(0)), sabitli modelde ise birinci farkta (I(1)) durağan oldukları tespit edilmiştir. Bu çalışmada, modele dahil edilen değişkenler arasındaki uzun dönem (eş bütünleşme) ilişkisinin incelenmesinde, farklı seviyelerde durağan olan serilerin analizine imkân tanıyan ARDL sınır testi yaklaşımı kullanılmıştır.

Tablo 3. Birim Kök Testleri

| Değişkenler | ADF | | PP | |
|--------------|----------|--------------------|-----------|--------------------|
| | Sabitli | Sabitli ve Trendli | Sabitli | Sabitli ve Trendli |
| LNPLAND | -0.5911 | -3.0285 | -1.0475 | -2.9114 |
| LNPP | -5.5252* | -3.5955** | -11.2547* | -4.0810** |
| LNOPYIELD | 0.3274 | -4.3119* | 0.2137 | -4.2994* |
| LNOYIELD | -0.8648 | -4.3330* | -0.9529 | -4.3824* |
| D(LNPLAND) | -6.2736* | -6.1482 | -7.7736* | -7.6001 |
| D(LNPP) | -1.8187 | -5.4274* | -4.0630* | -5.3530* |
| D(LNOPYIELD) | -6.3051* | -6.3210* | -13.8580* | -18.1131* |
| D(LNOYIELD) | -9.5500* | -9.3872* | -10.6024* | -10.4225* |

Hesaplanan değerler, ADF yaklaşımında Schwarz bilgi kriterine göre, PP yaklaşımında ise Barlett-Kernel yöntemi ile bant uzunluğu Newey Bandwith kullanılarak belirlenmiştir. * ve ** sırasıyla serilerin %1 ve %5 önem seviyesinde durağan olduğunu göstermektedir. D, serilerin birinci farkını ifade etmektedir.

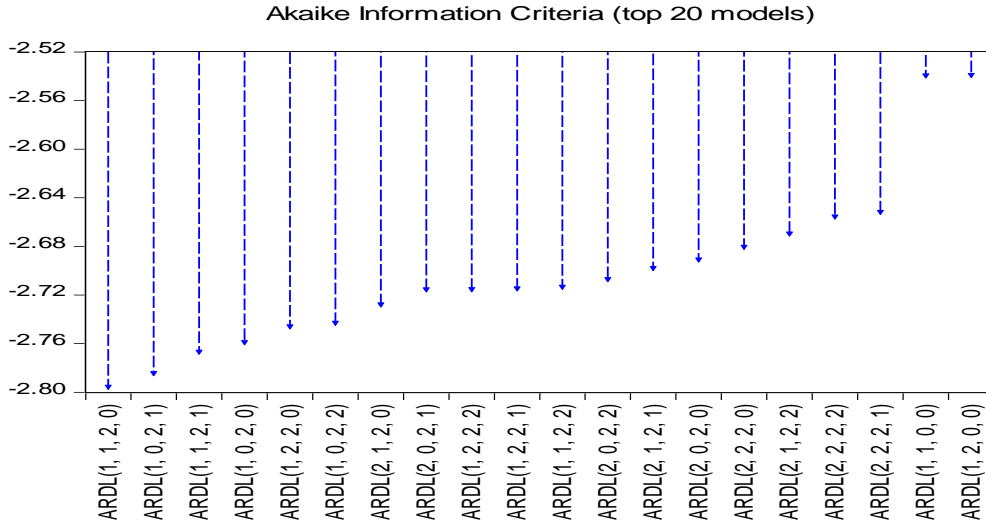
Analize dahil edilen değişkenler arasındaki uzun dönem (eş bütünleşme) ilişkisi varlığının ispatı amacıyla sınır testi uygulanmıştır. Sınır testinde hesaplanan F istatistik değerinin %1 anlamlılık seviyesindeki tablo alt ve üst kritik değerlerinden yüksek olduğu belirlenerek uzun dönemli ilişkinin yokluğuna ilişkin boş hipotez reddedilmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Sınır Testi

| F-İstatistiği | Kritik Değer (0.01) | | Kritik Değer (0.05) | | Kritik Değer (0.10) | |
|---------------|---------------------|------|---------------------|------|---------------------|------|
| | I(0) | I(1) | I(0) | I(1) | I(0) | I(1) |
| 5.5453 | 3.65 | 4.66 | 2.79 | 3.67 | 2.37 | 3.20 |

Seriler arasındaki eş bütünleşme ilişkisinin ispat edilmesi halinde modelin tahmini yapılır. Bu aşamada optimum gecikme uzunluğuna bağlı olarak, modeldeki değişkenlere ilişkin uygun gecikme uzunlukları belirlenir ve en uygun modele karar verilir (Narayan ve Smyth, 2005). ARDL yaklaşımında kullanılan veri setinin yıllık serilerden oluşması durumunda optimum gecikme uzunluğunun iki alınması önerilmiştir (Narayan ve Smyth, 2006). Patates üretim kararına ilişkin kurulan modelde, serilerin yıllık olması nedeniyle optimum gecikme uzunluğu iki olarak

alınmış ve en düşük AIC bilgi kriteri değerine sahip olan model tercih edilmiştir (Özcan, 2017). Patates üretim kararının belirleyicileri için en uygun modelin ARDL (1, 1, 2, 0) olduğuna karar verilmiştir (Şekil 1).



Şekil 1. Uygun Model Seçimi

Tablo 5'te ARDL (1, 1, 2, 0) modeli tahmin edilmiştir. Modelin tanısal testlerinde R^2 ve düzeltilmiş R^2 değerleri, modelin açıklama gücünü göstermekte olup bağımlı değişkendeki değişimin ilgili model tarafından açıklanma yüzdesini göstermektedir. Bağımsız değişkenlerdeki değişimlerin bağımlı değişkene olan anlamlılığını gösteren F-İstatistik değeri %1 önem seviyesinde anlamlı bulunmuştur. Durbin Watson katsayısı değerinin ikiye yakın olması, modelde otokorelasyon (Eren ve Gürbüz, 2020) ve sahte regresyon problemlerinin olmadığını göstermektedir (Rajarithnam ve Subha, 2021).

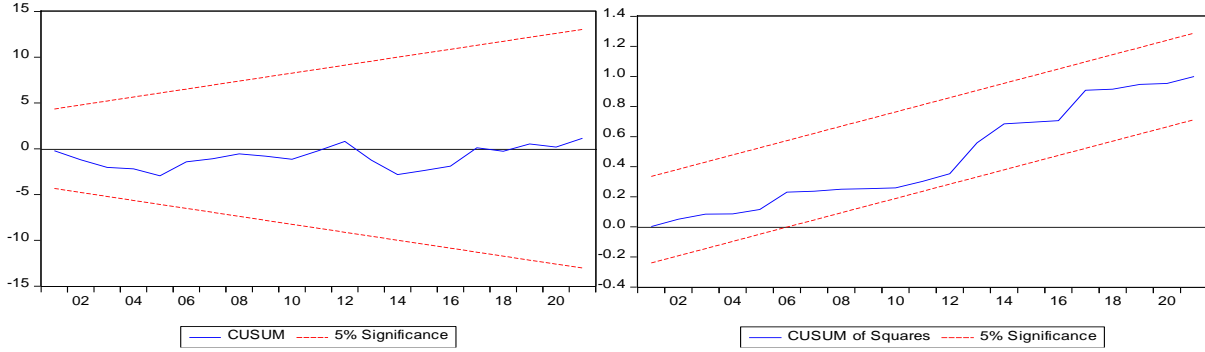
Tablo 5. ARDL Modelinin Tahmini (1, 1, 2, 0)

| Bağımlı Değişken | LNPLAND | | | |
|------------------|-------------------|---------------|----------------|-----------------|
| Değişken | Katsayı | Standart Hata | t-İstatistiği | Olasılık Değeri |
| LNPLAND(-1) | 0.4666 | 0.1331 | 3.5042 | 0.0021 |
| LNPYIELD | -0.0910 | 0.3028 | -0.3006 | 0.7667 |
| LNPYIELD(-1) | 0.4001 | 0.2617 | 1.5288 | 0.1412 |
| LNPP | 0.0115 | 0.0372 | 0.3110 | 0.7588 |
| LNPP(-1) | 0.1059 | 0.0463 | 2.2884 | 0.0326 |
| LNPP(-2) | -0.1034 | 0.0324 | -3.1835 | 0.0045 |
| LNOYIELD | -0.6033 | 0.1982 | -3.0426 | 0.0062 |
| C | 10.0522 | 3.9029 | 2.5755 | 0.0176 |
| R^2 | Düzeltilmiş R^2 | | DW İstatistiği | F-İstatistiği |
| 0.9289 | 0.9052 | | 2.0787 | 39.2213 (0.00) |

ARDL modelinin uygunluğu ve elde edilen sonuçların istatistiksel olarak sapmalı olup olmadığının belirlenmesi amacıyla başka tanısal testlere de ihtiyaç duyulmaktadır. Bağımlı değişkenin gecikmeli değerlerinin bağımsız değişkenler arasında yer aldığı modellerde otokorelasyon sorununun olup olmadığını test etmek amacıyla Breusch-Godfrey testi kullanılmaktadır. Modelde değişen varyansın sınanması için Breusch-Pagan-Godfrey testi, artıkların normal dağılıp dağılmadığının tespiti için Jarque-Bera ve modelde bulunması gerektiği halde yer almayan değişkenlerin olup olmadığının tespitinde ise Ramsey-Reset spesifikasyon testi uygulanmıştır (Gümüşsoy, 2021). Breusch-Godfrey test istatistiği 0.3048 ($0.05 < 0.74$) olarak hesaplanmış ve modelde otokorelasyonun yokluğunu gösteren hipotez kabul edilmiştir. Breusch-Pagan-Godfrey test istatistiği 1.1989 ($0.05 < 0.38$) değişen varyans probleminin olmadığını ve Ramsey-Reset test istatistiği 0.8093 ($0.05 < 0.37$) modelde spesifikasyon hatasının bulunmadığını göstermektedir. Ayrıca Jarque-Bera testi sonuçları 3.1028 ($0.05 < 0.21$) modelde artıkların normal dağılım sergilediğini göstermiştir.

Regresyondaki katsayıların kararlılığının ölçülmesinde Cusum ve Cusum-Q testleri kullanılmaktadır. Öyinemeli biçimde güncellenen testler, kırılma noktalarına göre çizilir ve grafiğin %5 anlamlılık seviyesindeki kritik değer sınırları içerisinde yer alması halinde, modeldeki katsayıların durağan oldukları ve modelin yapısal kırılma içermediği tespit edilebilmektedir (Lawal vd., 2016). Cusum ve Cusum-Q testlerinin her ikisinde de grafiğin kritik

değer sınırları içerisinde yer aldığı ve modeldeki katsayıların kararlı ve yapısal kırılma içermediği tespit edilmiştir (Şekil 2).



Şekil 2. CUSUM ve CUSUM-Q Kararlılık Testleri

ARDL modelinin uzun dönem katsayılarını içeren tablodaki değerler, bağımsız değişkenler ile bağımlı değişken arasındaki ilişkinin yönü hakkında çıkarım yapılmasına olanak sağlamaktadır (Sünbül, 2021). Daha açık bir ifadeyle; uzun dönem modelinde, katsayıların istatistiksel olarak anlamlı olması durumunda değişkenlerin bağımlı değişkene olan etkisinin şiddeti yorumlanabilmekte, katsayıların istatistiksel olarak anlamlı olmaması halinde ise değişkenler arasındaki ilişkinin yalnızca yönü yorumlanabilmektedir.

Uzun dönem koşullarında, patatesin hektar başına verimi ve patates fiyatındaki artışların, teorik beklentiyle uyumlu olarak, patates ekili alanı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte soğanın hektar başına verimi değişkeninin, uzun dönem koşullarında, %1 seviyesinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş ve soğanın hektar başına verimindeki %1'lik artışın, patates ekili alanına yaklaşık %1.13'lük olumsuz bir etkide bulunduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Uzun Dönem Katsayıları

| Bağımlı Değişken | LNPLAND | | | |
|------------------|------------|---------------|---------------|-----------------|
| Değişkenler | Katsayılar | Standart Hata | t-İstatistiği | Olasılık Değeri |
| LNPIYIELD | 0.5794 | 0.4743 | 1.2216 | 0.2354 |
| LNPP | 0.0264 | 0.0236 | 1.1198 | 0.2754 |
| LNOYIELD | -1.1312 | 0.3187 | -3.5484 | 0.0019* |
| C | 18.8475 | 3.9112 | 4.8187 | 0.0001* |

* %1 önem seviyesinde anlamlı.

Uzun dönem analizinden edilen sonuçlar, patatesteki yüksek verimin üretim kararı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğunu, soğan verimindeki artışın ise uzun dönem koşullarında patatese bir alternatif olarak, patates üretim kararını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir. Bu durum üreticilerin üretim kararında, yüksek verime sahip ve hızlı nakit kaynağına dönüşebilecek tarımsal ürünleri tercih etme eğilimini destekler niteliktedir.

Literatürde tarımsal ürünlerin fiyat ve üretim ilişkisini belirlemede, genellikle, gecikmesi dağıtılmış modellerin (ARDL hata düzeltme, Almon, Koyck) kullanıldığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada, analize dahil edilen değişkenler arasındaki kısa dönemli ilişkinin belirlenmesi amacıyla hata düzeltme modeli tahmin edilmiştir. Kalıntıların dönemlik gecikmesini ifade eden ECT(-1) katsayısının 0 ile -1 arasında bir değere sahip olması ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermesi beklenmektedir. Bu durum, patatesteki cobweb teoreminin sarmal bir biçimde dengeye gelme durumunun gerçekleştiğini göstermektedir (Gümüşsoy, 2021). Hata düzeltme katsayısı, teorik beklentiyle uyumlu olarak negatif (-0.53) ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar vermiştir. Buna göre kalıntıların dönemlik gecikmesini gösteren ECT(-1) katsayısı, kısa dönemde ortaya çıkan şokların yaklaşık (1/0.53) 1.8 yıl sonra uzun dönem denge seviyesine geleceğini ifade etmektedir. Kısa dönem katsayı sonuçları, cari dönem hektar başına patates verimi ve cari dönem patates fiyatının, cari dönem üretim kararı üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Bununla birlikte bir dönem önceki patates fiyatındaki %1'lik artışın, cari dönem patates üretim kararı üzerinde yaklaşık %0.10 oranında olumlu bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca kısa dönem koşullarında, soğanın hektar başına veriminin modelden dışlandığı görülmektedir (Tablo 7).

Tablo 7. Hata Düzeltme Modeli

| Bağımlı Değişken | LNPLAND | | | |
|----------------------|----------------------------------|---------------|-----------------------|-----------------|
| Değişkenler | Katsayılar | Standart Hata | t-İstatistiği | Olasılık Değeri |
| D(LNVPAT) | -0.091037 | 0.225975 | -0.402865 | 0.6911 |
| D(LNPPAT) | 0.011599 | 0.026096 | 0.444471 | 0.6612 |
| D(LNPPAT(-1)) | 0.103460 | 0.023310 | 4.438482 | 0.0002 |
| ECT(-1) | -0.533346 | 0.092832 | -5.745287 | 0.0000 |
| R² | Düzeltilmiş R² | | DW İstatistiği | |
| 0.7429 | 0.7121 | | 2.0787 | |

Araştırmadan elde edilen uzun dönem bulgularının, büyük ölçüde, teorik beklentiyle uyumlu sonuçlar verdiği belirlenmiştir. Uzun dönem üretim ve fiyat ilişkisinin incelendiği birçok araştırmada fiyatın uzun dönem üretim kararına olumlu bir etkide bulunduğu belirlenmiştir. Onwusiribe, Mbanasor ve Agwu (2018) Nijerya’da, patates fiyatındaki artışların patates ihracatını olumlu yönde etkilediğini, Gümüşsoy (2021) Türkiye’de kuru soğan fiyatlarındaki %1’lik artışın kuru soğan üretimini %0.8 oranında arttırdığını ve Kaplan ve Kızılaslan (2022) nohut fiyatlarında gerçekleşen %1 oranındaki yükselişin nohut üretim kararını %1.21 arttırdığını tespit etmişlerdir. Farklı tarımsal ürünlerin bir arada değerlendirildiği araştırmasında, Hurma ve Tüzün Rad (2021) patates ve soğan üretiminin karşılıklı bir nedensellik ilişkisi içerisinde olduğunu belirlemişlerdir. Bununla birlikte birim alan veriminin ele alındığı çalışmada, Dağdemir ve Birinci (1999) patates üretimini etkileyen en önemli unsurun verim (teknoloji) olduğu, Weersing vd. (2010) ise çeşitli tarımsal ürünlerin üretim kararı üzerinde fiyat ve alan veriminin önemli bir etkide bulunduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Uzun dönem analizine benzer biçimde, araştırmadaki hata düzeltme modelinden elde edilen sonuçların da teorik beklentiyle uyumlu olduğu görülmektedir. Nitekim Ezekiel (1938) 1921-1939 dönemi, ABD’deki patates üretim ve fiyat dalgalanmalarının dengeye yönelik gerçekleştiğini, Özçelik ve Özer (2006) 1973-2004 dönemi, Türkiye soğan piyasasında, üretimin geçmiş üç yılın fiyatlarından etkilenmekte olduğunu ve fiyat değişimlerinin üretim üzerindeki etkisinin yaklaşık 10 ay sonra gerçekleştiğini, Erdal ve Erdal (2008) 1975-2006 dönemini incelediği çalışmada, Türkiye’de soğan fiyatındaki artışların gecikmeli olarak üretimi arttırdığını ve bu etkinin yaklaşık 1.19 yıl sonra gerçekleştiğini, Doğan ve Onurlubaş (2016) 1994-2013 yıllarında, Türkiye’de domates üretiminin, cari dönem ve bir önceki dönem fiyatlarından olumlu yönde, iki dönem önceki fiyatlarından ise olumsuz yönde etkilendiğini, Özbay ve Çelik (2016) 1994-2013 dönemi, Türkiye karpuz piyasasında, cari dönem fiyatlarındaki artışın üretimi negatif yönde etkilediğini, sekiz döneme kadar gecikmeli fiyatlardaki artışın ise pozitif yönde etkilendiğini, Kadakoğlu ve Karlı (2021) 1990-2019 döneminde, Türkiye’de bir önceki dönem patates fiyat ve tüketim miktarının üretim kararı üzerinde olumlu, gübre fiyatlarının ise olumsuz bir etkisinin bulunduğunu, Gümüşsoy (2021) kuru soğan üretim ve fiyatının dengeye yönelik dalgalandığını ve soğan üretiminin bir dönem önceki soğan fiyatından etkilendiğini belirlemişlerdir.

Bununla birlikte bazı araştırmalarda üretim, fiyat ve piyasanın dengeye gelme durumuna ilişkin farklı sonuçlar da elde edilmiştir. Dağdemir (1998) 1975-1994 dönemi, Türkiye soğan piyasasını incelediği araştırmasında, piyasanın dengeden uzaklaşan bir dalgalanma sergilediğini tespit etmiştir. Balgalmış-Kunt (2009) Türkiye’de, 1980-2004 döneminde, patates ve soğan piyasasının dengeden uzaklaşan, patlıcan ve sarımsak piyasalarının ise dengeye yönelik dalgalandığını belirlemiştir. Kaya (2015) 1984-2013 yıllarını kapsayan çalışmada, Türkiye patates piyasasını incelemiştir. Araştırmadan elde ettiği Koyck Modeli sonuçları, cari ve bir önceki dönem patates fiyatlarının üretimi olumlu yönde etkilendiğini, Almon Modeli sonuçları ise teorik beklentiden farklı olarak, üretimin fiyatlardan olumsuz yönde etkilendiğini tespit etmiştir. Bu sonucun sebebi olarak iklim şartları, ikame ürün gibi farklı kurumsal nedenler gösterilmiştir.

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında, genel olarak, patates gibi tarımsal ürünlerde üretim ve ekili alanın, fiyatların gecikmeli değerlerinden olumlu yönde etkilendiği sonucuna ulaşılmıştır. Patates piyasasının dengeye gelme ve üretim dalgalanmalarının araştırıldığı çalışmalarda ise kullanılan yöntem, modele dahil edilen değişkenler ve zaman boyutu gibi faktörlerden dolayı birbirlerinden farklı sonuçların elde edildiği belirlenmiştir. Ancak yapılan literatür araştırmasına bağlı olarak, tarım ürünleri piyasasında, genellikle, miktar ve fiyat dalgalanmalarının dengeye yönelik olarak gerçekleştiği tespit edilmiştir.

Türkiye için yapılan bu araştırmada, patates fiyatının üretim kararı üzerinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Patates üretim kararı için oluşturulan analizde, literatürdeki diğer çalışmalardan farklı olarak, hektar başına verim de modele dahil edilmiştir. Patates ve soğan üretimindeki hektar başına verimin uzun dönem koşullarında üretim

kararı üzerinde bir etkisinin bulunduğu, kısa dönemde ise herhangi bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Bu sonuç, tarımda uygulanacak olan verim artırıcı politikaların, uzun dönem koşullarında, üretim istikrarı açısından önemini göstermektedir.

5. SONUÇ

Tarım piyasasında önemli bir yere sahip olan patatesin Türkiye'deki üretim kararını etkileyen faktörler ARDL sınır testi yaklaşımıyla analiz edilmiştir. Bu amaçla analizde, 1991-2021 dönemine ilişkin yıllık patates ekili alanı, yıllık ortalama patates fiyatı ve yıllık patates ve soğanın hektar başına verimi değişkenleri kullanılmıştır.

Uzun dönemde, patates fiyatı, patates ve soğanın hektar başına veriminin patates üretim kararı üzerinde bir etkisinin bulunduğu belirlenmiştir. Buna göre, patates fiyatı ve patatesin hektar başına verimindeki artışların patates üretim kararını olumlu yönde etkilediği, soğanın hektar başına verimindeki artışların ise olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Patates üretim kararını etkileyen faktörlerin kısa dönemli analizi için hata düzeltme modeli kurulmuştur. Hata düzeltme modeli teorik beklentiye uyumlu sonuçlar vermiş ve patates piyasasında oluşan aksaklıkların yaklaşık %53 oranında dengeye yönelme eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, piyasada oluşan kısa dönemli aksaklıkların herhangi bir zorlanma olmaksızın yaklaşık 1.8 (1/0.53) yıl sonra uzun dönem denge seviyesine ulaşabileceği belirlenmiştir. Bu durum patates piyasasında, cobweb teoreminde öngörülen dengeye yönelik dalgalanmanın varlığını destekler niteliktedir. Kısa dönem analizinde, yalnızca bir dönem önceki patates fiyatı değişkeninin istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar verdiği anlaşılmıştır. Patatesin bir dönem önceki fiyatındaki artışların cari dönem patates üretim kararına olumlu yönde bir etkide bulunduğu belirlenmiştir. Soğanın hektar başına verimi değişkeninin ise kısa dönemde hata düzeltme modelinden dışlanmış olduğu görülmektedir.

Türkiye'de patates, üretimde ve fiyatta dalgalanmaların en fazla yaşandığı tarımsal ürünlerden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır (TEPGE, 2022). Araştırmadan elde edilen kısa dönem hata düzeltme modeli sonuçları, patates arzının kısa dönem koşullarında değiştirilememesi nedeniyle üreticilerin üretim kararında bir dönem önceki fiyatları baz aldığını ve üretim ve fiyatların dalgalanma gösterdiğini kanıtlar niteliktedir. Patates piyasasındaki fiyatların, serbest piyasa koşullarında, ülke ve çevre ülkelerdeki üretim miktarı, ihracat gibi faktörlerden etkilendiği bilinmektedir (Kaya, 2015). Bu doğrultuda üretici bilgi kanallarının aktif ve düzgün olarak işlemesi ve etkin bir pazarlama ağının sağlanması, üretim ve fiyat dalgalanmalarını önlemede etkili olabilecektir. Ayrıca tarım ürünlerindeki fiyat dalgalanmaları, enflasyonun çift haneli olduğu zamanlarda daha belirgin bir biçimde hissedilmektedir (Özçelik ve Özer, 2006; Arısoy ve Bayramoğlu, 2017). Piyasayı düzenleyen kurumların üretim tahmini, üretim planlaması gibi uygulamalarının yanı sıra aktif bir denetim sistemi ile piyasa mekanizmasının işleyişini bozan faaliyetlerle mücadele etmesi, gıda enflasyonunun önlenmesinde ve böylece üretici ve tüketici refahının sağlanmasında etkili olabilecektir.

Araştırmadan elde edilen sonuçlar, patates ve soğanın hektar başına veriminin üretim kararını kısa dönem koşullarında etkilemediğini, ancak uzun dönem koşullarında etkilediğini göstermektedir. Buna göre, patates üretimine ilişkin teknik eğitim ve uygulanacak olan tarımda teknoloji faaliyetleri sayesinde üretimde etkinlik sağlanabilecektir. Bunun yanı sıra, tarımsal girdi desteği ve doğru girdi kullanımına yönelik faaliyetler, üretimde kalitenin sağlanmasına yardımcı olabilecektir. Bu sayede uzun dönem verim koşulları iyileştirilebilecek ve üretimde istikrara ulaşılabilecektir. Ayrıca patates piyasasının gıda sanayi ile desteklenmesi ve ihracatın işlenmiş ve katma değerli ürün olarak yapılması, ülkeye döviz girdisi kazandırmasının yanı sıra mevcut istihdama da katkıda bulunabilecektir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazar, çalışmanın tümüne tek başına katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

- Anwar, D., Shabbir, D., Shahid, M. H. ve Samreen, W. (2015). Determinants of Potato Prices and its Forecasting: A Case Study of Punjab, Pakistan. Punjab Economic Research Institute, Munich Personal RePEc Archive, (41193), <https://mpra.ub.uni-muenchen.de/66678/>.
- Arısoy, H. ve Bayramoğlu, Z. (2017). Determination of the Effect of Price Fluctuations on Producer Income—the Case of Potatoes. *Turkish Journal of Agriculture-Food Science and Technology*, 5(11), 1342-1349.
- Aruga, K., Islam, M. M. and Jannat, A. (2022). Effects of the State of Emergency During the COVID-19 Pandemic on Tokyo Vegetable Markets. *Sustainability*, 14(15), 1-16.
- Balgalmış-Kunt, H. (2009). Türkiye’de Tarımsal Ürün Piyasalarında Dönemsel Fiyat Dalgalanmaları: Cobweb Teoremi Üzerine Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Tokat.
- Bolotova, Y. V. (2017). Recent Price Developments in the United States Potato Industry. *American Journal of Potato Research*, 94(5), 567-571.
- Dağdemir, V. (1998). Türkiye Soğan Piyasasının Ekonomik Analizi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 12, 99-114.
- Dağdemir, V. ve Birinci, A. (1999). Türkiye’de Patates Pazarlaması ve Fiyat Dalgalanmalarının Üretim Üzerine Etkisi. II. Ulusal Patates Kongresi, 26 - 28 Haziran 1999, cilt.42, Erzurum, Türkiye, 42-53.
- Doğan, H. G. ve Onurlubaş, E. (2016). The Examination with the Aid of Almon Approach of Cobweb Theorem to Tomato Production in Turkey. *Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7(1), 259-272.
- Erdal, G. ve Erdal, H. (2008). Kuru Soğanda Üretim-Fiyat Etkileşimi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi, 25(1), 33-39.
- Eren, O. ve Gürbüz, A. O. (2020). Türkiye’nin Seçilmiş Ülkeler ile Olan Dış Ticaretinin Belirleyicileri ve Reel Döviz Kuru ile İlişkisi: Ekonometrik Bir Analiz. *Maliye ve Finans Yazıları*, (114), 295-326.
- Eştürk, Ö. ve Mert, N. (2022). Küresel İklim Değişikliğinin Ardahan İlinde Tahıl ve Yem Bitkileri Verimliliği Üzerine Etkilerinin ARDL Modeli ile Analizi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tarım ve Doğa Dergisi*, 25(Ek Sayı 2), 506-514.
- Ezekiel, M. (1938). The Cobweb Theorem. *The Quarterly Journal of Economics*, 52(2), 255-280.
- FAO (2022). Crops and Livestock Products. Food and Agriculture Organization of United Nations, Erişim adresi: <https://www.fao.org/faostat/en/#data/QCL>, (29.12.2022).
- Fatima, A., Abid, S. ve Naheed, S. (2015). Trends in Wholesale Prices of Onion and Potato in Major Markets of Pakistan: A Time Series Analysis. *Pakistan Journal of Agricultural Research*, 28(2), 152-158.
- Granger, C. W. J. ve Newbold, P. (1986). *Forecasting Economic Time Series*. 2nd Edition, Academic Press INC, San Diego, California.
- Gujarati, D. N. ve Porter, D. C. (2009). *Basic econometrics*. 5th Edition, McGraw-Hill, New York.
- Gülmez, A. (2015). Türkiye’de Dış Finansman Kaynakları Ekonomik Büyüme İlişkisi: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 11(2), 139-152.
- Gümüşsoy, F. G. (2021). Kuru Soğan Üretimi ve Fiyat İlişkisinin ARDL Sınır Testi ve Almon Modeli ile Tespit Edilmesi: Örumcek Ağı Teoremi. *Ekonomi Maliye İşletme Dergisi*, 4(1), 37-55.
- Hatırlı, S. A. (2016). *Mikro Ekonomi*, Dördüncü Baskı, Alter Yayınları, Ankara.
- Hurma, G. ve Tüzün-Rad, S. (2021). Türkiye’de Soğan ve Patateste Ekim Alanı-Fiyat Arasındaki Nedensellik İlişkisi: Hatemi- J Analizi. *Hukuk ve İktisat Araştırmaları Dergisi*, 13(1), 68-82.
- İzolloğlu, C. (2019). Zaman Serileri Birim Kök Testleri ve Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Malatya, Türkiye.
- Kadakoğlu, B. (2021). Afyonkarahisar İlinde Patates Üretiminin Teknik ve Ekonomik Etkinliğinin Analizi, Yüksek Lisans Tezi, Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Isparta, Türkiye.
- Kadakoğlu, B. ve Karlı, B. (2021). Türkiye’de Patates Üretimi, İhracatı ve Destekleme Politikalarının Değerlendirilmesi. *Ziraat Fakültesi Dergisi*, 16(1), 7-16.
- Kaplan, K. ve Kızılaslan, H. (2022). Türkiye’de Nohut Üretim Alanını Etkileyen Faktörlerin ARDL Modeli ile Analizi. *Tarım Ekonomisi Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 67-75.
- Kaya, M. (2015). Cobweb Teoreminin Farklı Modeller Bağlamında İncelenmesi: Patates Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aksaray, Türkiye.

- Kılavuz, E. ve Erdem, İ. (2019). Dünyada Tarım 4.0 Uygulamaları ve Türk Tarımının Dönüşümü. *Social Sciences*, 14(4), 133-157.
- Kılıçer, E. (2019) Patates Üreticiliği Yapan Çiftçilerin Üretim Maliyetlerine İlişkin Algılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Niğde İli Örneği. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(4), 3399-3415.
- Kocabıyık, T., Aksoy, E. ve Teker, T. (2020). Makroekonomik Değişkenlerin Park Mavera III Gayrimenkul Sertifikası Fiyatı Üzerine Etkisinin Toda-Yamamoto Analizi ile Keşfi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 8(21), 347-365.
- Lawal, A. I., Nwanji, T. I., Asaleye, A. ve Ahmed, V. (2016). Economic Growth, Financial Development and Trade Openness in Nigeria: An Application of the ARDL Bound Testing Approach. *Cogent Economics and Finance*, 4(1), 1-15.
- Mushtaq, R. (2011). Augmented Dickey Fuller Test. *Social Science Research Network (SSRN)*. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.1911068>.
- Muthoni, J., Shimelis, H. ve Melis, R. (2013). Potato Production in Kenya: Farming Systems and Production Constraints. *Journal of Agricultural Science*, 5(5), 182-197.
- Narayan, P. K. (2004). Fiji's Tourism Demand: The ARDL Approach to Cointegration. *Tourism Economics*, 10(2), 193-206.
- Narayan, P. K. (2005). The Saving and Investment Nexus for China: Evidence from Cointegration Tests. *Applied Economics*, 37(17), 1979-1990.
- Narayan, P. ve Smyth, R. (2005). Trade Liberalization and Economic Growth in Fiji. An Empirical Assessment Using the ARDL Approach. *Tourism Economics*, 10(2), 193-206.
- Onwusiribe, C. N., Mbanasor, J. A. ve Agwu, N. M. (2018). Long-Run and Short-Run Macroeconomic Determinants of Potato Export in Nigeria. *Nigeria Agricultural Journal*, 49(1), 117-124.
- Onwusiribe, N. C., Agwu, N. M. ve Mbanasor, J. A. (2018). Productivity Determinants of Potato in Nigeria: An Autoregressive Distributed Lag Model Approach. *Alanya Akademik Bakış*, 2(3), 259-274.
- Özbay, N. ve Çelik, Ş. (2016). Türkiye'de Karpuz Üretiminde Üretim-Fiyat İlişkisinin Almon Gecikme Modeli ile İncelenmesi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Doğa Bilimleri Dergisi*, 19(2), 141-146.
- Özcan, B. (2017). ARDL Model Bounds Test Approach: The Case of Turkey, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, Ankara, Türkiye.
- Özçelik, A. ve Özer, O. O. (2006). Koyck Modeliyle Türkiye'de Buğday Üretimi ve Fiyatı İlişkisinin Analizi. *Journal of Agricultural Sciences*, 12(4), 333-339.
- Öztürk, E. ve Polat, T. (2017). Tohumluk Patates Yetiştiriciliği ve Önemi. *Alinteri Journal of Agriculture Science*, 32(1), 99-104.
- Pata, U. K., Yurtkuran, S. ve Kalça, A. (2016). Türkiye'de Enerji Tüketimi ve Ekonomik Büyüme: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı, Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 38(2), 255-271.
- Pesaran, M. H., Shin, Y. ve Smith, R. J. (2001). Bounds Testing Approaches to the Analysis of Level Relationships. *Journal of Applied Econometrics*, 16(3), 289-326.
- Phillips, P. C. ve Perron, P. (1988). Testing for a Unit Root in Time Series Regression. *Biometrika*, 75(2), 335-346.
- Rajathinam, A. ve Subha, S. S. (2021). The Interaction Between Area and Production of Food Grain Crops in India: An Empirical Evidence from ARDL Bounds Test Cointegration. *Research Square*, 1-17. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-640183/v1>.
- Sabur, S. A., Miah, M. M., Begum, M. E. A., Rahman, M. S. ve Molla, M. U. (2021). Demand, Supply and Reasons for Price Hike of Potato in Bangladesh. *The Bangladesh Journal of Agricultural Economics*, 42(1), 93-108.
- Sünbül, E. (2021). Dış ticaret Hacmi ve Döviz Kuru İlişkisinin ARDL Sınır Testi ile Analizi (Türkiye Örneği). *Journal of Banking and Financial Research*, 8(1), 1-16.
- T.C. Tarım ve Orman Bakanlığı (2019). Patates Bülteni, Ürün Masalları, Bitkisel Üretim Genel Müdürlüğü, Tarım Havzaları Genel Başkanlığı.
- TEPGE (2022). Ürün Raporu Patates. Tarımsal Ekonomi ve Politika Geliştirme Enstitüsü, Yayın No: 356, ISBN: 978-625-8451-47-4.
- TÜİK (2013). İstatistiki Göstergeler 1923-2013. Türkiye İstatistik Kurumu Matbaası, Ankara.
- TÜİK (2022). Tarım İstatistikleri. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=tarim-111>, (29.12.2022).

- Vigila, V., Shivakumar, K. M., Rohini, A. ve Sivakami, B. (2021). An economic Analysis of Cointegration for Potato Market in Tamil Nadu, India. In C. C. Kio (Eds.), Insights into Economics and Management Vol 7. Book Publisher International.
- Weersink, A., Cabas, J. H. ve Olale, E. (2010). Acreage Response to Weather, Yield, and Price. Canadian Journal of Agricultural Economics/Revue Canadienne D'agroeconomie, 58(1), 57-72.
- Yılmaz, H., Demircan, V. ve Erel, G. (2006). Bazı Önemli Patates Üreticisi İllerde Patates Üretim Maliyeti ve Gelirinin Karşılaştırılmalı Olarak İncelenmesi. Süleyman Demirel Üniversitesi Ziraat Fakültesi Dergisi, 1(1): 22-32.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIK İLETİŞİMİ SORUNLARININ TEDAVİ SÜRECİNE ETKİSİ*

THE EFFECT OF HEALTH COMMUNICATION PROBLEMS ON THE TREATMENT PROCESS

Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU¹

Gizem ÖZARGUN²

ÖZ

Sağlık iletişimi; sağlık hizmetlerinin sunum ve tüketim süreçlerinde, kitle iletişim araçları yardımıyla sağlıkla ilgili mesajların iletilmesinde ve hasta hekim arası ilişkilerde kullanılan bir kavramdır. Hedefi ise bireysel veya halk sağlığı sonuçlarını savunma ve iyileştirmedir. Bu hedefe yönelik bakıldığında tedavi sürecinde de etkili olacağı düşünülmüştür ve sağlık iletişiminde yaşanan sorunların tedavi süreçlerine etkisinin incelenmesi çalışmanın amacı olmuştur. Çalışmamızda veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Anket içeriğinde Sağlık İletişimi Sorunları ölçeğinden de yararlanılmıştır. Çalışmaya Türkiye genelinde 394 kişi katılım sağlamıştır. Verilerin analizinde SPSS programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzdelik) elde edilmiştir. Çalışmanın Cronbach Alpha katsayısı 0,845 olarak bulunmuştur. Tedaviden vazgeçme değişkeni incelenmesinde; etkili iletişim (T=6,914 P<0,05), sosyal iletişim (T=4,264 P<0,05), iletişim engelleri (T=5,738 P<0,05) alt boyutlarında ve dolayısıyla ölçeğin genel ortalamasında (T=7,398 P<0,05) yüksek derecede anlamlı farklılıklar görülmüştür. Tedaviye devam edilen kurum değişkeninde; etkili iletişim (T=-5,749 P<0,05), sosyal iletişim (T=-2,059 P<0,05), iletişim engelleri (T=-5,125 P<0,05) alt boyutlarında ve dolayısıyla ölçeğin genel ortalamasında (T=-5,819 P<0,05) anlamlı farklılıklar görülmüştür. Analizlerimiz sonucunda sağlık iletişimi sorunlarının tedavi sürecini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık İletişimi, Tedavi, Sağlık İletişimi Sorunları, Hekim-Hasta, İletişim.

JEL Sınıflandırma Kodları: I10, I12, I19.

ABSTRACT

Health communication; It is a concept used in the presentation and consumption processes of health services, in the transmission of health-related messages with the help of mass media, and in the relations between the patient and the physician. Its goal is to advocate for and improve individual or public health outcomes. Considering this goal, it was thought that it would be effective in the treatment process as well, and examining the effects of the problems experienced in health communication on the treatment processes was the aim of the study. In our study, a questionnaire was used as a data collection tool. The Health Communication Problems scale was also used in the survey content. 394 people participated in the study across Türkiye. In the analysis of the data, descriptive statistics (frequency, percentage) were obtained by using the SPSS program. The Cronbach Alpha coefficient of the study was found to be 0.845. In the examination of the treatment abandonment variable; Effective Communication (T=6.914 P<0.05), social communication (T=4.264 P<0.05), communication barriers (T=5.738 P<0.05) sub-dimensions and therefore the general average of the scale (T=7.398 P) <0.05) highly significant differences were observed. In the institution variable where treatment is continued; Effective Communication (T=-5.749 P<0.05), social communication (T=-2.059 P<0.05), communication barriers (T=-5.125 P<0.05) sub-dimensions and therefore the general average of the scale (T = -5.819 P<0.05) significant differences were observed. As a result of our analyzes, it was observed that health communication problems negatively affected the treatment process.

Keywords: Health Communication, Treatment, Health Communication Problems, Physician-Patient, Communication.

JEL Classification Codes: I10, I12, I19.

* Bu çalışma 13 Ekim 2022 tarihinde 5. Uluslararası 15. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde özet bildiri olarak sunulan ve tam metni bildiriler kitabında yayınlanmayan "Sağlık İletişimi Sorunlarının Tedavi Sürecine Etkisi" başlıklı bildiri hazırlanmıştır.

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aliarslanoglu18@gmail.com

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, gizemozargunn@gmail.com

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Health institutions are among the areas where communication is most intense. For this reason, it is possible to experience difficulties in communication. Problems caused by difficulties in communication affect factors such as patient satisfaction and service quality. This relationship between health and communication has brought the concept of "Health Communication" to the literature. Health communication: It is a concept used in the presentation and consumption processes of health services, in the transmission of health-related messages with the help of mass media, and in the relations between the patient and the physician. Although there are various definitions, mostly as a similar approach in all of them; appears to target the process of advocating and improving individual or public health outcomes. Based on this target, it was thought that health communication would also be effective in the treatment process. Thus, the aim of the study; An in-depth study was conducted on the effect of health communication problems on the treatment process.

Design/methodology/approach:

In our study using cross-sectional and descriptive research method, questionnaire was preferred as data collection method. The questionnaire was sent to the volunteers online. Our participants are adults living in different provinces of Turkey. Sekaran's table was used to calculate the sample size. According to the table, the population size representing 1,000,000 and above represents the sample size, representing the number 384 and above. 394 people participated in our study. In the questionnaire form, There are four socio-demographic questions (age, gender, marital status, educational status), Health Communication Problems Scale consisting of thirteen items in order to evaluate whether health communication is problematic, and seven questions determined by the researchers by scanning the literature about the treatment process. The scale used has a structure of 3 factors and 13 items. The sub-dimensions included are named as Effective Communication, Social Communication and Communication Barriers. In the 5-point Likert-type scale, the measurement tool is graded as 1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = undecided, 4 = agree, and 5 = strongly agree. Item 5 is in reverse coding. Necessary permission was obtained via e-mail regarding the use of the scale. The criteria for the pandemic process were not included in the questions, and the participants were asked to make a general assessment. The survey was collected between 9 June and 30 July. In the analysis of the data, descriptive statistics (frequency, percentage) were obtained by using the SPSS program.

Findings:

First, the reliability and validity values of our study were calculated. The Cronbach alpha coefficient was found to be 0.845, and the data were found to be reliable. When the socio-demographic characteristics and the scale data we used were compared, significant relationships were found. It has been observed that individuals aged "31-35 years old" and "aged 36 and over" have more health communication problems than those aged "20 and under". In the social communication sub-dimension of the scale used, it was determined that women had more problems than men. It is another finding of our study that married people have more health communication problems than singles. According to the educational status variable, it was observed that there were significant relations between undergraduate and graduate education, and it was concluded that people with graduate education level had more problems. In the comparison of the questions about the treatment process and the scale used; It has been observed that people who have communication problems prefer different institutions or their willingness to give up treatment has increased. As a result, it has been proven that health communication problems negatively affect treatment processes, and it has been scientifically proven that communicative problems in the field of health have a significant impact on treatment processes.

Conclusion and Discussion:

It is an important public problem that the treatment process is affected by the problems experienced in health communication. From the service rendered with the thought of regaining one's health; Getting bad results with communicative reasons puts both individual and social health at risk. Because it is such a sensitive issue, it is necessary to take various precautions. First, people who will serve in the field of health must receive training on health communication. In addition to receiving this training in their education life, they should also be given a place in some parts of their working life by the institution. Of course, the problems experienced in health communication are not one-sided. The public also needs to be made aware of this. News in a language that will create a negative perception against healthcare professionals should not be included in the media. Relevant public service announcements should be created. Despite everything, it should not be forgotten that health communication problems may still be experienced, and a short form should be prepared for individuals to evaluate at the exit of the treatment and placed in some parts of the institution, such as the entrance and exit. Necessary actions should be taken by daily monitoring of the relevant forms, and feedback should be provided to those who have communication problems. The importance of health communication problems should not be underestimated.

1. GİRİŞ

İnsan sosyal bir varlıktır. Çevre ile etkileşim halinde olmaya her daim ihtiyacı vardır. İletişimle ilgili yapılan birçok çalışmada iletişimin sosyal etkileşim için önemli olduğu görülmüştür. Türk Dil Kurumu (TDK) iletişimi; akla gelebilecek tüm yollar ile duygu, düşünce ya da bilgilerin aktarılması olarak tanımlamaktadır (TDK, 2019). Sağlık alanı da şüphesiz iletişimin en yoğun olduğu alanlardandır. Buna yönelik Castello; sağlık ve hastalık konularında gerçekleşen iletişimin insan için en yaşamsal deneyimini olduğunu, bunun haricinde başka hiçbir olgunun sağlık ve hastalık kadar önemli olmadığını, insanın tüm bu tecrübelerinin doğrudan bedeni, toplumu ve ruhu etkilediğinden bahsederek sağlıktaki iletişimin önemine vurgu yapmıştır (Uzuner, 2020). Bu bağlamda öneminin fark edilmesi ve artması ile 'Sağlık İletişimi' akademik çalışmalara konu olan bir alan halini almıştır.

Sağlık iletişimi; sağlık hizmetlerinin sunum ve tüketim süreçlerinde, kitle iletişim araçları yardımıyla sağlıkla ilgili mesajların iletilmesinde bunların beraberinde hasta hekim arası ilişkilerde gibi geniş bir kullanım alanına sahiptir (Koçak ve Bulduklu, 2010). Sağlık iletişiminin çeşitli tanımları olsa da çoğunlukla hepsinde benzer bir yaklaşım vardır. Sağlık iletişimi, bireysel veya halk sağlığı sonuçlarını savunma ve iyileştirme sürecini hedeflemektedir (Schiavo, 2007). Bu hedefe yönelik bakıldığında tedavi sürecinde de etkili olacağı aşikârdır. Kapsamlı araştırmalar da hekim ne kadar bilgili olursa olsun, hastayla iyi iletişim kanalları açamıyorsa hastaya hiçbir faydası olamayacağı sonucunu göstermiştir (Asnani, 2009). Diğer yandan hastanın sağlık çalışanlarıyla kurduğu iletişimin iyi olmasının tedaviye daha istekli olmasına ve memnuniyetinin artmasına neden olduğu belirtilmiştir (Başol, 2018). Keating ve arkadaşlarının çalışmasında ise özellikle sağlık bilgilerinin iletilmesiyle ilgili sorunların doktor değiştirilmesiyle ilişkili olduğu yani tedavi sürecine etki ettiği görülmüştür (Keating vd., 2002).

Tüm bu bilgiler sağlık iletişimi ve tedavi sürecinin ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu sebeple çalışmamızın amacı, sağlık iletişimi sorunlarının tedavi sürecine etkisini incelemek olmuştur. Öncelikle konu ile ilgili literatür incelenmiş olup devamında nicel araştırma yöntemi ile elde ettiğimiz verilerimize yer verilmiştir. Ardından analizler yapılmış olup elde edilen bulgular ve varılan sonuçlara değinilmiştir. Son olarak ise soruna yönelik geliştirilebilecek önerilerden bahsedilmiştir.

2. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

2.1. Sağlık İletişimi

Sağlık iletişimi, sağlık ile alakalı olan bilgileri paylaşabilmek için alternatifleri olan çok disiplinli bir kavramdır. Sağlık çıktılarının iyiye gitmesini sağlayacak davranış, politikalar ya da uygulamaların sürdürülmesi amacını taşıyan bu alan hem halk sağlığında hem de kar gütmeyen ticari sektörlerde zamanla gelişmiş ve oldukça öne çıkmıştır. Bu sebeple birçok farklı kuruluş ve yazar, zamanla sağlık iletişimini tanımlamış ya da tanımını yenilemiştir. Sağlık iletişimi multidisipliner bir alan olması sebebi ile de tanımlarda farklılıklar görülebilmektedir. Sağlık iletişimini Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) "sağlığı iyileştiren bireysel ve topluluk kararlarını bilgilendirmek ve etkilemek için iletişim stratejilerinin incelenmesi ve kullanılması" olarak tanımlamaktadır. Sağlıklı İnsanlar 2010'da ise "bireysel, kurumsal ve sağlık hizmetlerinin paydaşlarına önemli sağlık sorunları hakkında bilgilendirme, etkileme ve motive etme sanatı ve tekniği" olarak bu kavrama yer verilmiştir (Schiavo, 2007). Rogers ise kısaca "içeriği sağlık olan her türlü insan iletişimi" olarak tanımlamıştır (Rogers, 1994).

Sağlık iletişiminin içeriği kullanılan ülkenin sağlık politikasına göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin Avustralya ve Amerika "insan etkileşiminin sağlıktaki rolü ve sağlık hizmetleri ile ilgilenen aktif araştırma alanı" olarak bir tanımlama yaparken İngiltere ise hasta ile doktor arası iletişim olarak ifade etmektedir (Uçan, Çalım ve Yıldırım, 2015).

Sağlık iletişiminin, bazı kaynaklara göre, temeli 19. yüzyıllarda atılmış olduğu belirtilse de sağlık politikalarında 20. yüzyılın sonlarına doğru yer edinebilmiştir (Uçan vd., 2015). 1970 yıllarında International Communication Association (ICA) tarafından sağlık iletişimi konusuna yönelik üniversitelerde gerçekleştirilen konferans ve çalışmalar, ardından yayınlanan kitap ve makaleler, sağlık iletişiminin disiplinler arası bir konu haline gelmesini sağlamıştır. 1985'te ise Speech Communication Association (SCA) sağlık iletişim komisyonu kurarak bir ilki gerçekleştirmiştir (Başol, 2018). Sağlık iletişiminin önemi gösteren bir bölüm ilk kez Amerika Birleşik Devletleri'nin (ABD) Sağlıklı İnsanlar 2010 hedeflerinde yer almıştır (Rimal ve Lapinski, 2009). Bu bölümde; sağlık iletişiminin, hastalıkları önleme ve sağlığı geliştirme konusunda katkıda bulunabileceğinden bahsedilmektedir. Ayrıca sağlık iletişimi sağlık profesyoneli-hasta ilişkisi, kişilerin sağlık sorunlarına maruz

kalması, sağlık bilgilerinin kullanılabilmesi, bireylerin klinik tavsiyelere uyumu, halk sağlığına yönelik mesaj ve kampanyaların oluşturulabilmesi, bireysel ve toplumsal risk bilgilerinin yayılması, kültürdeki sağlık imajı, bireylerin sağlık hizmetlerine erişim konusunda eğitimleri ve telesağlık uygulamaları gibi birçok alanla ilgili bir alan olarak görülmektedir (Ishikawa ve Kiuchi, 2010).

Sağlık iletişimi, kişilerin sağlıkla ilgili doğru bilgilere ihtiyaç duydukları zaman yardımcı olan, bununla birlikte bireylerin sağlıklı olması için yapmaları gereken davranış ve tutumların kazandırılmasını sağlayan bir bilimsel teknik ve sanattır (Uçan vd., 2015). Sağlık iletişiminin en yaygın olan özellikleri ise hedeflenen toplulukları motive etmek, birey ve toplumları etki altına almak, bilgi alışverişi sağlamak, davranışları değiştirmek ve değerleri paylaşmaktır (Schiavo, 2007).

Birey ve toplum sağlığını iyileştirmeye odaklanmış olan sağlık iletişimi, kişilerarası ya da kitle iletişim faaliyetlerinden meydana gelmektedir. Sağlık iletişimi sağlık çıktıları üzerinde önemli bir etki yaratması muhtemeldir. Özellikle de sağlık sorunlarını eksiksiz anlayabilme ve yapılması gerekenleri doğru uygulayabilme açısından büyük bir öneme sahiptir (Ishikawa ve Kiuchi, 2010). Bu gibi sebeplerle son yıllarda sağlığın teşvik edilmesi ve geliştirilmesi konusunda iletişimin güçlü rolü görülerek sağlık iletişimi canlı ve önemli bir çalışma alanı olarak ilerleme sağlamıştır (Kreps, Bonaguro, ve Query, 1998).

2.2. Sağlık İletişimi Boyutları

Sağlık iletişimi 3 boyut altında incelenmektedir. Bu boyutlar, hasta-hekim iletişimi, grup iletişimi ve kitle iletişimi olarak sıralanmaktadır.

2.2.1. Hekim Hasta İletişimi

Hekim ve hastanın yüz yüze, aracısız bir şekilde ve karşılıklı olarak etkileşimi söz konusudur. Amacı davranışsal değişim sağlanmasıdır. Etkili iletişim unsurlarından dinleme ve açık şekilde anlama şekli ile güvenli bir iletişim meydana gelecektir (Yılmaz ve Şireci, 2020). Hekimin rahatsızlıkla ilgili detaylı açıklamaları hastasına yapması, sağlık hizmeti alınması esnasında hastanın hekim yönlendirmelerini dinlemesi, bu paylaşım sırasında tedavi sürecinin yönlendirilmesi ve bu ilişki bağlamında taraflar arası güven ağının meydana gelmesi, sağlık iletişiminin hekim-hasta iletişimi boyutu ile ilişkilidir (Koçak ve Bulduklu, 2010).

2.2.2. Grup İletişimi

Genellikle ortak bir amacı olan gruplara yönelik iletişim boyutudur. Gruptaki bireyler birbirleri ile bilgi alışverişlerinde bulunarak yaşam şartlarını değiştirebilir veya iyileştirebilmektedir. Kanser, diyabet gibi hastalıkları olan bireylerin oluşturmuş oldukları hasta grupları bu iletişimin boyutunun sağlandığı gruplara örnektir (Koçak ve Bulduklu, 2010). Belli amaçlar etrafında toplanan bu gruplar farkındalık yaratmada, yardım ve dayanışma konularında oldukça etkilidir. Özellikle de ortak karar alma gibi durumlarda grup iletişimi ve grubun özellikleri bir hayli önemlidir (Tabak, 2003). Grupların verdikleri mesajlar ile toplumundaki sağlık bilincinin artmasına da yardım etmektedir. Grubun dinamik yapıları göz önüne alınarak doğru bir sistem ile oluşturulan etkileşim ağı, kişilerin de kendilerini daha kolayca ifade edebildikleri bir ortam sağlayacaktır (Yılmaz ve Şireci, 2020).

2.2.3. Kitle İletişimi

Teknolojinin hızla gelişmesiyle sağlık iletişimlerinde de kitle iletişim araçları yer almaya başlamıştır. Kabul gören sağlık davranışlarını kitle iletişim araçları tek başına değiştiremeyebilir ancak kişilerarası iletişime göre etkisi çok daha büyüktür ve sağlık iletişiminin en önemli boyutlarından biri haline gelmiştir. Sağlıkla ilgili bir problemin kamuoyunda yer edinmesi, yapılması istenen sağlık davranışlarının geniş kitlelere bildirilmesi kitle iletişim araçları ile gerçekleştirilecek kampanyalar sayesinde mümkündür. Özellikle toplumsal olarak tehdit olan bir sağlık riski ile ilgili tasarlanmış olan kampanyalarda, yapılması istenen sağlık davranışlarının ortaya çıkmasında kitle iletişim araçlarının fazlasıyla etkili olduğu yapılan çalışmalarla ortaya çıkmıştır (Koçak ve Bulduklu, 2010). Televizyon ve internet kanallarında sağlık bilgilerinin paylaşımı, oradan bilgi edinme amacı ile bireyin kendisinin çaba sarf etmesi buna örnektir. Kitle iletişimi bu yönü ile oldukça bilgilendirici olması ve kamuoyunu etkisi altına almasıyla fazlasıyla önemlidir (Yılmaz ve Şireci, 2020).

2.3. Sağlık İletişimi Sorunları

Etkili bir iletişimin en önemli görüldüğü alanlardan biri sağlıktır. Sektör aktörlerinin iyi bir iletişim ağı içerisinde olması, sağlık hizmetlerinin alt dalları ile tümüne etkisi olacaktır. Hastaların tavsiyelere uyum göstermesi, sürece katılımı, sorulan sorulara çekinmeyerek dürüst cevaplar iletmesi sorunsuz iletişimin temellerindedir. Aynı zamanda doktorların da empati yaparak hareket etmesi, etkin şekilde hastasını dinlemesi, hastalarına gerektiği kadar zaman ayırabilmesi hekim-hasta arasındaki sağlık iletişimini güçlendirecektir (Işık, 2021). Sözü edilen iletişim taraflarında, sağlık sorunları ile mücadele eden bir hasta profili ve hastalıkla uğraşması gereken hekim vardır. Bu sebeple taraflar arası sağlık iletişimi sanıldığı kadar kolay olmamaktadır. Sağlık iletişiminde bazen sağlık personellerinden kaynaklanan bazen ise hasta ve yakınlarından kaynaklanan sorunlar meydana gelebilmektedir (Başol, 2018). Hastaların kendilerini anlatmakta çekinmeleri veya zorlanmaları, tıbbi terimleri anlayamamaları, hastalıkları sebebi ile gergin hissetmeleri, tedavi süreçlerinin karmaşık gelmesi gibi hasta kaynaklı sorunlar olabilmektedir. Sağlık kurumlarındaki yönlendirici tabelaların yetersizliği, sağlıkçıların yoğunluk yaşamaması, hekimlerin yoğunluk sebebi ile hastaya ayırdığı sürenin azalması, kurumun karmaşık ve kalabalıklığı, tıbbi terminolojinin fazla kullanılması, hastalara yeterli bilgilendirmelerin sağlanmaması gibi sağlık sistemi ve sağlık personellerinden kaynaklanan sorunlar da yaşanabilmektedir (Yeşildal, Dömbekci, ve Öztürk, 2021). Bunların yanı sıra Yılmaz (2012), bazı hastaların hekimleri kutsallaştırdıklarına değinmektedir. Bu durumun da sağlık iletişimi bağlamında sosyal statülerinin öne çıkmasıyla iletişimi olumsuz yönde etkileyebildiğinden bahsedilmiştir. Yapılan farklı araştırmalarda hastaların sosyal statülerinin de sağlık iletişiminde etkili olduğu görülmüştür. Cirhinlioğlu (2001) yaptığı çalışmada doktorların işçi sınıfından olan hastalara, orta sınıftaki hastalara nazaran daha az zamanlarını ayırdıkları belirlemiştir. Araştırmalarda en büyük sorun olarak hastaların hekimlerine tutarsız bilgiler vermesinden bahsedilmektedir. Bir diğer sorun ise hekiminden rahatsızlığınız yok olarak cevap alan hastalarda doktorun ilgisiz olduğu yargısı oluşmasıdır. Hastaların sanal ortamlardan yalan yanlış öğrendiği sağlık bilgileri veya kulaktan dolma bilgileri de sağlık iletişiminde sorun yaratmaktadır (Işık, 2021). Ayrıca sağlıklı bir iletişimde hasta kendini rahatça anlatabilmeli, hekimi rahatça anlayabilmelidir. Ancak sağlık, bilgi asimetrisinin yoğun yaşandığı bir sektördür. Bu sebeple sağlık iletişiminde sorunların meydana gelmesi kaçınılmazdır.

Sorunların önlenmesi, sağlıklı bir sağlık iletişimi ortamının yaşanabilmesi için ise hekim-hasta ilişkisinin arkadaşça olması önerilmektedir (Işık, 2021). Farklı bir öneri ise hekimlerin eğitim hayatlarında iletişim konularına yer vermektir. Bu eğitimlerle sözel iletişim becerileri (soru sorma, dinleme vb.) ve sözel olmayan iletişim becerileri (duruş, göz teması vb.) kazandırma amaçlanmalıdır. Böylece; hastanın endişe ve duygularını yorumlayabilme, sessizlik süreçlerine dayanabilme, hastaya açıklamalar ve geri bildirimlerde bulunma gibi hastayı merkeze alan ilişki biçimini uygulamak daha kolay olacaktır ve bu da sağlık iletişim sürecini olumlu yönde etkileyecektir (Oğuz, 1995).

2.4. Hastanedeki Tedavi Deneyimi

Tedavi kavramını TDK (2019) “Çeşitli yöntemlerle hastalığı iyi etme, iyileştirme, sağaltım, sağaltma, terapi” olarak tanımlamaktadır. Kimyasal (ilaç vb.), psikolojik (psikanaliz vb.), cerrahi (ameliyat vb.), fiziksel (radyoterapi vb.) ve diğer alternatif tedavi (kaplıca vb.) yöntemleri gibi birçok şekilde tedavi yöntemi mevcuttur. Tedaviyi alacak kişinin bireysel özelliklerinden ve tıbbi geçmişinden, tedavinin gerçekleştirileceği ortamın özelliklerinden ya da tedaviyi veren kişiden kaynaklı olarak, her bir tedavi farklı sonuçlara yol açabilmektedir. Tedavinin etkilendiği önemli bir faktör ise hasta hekim ilişkisidir.

Sağlıklı bir toplum ve ortamın oluşturulması doktor-hasta ilişkisinin niteliği ile doğrudan bağlantılıdır. Tedavinin uygulanışı veya gerekli bilgilendirmelerin hastalara yapılması başarılı bir doktor olmak için yeterli değildir. Hastalara olan yaklaşımları, onlara ayırdıkları zaman, hastalara karşı olan vücut dilleri gibi birçok iletişimsel faktör başarıyı etkilemektedir. Bu durumda doktorlar hastaya şifanın yanında psikolojik destek de sağlamış olacaktır. Nitekim gerçekleştirilen bir çalışmada doktorları ile olan iletişimlerinden memnun olan hastaların, sürekli aynı doktoru tercih ettikleri, iletişiminden rahatsız oldukları zaman ise tedavi süreçlerinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Yağbasan ve Çakar, 2006). Sağlık hizmeti alımı boyunca hasta ve yakınları ile gerçekleştirilen iletişiminin iyi olması tedavi sürecini oldukça kolaylaştırmaktadır (Solmaz ve Duğan, 2018). Sağlık iletişiminin kaliteli olması aynı zamanda tıbbi başarıyı da büyük oranda etkilemektedir (Bulduklu, 2010). Bu sebeple tedavinin amacına ulaşmasında, hekimin tedavi sırasında hastasına sergileyeceği davranış ve iletişim tekniklerini öğrenmesi büyük önem taşımaktadır (Oğuz, 1995). Öyle ki hasta ve hekim arasındaki iletişimin iyileştirilmesi; tıbbi

uygulamalardaki hataların azalması ve beraberinde toplum sağlığının korunması açısından son derece önem arz etmektedir (Işık, 2021).

3. ARAŞTIRMA

3.1. Amaç

Sağlık kurumları iletişimin yoğun olarak yaşandığı alanlardan olduğundan beraberinde iletişimde zorluklar yaşanması muhtemeldir. Yaşanan sorunların hastanın memnuniyetinden hizmetin kalitesine kadar etkilerinin olduğu görülmektedir. Özellikle de hastalığı ile mücadele etmekte olan hastaların iletişim sorunları nedeniyle tedavi sürecinde yaşayacağı olumsuzluklar iyileşmelerini etkileyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle çalışmanın amacı sağlık iletişimi sorunlarının tedavi sürecine etkisi üzerine derinlemesine inceleme yapmaktır.

3.2. Gereç ve Yöntemler

Kesitsel ve tanımlayıcı bir araştırma yöntemi ile yapılan çalışmamızda veri, gönüllü bireylere, online anket yöntemiyle toplanmıştır. Çalışmanın evreni Türkiye olarak belirlenmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplamada Sekaran'ın tablosundan yararlanılmıştır. Tabloya göre 1,000,000 rakamı ve üzerini temsil eden evren büyüklüğünü 384 rakamı ve üzerini ifade eden örneklem büyüklüğü temsil etmektedir. Anket formunda; dört adet sosyo-demografik soru (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu), sağlık iletişiminin sorunlu olup olmadığının değerlendirmesinin yapılabilmesi için on üç maddeden oluşan Sağlık İletişimi Sorunları ölçeği soruları ve tedavi süreci ile ilgili araştırmacılar tarafından literatür taranarak belirlenen yedi soru bulunmaktadır. Yeşildal vd. (2021) tarafından oluşturulan ölçek 3 faktör ve 13 maddeli bir yapıdadır. Yer alan alt boyutlar Etkili İletişim, Sosyal İletişim ve İletişim Engelleri olarak adlandırılmıştır. Ölçme, 5'li Likert tipinde (1= kesinlikle katılmıyorum, 2 = katılmıyorum, 3 = kararsızım, 4 = katılıyorum ve 5 = kesinlikle katılıyorum) gerçekleştirilmiştir. 5 maddesi ters kodlama şeklindedir. E-posta yolu ile ölçek kullanımına ilişkin izin alınmıştır. Verilerin analizinde SPSS programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzdeler) elde edilmiştir. Eksik ya da yanlış doldurulan anketler veriler arasından çıkarılmıştır.

3.3. Araştırmanın Etik Durumu

Bu çalışma için, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulundan 9046 sayılı ve 13.05.2022 tarihli etik kurul onayı alınmıştır.

4. BULGULAR

Analiz sonrasında elde edilen bulgular aşağıda sıralanmıştır.

4.1. Güvenilirlik

Çalışmamızın güvenilirlik ve geçerlilik test edilmiş ve Cronbach alpha katsayısı 0,845 olarak bulunmuştur.

4.2. Frekans Dağılımı

Elde ettiğimiz verilerin yüzdesel dağılımlarını değerlendirebilmek için frekans analizleri gerçekleştirilmiştir.

Tablo 1. Bireysel Durum Değişkenleri

| | | Frekans (n) | Yüzde (%) |
|--------------------|-----------------|-------------|-----------|
| Cinsiyet | Kadın | 238 | 60,4 |
| | Erkek | 156 | 39,6 |
| Yaş | 20 yaş ve altı | 34 | 8,6 |
| | 21-25 yaş arası | 183 | 46,4 |
| | 26-30 yaş arası | 70 | 17,8 |
| | 31-35 yaş arası | 39 | 9,9 |
| | 36 yaş ve üzeri | 68 | 17,3 |
| Medeni Durum | Evli | 94 | 23,9 |
| | Bekar | 300 | 76,1 |
| Öğrenim Durumu | Lise ve altı | 29 | 7,4 |
| | Önlisans | 29 | 7,4 |
| | Lisans | 212 | 53,8 |
| | Lisansüstü | 124 | 31,5 |
| Tedaviden vazgeçme | Evet | 84 | 21,3 |
| | Hayır | 310 | 78,7 |

| | | | |
|---|-------------------------|-----|------|
| Tedaviden vazgeçme nedeni | Güven kaybı | 47 | 56,0 |
| | Kaba davranışlar | 6 | 7,1 |
| | Tedaviden korku | 7 | 8,3 |
| | Diğer | 24 | 28,6 |
| Kurum tercihi | Aynı | 216 | 69,7 |
| | Farklı | 94 | 30,3 |
| Personel değiştirme talep etme | Evet | 20 | 9,3 |
| | Hayır | 196 | 90,7 |
| Tedaviden görülen yarar | Kesinlikle katılmıyorum | 1 | 0,5 |
| | Katılmıyorum | 4 | 1,9 |
| | Kararsızım | 37 | 17,1 |
| | Katılıyorum | 151 | 69,9 |
| Tedavide söylenenleri eksiksiz gerçekleştirme | Kesinlikle katılıyorum | 23 | 10,6 |
| | Kesinlikle katılmıyorum | 1 | 0,5 |
| | Katılmıyorum | 12 | 5,6 |
| | Kararsızım | 28 | 13,0 |
| Tedavi sürecinde kuruma/doktora düşünce değişikliği | Katılıyorum | 138 | 63,9 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 37 | 17,1 |
| | Kesinlikle katılmıyorum | 7 | 3,2 |
| | Katılmıyorum | 89 | 41,2 |
| | Kararsızım | 68 | 31,5 |
| | Katılıyorum | 45 | 20,8 |
| | Kesinlikle katılıyorum | 7 | 3,2 |

Araştırmamıza katılan katılımcıların yüzde 60,4'ü kadındır. Yüzde 46,4'ü 21-25 yaş arası bireylerden oluşmaktadır. Yüzde 76,1'inin medeni durumu bekar'dır. Yüzde 53,8'lik bölümü lisans düzeyinde öğrenim durumuna sahiptir. Yüzde 78,7 oranında kişi ise tedaviden vazgeçmemeyi tercih ettikleri görülmüştür. Tedaviden vazgeçen 84 kişi, vazgeçme nedenini yüzde 56 oranında güven kaybı olduğunu belirtmiştir. Tedaviden vazgeçmeyen 310 kişinin yüzde 69,7'sinin tedavi sürecinde tercih ettiği kurumun, şikâyeti için gittiği ilk kurum olduğu görülmüştür. Bu kişiler arasından yüzde 90,7'si sağlık personeli değişikliği talep etmediğini söylemiştir. Yüzde 69,9'u tedavi sonucu yarar görme konusunda ve yüzde 63,9'u tedavide söylenenleri eksiksiz gerçekleştirme konusuna katıldıklarını belirtmişlerdir. Tedavi sürecinde kuruma/doktora karşı düşünce değişikliği hakkında ise katılımcıların yüzde 41,2'si katılmadıklarını belirtmişlerdir (Tablo 1).

4.3. Farklılıklara Ait Bulgular

Tablo 2. Alt Boyut Ortalamalarının Bireysel Durum Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

| Tanımlayıcı Özellikler | | Alt Boyutlar | | | |
|---------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| | | ETKİLİ İLETİŞİM | SOSYAL İLETİŞİM | İLETİŞİM ENGELLERİ | SİS Toplam |
| | | X ± SS / Mean Rank | X ± SS / Mean Rank | X ± SS / Mean Rank | X ± SS / Mean Rank |
| Yaş Grubu | 20 yaş ve altı | 2,387±0,65 | 2,657±0,69 | 2,838±0,78 | 2,588±0,55 |
| | 21-25 yaş arası | 2,586±0,64 | 2,510±0,90 | 3,018±0,68 | 2,701±0,56 |
| | 26-30 yaş arası | 2,669±0,82 | 2,448±0,95 | 3,0±0,86 | 2,719±0,77 |
| | 31-35 yaş arası | 2,825±0,70 | 2,573±0,86 | 3,256±0,69 | 2,899±0,56 |
| | 36 yaş ve üzeri | 2,647±0,70 | 2,524±0,83 | 3,283±0,77 | 2,894±0,58 |
| <i>Test ve Anlamlılık</i> | | F=3,245 P=0,012* | F=0,369 P=0,831 | F=3,269 P=0,012* | F=2,506 P=0,042* |
| Cinsiyet | Kadın | 2,618±0,69 | 2,605±0,87 | 3,046±0,76 | 2,747±0,62 |
| | Erkek | 2,691±0,71 | 2,391±0,71 | 2,391±0,86 | 2,748±0,60 |
| <i>Test ve Anlamlılık</i> | | T=-1,008 P=0,314 | T=2,393 P=0,017* | T=-0,710 P=0,478 | T=-0,017 P=0,986 |
| Medeni durumu | Evli | 2,849±0,69 | 2,528±0,81 | 3,237±0,79 | 2,894±0,60 |
| | Bekar | 2,584±0,70 | 2,518±0,89 | 3,015±0,73 | 2,701±0,61 |
| | <i>Test ve Anlamlılık</i> | | T=3,237 P=0,001* | T=0,102 P=0,918 | T=2,525 P=0,012* |
| Eğitim durumu | Lise ve altı | 193,33 | 186,05 | 182,83 | 186,86 |
| | Ön lisans | 176,60 | 174,57 | 172,60 | 167,66 |
| | Lisans | 189,31 | 193,13 | 187,79 | 187,87 |
| | Lisansüstü | 217,36 | 213,02 | 223,36 | 223,44 |

| <i>Test ve Anlamlılık</i> | | Chi-Square:5,920 P=0,116 | Chi-Square:4,166 P=0,244 | Chi-Square:9,907 P=0,019* | Chi-Square:10,213 P=0,017* |
|---------------------------------------|--------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| Tedaviden vazgeçme | Evet | 3,091±0,68 | 2,837±0,94 | 3,467±0,75 | 3,157±0,59 |
| | Hayır | 2,527±0,66 | 2,425±0,83 | 2,960±0,71 | 2,636±0,57 |
| <i>Test ve Anlamlılık</i> | | T=6,914 P=0,000* | T=4,264 P=0,000* | T=5,738 P=0,000* | T=7,398 P=0,000* |
| Kurum tercihi | Aynı | 2,392±0,62 | 2,361±0,78 | 2,829±0,69 | 2,519±0,53 |
| | Farklı | 2,837±0,65 | 2,571±0,91 | 3,261±0,66 | 2,906±0,55 |
| <i>Test ve Anlamlılık</i> | | T=-5,749 P=0,000* | T=-2,059 P=0,040* | T=-5,125 P=0,000* | T=-5,819 P=0,000* |
| Personel değiştirme talep etme | Evet | 2,425±0,45 | 2,400±0,86 | 3,237±0,70 | 2,669±0,48 |
| | Hayır | 2,389±0,63 | 2,357±0,78 | 2,787±0,68 | 2,504±0,54 |
| <i>Test ve Anlamlılık</i> | | T=0,251 P=0,802 | T=0,232 P=0,816 | T=2,824 P=0,005* | T=1,320 P=0,188 |

*p<0,05 , F=Tek Yönlü Varyans Analizi, T= Bağımsız Gruplarda T Testi, Chi-Square=Kruskal Wallis, SIS=Sağlık İletişimi Sorunları Ölçeği

Araştırmaya katılanların sağlık iletişimi sorunları ölçeğinden ve alt boyutları olan etkili iletişim, sosyal iletişim, iletişim engelleri boyutlarından aldığı puan ortalamaları açısından farklılık testleri yapılmıştır. İki gruplu değişken için T testi, üç ve daha fazla gruplu değişkenler için ANOVA testi yapılmıştır (Tablo 2).

Yaş değişkeni için farklılıkları belirlemek amacıyla ANOVA testleri yapılmıştır. ANOVA test sonuçlarına göre; yaş ile etkili iletişim (F=3,245 P=0,012) ile sağlık iletişimi engelleri alt boyutlarında (F=3,269 P=0,012) ve sağlık iletişimi sorunları genel ölçekte (F=2,506 P=0,042) anlamlı farklar bulunmuştur. Sosyal iletişim alt boyutunda ise anlamlı farklılık bulunamamıştır. Hangi gruplar arasında fark olduğunu belirlemek için POST HOC testi uygulanmıştır. Etkili iletişim ve iletişim engelleri alt boyutlarının sonuçlarına göre “36 yaş ve üzeri” olanların, “20 yaş ve altı” olanlara karşı daha çok sağlık iletişimi sorunu yaşadığı görülmüştür. Ölçek ortalamasına göre ise “31-35 yaş arası” ve “36 yaş ve üzeri” olan bireylerin, “20 yaş ve altı” olanlara karşı daha çok sağlık iletişimi sorunu yaşadığı görülmüştür.

Cinsiyet değişkeninde farklılık belirlemek için T testi uygulanmıştır. Sosyal iletişim alt boyutunda (T=2,393 P=0,017) kadınların erkeklerden daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür. Etkili iletişim alt boyutu, iletişim engelleri alt boyutu ve ölçeğin genel ortalamasında anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Medeni durum değişkeninin farklılık testi olarak da T testi kullanılmıştır. Sosyal iletişim alt boyutunda anlamlı bir fark bulunamamıştır. Etkili iletişim (T=3,237 P=0,001) ve iletişim engelleri (T=2,525 P=0,012) alt boyutlarında evlilerin bekârlara göre daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür. Ölçeğin genel ortalamasına göre de (T=2,703 P=0,007) evlilerin bekârlardan daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür.

Eğitim değişkeni için ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Ölçeğin iletişim engelleri alt boyutunda lisans ve lisansüstü arası anlamlı fark saptanmış, lisansüstü öğrenim durumuna sahip olanların lisans mezunlarına göre daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür (P=0,019). Ölçeğin genel ortalaması ise ön lisans ve lisans ile lisansüstü arası anlamlı farklılıklar olduğu görülmüş, lisansüstü öğrenim düzeyine sahip kişilerin daha fazla sorun yaşadığı sonucuna varılmıştır (P=0,017).

Tedaviden vazgeçme değişkeni incelenmesinde de T testinden yararlanılmıştır. Etkili İletişim (T=6,914 P=0,000), sosyal iletişim (T=4,264 P=0,000), iletişim engelleri (T=5,738 P=0,000) alt boyutlarında ve dolayısıyla ölçeğin genel ortalamasında (T=7,398 P=0,000) yüksek derecede anlamlı farklılıklar görülmüştür. Sağlık iletişimi sorunu yaşayanların çoğunlukla tedaviden vazgeçtikleri görülmüştür.

Tedaviye devam edilen kurum değişkeninde T testi kullanılmış olup, etkili iletişim (T=-5,749 P=0,000), sosyal iletişim (T=-2,059 P=0,040), iletişim engelleri (T=-5,125 P=0,000) alt boyutlarında ve dolayısıyla ölçeğin genel ortalamasında (T=-5,819 P=0,000) anlamlı farklılıklar görülmüştür. İletişim sorunları yaşayanların farklı kurum tercih ettikleri saptanmıştır.

Tedavi sürecinde mevcutta hizmet aldığı sağlık personelinin değiştirilmesi talebi de T testi ile farklılığını incelediğimiz değişkenlerden biridir. Burada ise sadece iletişim engelleri alt boyutunda anlamlı bir fark bulunmuş, sorun yaşayanların daha çok personel değiştirme talebi olduğu görülmüştür (T=2,824 P=0,005).

4.4. Regresyon Analizleri

Değişkenler arasındaki etki için lojistik regresyon analizi yapılmış ve sonuçlar değerlendirilmiştir.

Tablo 3. Sağlık İletişimi Sorunlarının Tedaviden Vazgeçme Üzerine Etkisi Analizi

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | %95 güven aralığı | |
|----------------------------|--------|------|---------|----|------|---------|-------------------|------|
| | | | | | | | Alt | Üst |
| Sabit | 5,691 | ,717 | 62,927 | 1 | ,000 | 296,077 | | |
| Sağlık İletişimi Sorunları | -1,517 | ,235 | 41,7986 | 1 | ,000 | ,219 | ,139 | ,347 |

N= 394, R=-,350, R²= 0,122, Ki-Kare=49,549, p<0,001

Yapılan analiz sonucuna göre sağlık iletişimi sorunları ile tedaviden vazgeçme arasında negatif yönlü, düşük seviyede ve anlamlı ilişki bulunmuştur (R=-,350, R²= 0,122, p<0,001). Bu sonuca göre sağlık iletişim sorunları toplam varyansın yüzde 12'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve WALT değerleri incelendiğinde sağlık iletişimi sorunlarının tedaviden vazgeçmeyi etkilediği söylenebilir (w=41,7986, p<,001). Kurulan regresyon modeli ise anlamlı olarak bulunmuştur (Kİ-Kare=49,549, p<0,001). Ayrıca yapılan Hosmer and Lemeshow Testi sonucuna göre beklenen değerler ile gözlemlenen değerler arasındaki fark anlamlı değildir. Bu da modelin anlamlı olduğunu göstermektedir (Ki-Kare: 8,324, p>0,05). Sağlık iletişim sorunları arttıkça tedaviden vazgeçme istediği artmaktadır (Tablo 3).

Tablo 4. Sağlık İletişimi Sorunlarının Kurum Tercih Üzerine Etkisi Analizi

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | %95 güven aralığı | |
|----------------------------|--------|------|--------|----|------|--------|-------------------|-------|
| | | | | | | | Alt | Üst |
| Sabit | -4,363 | ,697 | 39,223 | 1 | ,000 | ,013 | | |
| Sağlık İletişimi Sorunları | 1,304 | ,247 | 27,783 | 1 | ,000 | 3,683 | 2,268 | 5,981 |

N= 310, R=,315, R²=,099, Ki-Kare=31,662, p<0,001

Sağlık iletişimi sorunları ölçeğimiz ile kurum tercihi arasında da anlamlı fark olduğu görülmüştür (R=,315, R²=,099, p<0,001). Standardize edilmiş beta katsayısı ve WALT değerlerine de bakıldığında sağlık iletişimi sorunlarının kurum tercihi üzerinde etki sağladığı görülmektedir (w=27,783, p<0,001). Kurulan model verileri de anlamlı olduğunun göstergesidir (Ki-Kare=31,662, p<,001). Hosmer and Lemeshow Testi ile gözlemlenen ve beklenen değerler arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır. Ulaşılan bu sonuç modelin anlamlı olduğunun bir başka göstergesidir (Ki-Kare: 5,530, p>0,05). Tüm bu analizlerin sonucunda sağlık iletişimi sorunlarının artmasıyla, kişilerin farklı kurumda tedaviye devam etme isteğinin doğru orantılı bir şekilde arttığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Sağlık İletişimi Sorunlarının Hizmet Alınan Personeli Değiştirme Talebi Üzerine Etkisi Analizi

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | %95 güven aralığı | |
|----------------------------|-------|-------|--------|----|------|--------|-------------------|-------|
| | | | | | | | Alt | Üst |
| Sabit | 3,756 | 1,174 | 10,242 | 1 | ,001 | 42,769 | | |
| Sağlık İletişimi Sorunları | -,570 | ,434 | 1,728 | 1 | ,189 | ,566 | ,242 | 1,323 |

N= 216, R=-,090, R²= 0,0081, Ki-Kare=1,719, p>0,05

Sağlık iletişimi sorunları ölçeğimizin genel ortalaması ile personel değiştirme arasında diğer değişkenlerimizin aksine anlamlı bir fark bulunamamıştır (R=-,090, R²= 0,0081, p>0,05). Standardize edilmiş beta katsayısı ve WALT değerleri fark bulunamadığını göstermektedir (w= 1,728, p>0,05). Kurulan modele göre de sonuçlar fark olmadığını işaret etmektedir (Ki-Kare=1,719, p>0,05). Ayrıca yapılan Hosmer and Lemeshow Testi ile sonuç doğrulanmıştır (Ki-Kare=10,833, p>0,05). Bu sebeple sağlık iletişimi sorunlarının artmasıyla personel değiştirme talebinin olması arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (Tablo 5).

5. SONUÇ VE TARTIŞMA

Sağlık iletişimi sorunlarının artmasının tedavi sürecine olumsuz etki edeceği konusunda varsayımlarımız ile gerçekleştirdiğimiz çalışmamızda sonuçlar hipotezimizi doğrular niteliktedir. Literatürde birçok çalışma elde etmiş olduğumuz bu sonuçları destekler nitelikte olup; etkili hekim-hasta iletişiminin tedavi uyumunu geliştirdiğini ve klinik sonuçları olumlu yönde etkilediğini bulmuşlardır (Stewart, 1995; Street, Makoul, Arora ve Epstein, 2009; Zolnierek ve Dimatteo, 2009).

Çalışmamız iletişim sorunlarının bazı değişkenler ile arasındaki farklılıkları da göz önüne sermiştir. Katılımcılardan ileri yaşta kişilerin daha fazla sağlık iletişimi sorunları yaşadığı görülmüştür. İnsanların yaşı

ilerledikçe daha fazla ilgi alaka bekleme, daha fazla değerlendirme kıstası olması bunun sebeplerinden olabileceği düşünülmektedir. Bir başka açıdan bakacak olursak gençlerinde iletişim kurmayı çok tercih etmemeleri, işlerini halledip bir an önce gitmek istemeleri onların daha az sağlık iletişimi sorunları yaşadığının göstergesi olabilmektedir.

Medeni durum da fark yaratan farklı bir değişkendir. Evliler kendi sosyal hayatlarında bazı sorumlulukların vermiş olduğu stres kaynaklı olsa gerek tahammülleri daha az olabilmektedir. Yorgun ve stresli olan sağlık çalışanları ile böyle bir hasta modelinin iletişime geçmesi, iletişimde yüksek olasılıkla sorunlar yaşanmasına neden olacaktır. Nitekim çalışmamız da bu sonuca ulaşmıştır.

Sağlık okur-yazarlığı sağlık çalışanları ve hastalar arasındaki iletişimin daha anlaşılır ve olumlu olmasına neden olmaktadır. Eğitim düzeyi düşük olan bireylerde ise sağlık okuryazarlığının da düşük olduğu görülmektedir (Yalçın Balçık, Taşkaya ve Şahin, 2014). Ancak çalışmamızda katılımcıların eğitim düzeyi arttıkça sorunların arttığı görülmüştür. Bunun nedeni olarak ise eğitim düzeyinin yükselmesi ile bilinçli olma arasında pozitif bir ilişki olabileceğinden; daha bilinçli, sağlık okuryazarlığı gelişmiş, etkili iletişime karşı daha bilgili ve ne olması gerektiğini bilen bireylerin iletişim konusunda daha fazla titiz davranabilmesidir. Bu durum ise iletişim sorunlarını daha fazla yaşamalarına sebep olabilmektedir.

Çalışmamızın bir diğer bulgusu olarak, sağlık iletişimi sorunu yaşayanların tedavi olmaktan tamamen (farklı kurumda da devam etmeme) vazgeçtiği görülmüştür. Nitekim Stewart ve arkadaşlarının çalışmasında (2000) da sağlık iletişimi sorunu yaşayan hastaların tedaviye devamlılığında azalma ve daha kötü sağlık sonuçları yaşayabileceği belirtilmiştir. İletişimin tedavi sürecinde ne denli önemli olduğu oldukça göze çarpmaktadır. Çalışmamızın devamında bireylere tedaviden vazgeçme nedeni sorulduğunda ise çoğunlukla “güven kaybı” cevabı alınmıştır. Sağlık iletişim sorunlarının artması bireylerde kuruma/sağlık çalışanına karşı güven kaybı yaratmaktadır bu da tedaviden vazgeçmelerine sebebiyet vermektedir. Ayrıca tedaviden tamamen vazgeçmelerindeki bir diğer sebep, ülkemiz sağlık sisteminde randevulara yaşanan doluluk sorunu olduğu düşünülmektedir. İletişim sorunu yaşayan birey, farklı bir hekime ya da kuruma tekrar randevu almak ile uğraşmak istemediğinden tedavisinden vazgeçerek sağlığını riske atmayı tercih ettiği tahmin edilmektedir.

Güven eksikliği tedaviden tamamen vazgeçmeye etki ettiği gibi bir başka değişkenimiz olan tedaviye devam etse bile tedavi sonrası uyarıları (ilaç kullanımı, dikkat edilmesi gerekenleri, kontrole gelme vb.) eksiksiz gerçekleştirme konusunda olumsuz yönde etki etmektedir. Svarstad, Chewing, Sleath ve Claesson (1999) da çalışmalarında iletişim sorunu yaşayan hastaların daha düşük düzeyde ilaçlara uyum ve devamlılık olduğunu belirtmişlerdir. İletişim sorunları yaşayanlar, karşı tarafa güvenmediğinde kendisine söylenenleri eksiksiz bir şekilde yerine getirmeyi, onun dediğini yapmak istemez ve bu da farklı kaynaklara daha fazla itibar etmesine yol açabilecektir.

Sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin alt boyutlarından olan iletişim engelleri ile hizmet alınan personeli değiştirme arasında anlamlı fark görülmüştür. İletişim engellerinin hissedildiği zamanlarda personel değiştirme talebinin olduğu görülmektedir. Hasta, iletişim kuramadığı sağlık çalışanına kendini rahatça ifade edemeyecek, onun dediklerine odaklanamayacak, geriyecek veya belki de utanacaktır. Bu sebeple ilk tercihi iletişim kurabildiği personellerden hizmet almaktır. Gülcemal ve Keklik de çalışmalarında (2016) hekimler ile güven ortamı yakalayamayan hastaların hekim değiştirmeye yönelik adım atabildiğini iletmişlerdir. Ancak çalışmamızda sağlık iletişimi sorunları ölçeğinin diğer alt boyutlarında ve ölçeğin ortalamasında, sağlık iletişimi sorunları ile sağlık hizmetini gerçekleştiren personeli değiştirme konusunda anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bunun sebebi olarak ise hekimlerin sayısının yetersizliği olduğu düşünülmektedir. Bireyin rahatsızlığına yönelik o alanda tek bir doktor var ise istese bile değiştirmeyi talep edememektedir. Güncel haberler arasında da yer alan bu sorun özellikle kamu hastanelerinde hızla yayılmaktadır. Yeterli değeri göremediklerini düşünen sağlık çalışanları kamudan ayrılmakta hatta farklı ülkelere göç etmektedir. Sağlık hizmeti gereksinimi olan bireylerde bu problemden oldukça etkilenmektedir. Konuyla ilgili ilerleyen süreçte gerekli düzenlemelerin yapılması beklenmektedir.

Tahmin edildiği gibi sağlık iletişimi sorunları yaşadıkça tedaviden alınan yararın da azaldığı görülmüştür. Bunun sebebi olarak tedavinin sadece tıbben olmadığı, aynı zamanda psikolojik olarak bireyin buna inanması, hekimine güvenmesiyle de ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır.

Son olarak sağlık iletişimi sorunları yaşayanların tedavi sonrasında da düşüncesinin değişmediği görülmüştür. Buradan yaptığımız çıkarım ise başta bir sorun yaşandığı zaman tedaviye devam edilse hatta iyileşme gerçekleşse de kuruma ya da sağlık çalışanına karşı başta olumsuz algı oluşması sebebi ile bu algının aynı kaldığı

görülmektedir. Baştaki iletişim eksikliğiyle kırılan güvenin tekrar yerine gelemediği sonucuna varılmıştır. Literatürde yer alan sonuçların da çalışmamızla benzerlik gösterdiği görülmektedir. Altı farklı ülkede hastaların deneyimlerinin incelendiği çalışmada araştırmacılar, iletişim sorunları yaşayan hastaların tedavi sonrasında sağlık hizmetlerinden daha az memnun olduğunu ve daha olumsuz algılanan sağlık durumuna sahip olduklarını tespit etmişlerdir (Schoen vd., 2005). Levinson ve arkadaşlarının çalışmasında (1997) ise hekimleri ile iletişim sorunları yaşayan hastaların, tedavi sonrasında hekimlerine karşı daha fazla tıbbi hata iddiasında bulduklarını görmüştür.

6. ÖNERİLER

Sağlık iletişimi sorunlarının tedavi sürecine etki edeceği düşüncesi çok fazla karşımıza çıkmaktadır. Çalışmamızda bu düşünce bilimsel yöntemler ile doğrulanmıştır. Tedavi sürecinin sağlık iletişiminde yaşanan sorunlardan oldukça etkilendiği görülmüştür. Bu önemli bir halk sorunudur. Sağlığına kavuşma düşüncesiyle alınan bir hizmetten iletişimsel sebepler ile kötü sonuçlarla dönmek, ya da sağlık profesyonellerine karşı olumsuz bir algı oluşturarak sona erdirmek hem bireysel hem de beraberinde toplumsal sağlığını risk altına sokmaktadır. Bu denli hassas olduğu görülen bu konuda çeşitli önlemlerin alınması şarttır.

Öncelik olarak mutlaka sağlık alanında hizmet verecek kişilerin sağlık iletişimine yönelik eğitimler alması gereklidir. Bu eğitimi, öğrenim hayatlarında almalarının yanı sıra çalışma hayatlarında hizmet içi eğitimlerle sürekli hale getirilmelidir. Tabi ki sağlık iletişiminde yaşanan sorunlar tek taraflı değildir. Halkın da bu konuda bilinçlendirilmesi gerekmektedir. Sağlık iletişimi hakkında kamu spotları oluşturulmalıdır. Ayrıca sağlık çalışanlarına karşı olumsuz algı yaratacak dilde haberlere medyada yer verilmemelidir. Her şeye rağmen yine de sağlık iletişimi sorunlarının yaşanabileceği ihtimali unutulmamalı, tedavi çıkışında bireylerin değerlendirme yapmaları adına kısa bir form hazırlanarak kurumun giriş-çıkış gibi bazı yerlerine konumlandırılmalıdır. İlgili formların günlük takibi yapılarak gerekli aksiyonlar alınmalı, iletişim sorunu yaşayan kişilere geri dönüş sağlanmalı ve sağlık iletişimi sorunlarının önemi atlanmamalıdır.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

- Asnani, M. P. (2009). Patient-Physician Communication. *West Indian Med*, 58(4), 357-361.
- Başol, E. (2018). Hasta ile Sağlık Çalışanları (Doktor ve Hemşire) Arasındaki İletişim Sorunları ve Çözüm Önerileri. *International Anatolia Academic Online Journal*, 4(1), 76-93.
- Bulduklı, Y. (2010). Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programları ve İzleyici Üzerine Ampirik Bir Çalışma. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 75-85.
- Cirhinlioğlu, Z. (2001). Sağlık Sosyolojisi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Gülcemal, E., ve Keklik, B. (2016). Hastaların Hekimlere Duydukları Güveni Etkileyen Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Araştırma: Isparta İli Örneği. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(14), 64-87.
- Ishikawa, H., ve Kiuchi, T. (2010). Health Literacy and Health Communication. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(18), 1-5.
- Işık, T. (2021). Sağlık İletişimi Bağlamında Hekim Hasta, Hasta-Hekim İletişimi İnceleme Çalışması: Özel Bir Hastane Analizi. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* (26), 720-753.
- Keating, N. L., Green, D. C., Kao, A. C., Gazmararian, J. A., Wu, V. Y., ve Cleary, P. D. (2002). How are patients' specific ambulatory care experiences related to trust, satisfaction, and considering changing physicians? *Journal of General Internal Medicine*, 17(1), 29-39.
- Koçak, A., ve Bulduklı, Y. (2010). Sağlık İletişimi: Yaşlıların Televizyonda Yayınlanan Sağlık Programlarını İzleme Motivasyonları. *Selçuk İletişim*, 6(3), 5-17.
- Kreps, G. L., Bonaguro, E. W., ve Query, J. L. (1998). The History And Development Of The Field Of Health Communication. B. K. Duffy, ve L. D. Jackson içinde, *Health Communication Research: A Guide to Developments and Directions* (s. 1-15). Greenwood.

- Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM. Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*. 1997 Feb 19;277(7):553-9. doi: 10.1001/jama.277.7.553. PMID: 9032162.
- Oğuz, N. Y. (1995). Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 3(2), 59-65.
- Rimal, R. N., ve Lapinski, M. K. (2009). Why health communication is important in public health. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 247.
- Rogers, E. M. (1994). The Field of Health Communication Today. *American Behavioral Scientist*, 38(2), 208–214.
- Schiavo, R. (2007). *Health Communication: From Theory to Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Zapert K, Peugh J, Davis K. Taking the pulse of health care systems: experiences of patients with health problems in six countries. *Health Aff (Millwood)*. 2005 Jul-Dec;Suppl Web Exclusives:W5-509-25. doi: 10.1377/hlthaff.w5.509. PMID: 16269444.
- Solmaz, B., ve Duğan, Ö. (2018). Sağlık Çalışanı ile Hasta ve Yakınları Arasında Yaşanan Şiddetin Nedenlerinden" İletişim" Üzerine Bir İnceleme. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2), 185-206.
- Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract*. 2000 Sep;49(9):796-804. PMID: 11032203.
- Stewart MA. Effective physician-patient communication and health outcomes: a review. *CMAJ*. 1995 May 1;152(9):1423-33. PMID: 7728691; PMCID: PMC1337906.
- Street RL Jr, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Educ Couns*. 2009 Mar;74(3):295-301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015. Epub 2009 Jan 15. PMID: 19150199.
- Svarstad BL, Chewning BA, Sleath BL, Claesson C. The Brief Medication Questionnaire: a tool for screening patient adherence and barriers to adherence. *Patient Educ Couns*. 1999 Jun;37(2):113-24. doi: 10.1016/s0738-3991(98)00107-4. PMID: 14528539.
- Tabak, R. S. (2003). *Sağlık İletişimi* (2. b.). İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- TDK. (2019). *Türk Dil Kurumu Sözlükleri*. Mayıs 27, 2022 tarihinde Türk Dil Kurumu Sözlükleri Web sitesi: <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı
- Uçan, G., Çalım, S. İ., ve Yıldırım, Ş. (2015). Sosyal Hizmet Uzmanlarının Sağlık İletişimi Alanındaki Rol ve Fonksiyonları. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 2(4), 91-100.
- Uzuner, N. (2020, Ekim 17). *Bezelye Dergi*. Mayıs 20, 2022 tarihinde <https://www.bezelyedergi.net> adresinden alındı
- Yağbasan, M., ve Çakar, F. (2006). Doktor-Hasta İlişkisinde Dile ve Davranışa Dayalı İletişimsel Sorunları Belirlemeye Yönelik Bir Alan Araştırması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* (15), 609-629.
- Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Prev Med Bull* 2014;13(4):321-326. doi: 10.5455/pmb1-1402386162
- Yeşildal, M., Dömbekci, H. A., ve Öztürk, Y. E. (2021). Sağlık İletişimi Sorunları: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 108-119.
- Yılmaz, E. (2012). *Doktorumun Hastasıyım.com* (1. b.). İstanbul: Giza Yayınları.
- Yılmaz, M. B., ve Şireci, M. (2020). Malatya'da Yer Alan Aile Hekimliği Merkezlerinde Sağlık İletişimi Uygulamalarına Yönelik Bir Çalışma. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30(1), 357-371.
- Zolnier KB, Dimatteo MR. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Med Care*. 2009 Aug;47(8):826-34. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc. PMID: 19584762; PMCID: PMC2728700.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜ: BİR EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÖRNEĞİ

PATIENT SAFETY CULTURE: THE CASE OF AN EDUCATION AND RESEARCH HOSPITAL

Dr. Öğr. Üyesi Arzu BULUT¹

Doç. Dr. Halil ŞENGÜL²

Züleyha ÇELİK³

ÖZ

Bu çalışmanın amacı bir eğitim araştırma hastanesi sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü olumlu algı düzeylerini incelemektir. Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı türde bir araştırmadır. Araştırma İstanbul ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan yaşları 19 ile 63 yaş arasında değişen 326 sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Hastanedeki güvenlik kültürü, Sağlık Araştırma ve Kalite Ajansı (AHRQ) tarafından geliştirilen ve Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi Türkçe versiyonu kullanılarak değerlendirilmiştir. Çalışma grubunun seçiminde olasılığa dayalı olmayan kolayda örnekleme yöntemi seçilmiştir. Araştırma öncesinde gerekli örnekleme büyüklüğü G*Power (3.1.9.7) programı kullanılarak incelenmiştir. Güç analizinde %95 güven (1- α), 0,05 (α) anlamlılık düzeyinde, %95 test gücü (1- β) ve $d=0.56$ (orta etki) etki büyüklüğü, çift kuyruklu iki bağımsız ortalamalar arasındaki fark t testi (iki grup) analizine göre en küçük örnek sayısı 104 olarak belirlenmiştir. Eksik veri veya düzensiz yanıt beklentisine dayanarak 326 katılımcıdan veri toplanmıştır. Tüm istatistiksel analizler için Windows için IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24 sürümü paket programı kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $\alpha=0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Hasta güvenliği kültürüne ilişkin olumlu algı için genel ortalama puan $50,62 \pm 13,3$ (%95 güven aralığı: 50,62-52,07). 12 boyut arasında tek güçlü yön olarak tanımlayan olumlu yanıt yüzdesinin en yüksek olduğu boyut, hastane ünite içi ekip çalışmasıdır. Zayıf yönler olarak tanımlanan boyutlar ise sırası ile personel sağlama, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hataların raporlanma sıklığı, iletişimin açık tutulması, hastane müdahaleleri ve değişim ile hatalar hakkında geribildirim ve iletişimidir. Birçok sağlık çalışanı, kurumlarındaki hasta güvenliği kültürüne yönelik olumsuz algılara sahiptir. Hastane yöneticilerinin, hasta güvenliğine en yüksek önceliğin verilmesi ve önleyici yaklaşımların teşvik edilmesi yoluyla karşılıklı güvene dayalı, açık iletişimi esas alan pozitif bir güvenlik kültürü yaratmaları gerekir.

Anahtar Kelimeler: Güvenlik Kültürü, Hasta Güvenliği, Hasta Güvenliği Kültürü, Olay Raporlama, Sağlık Profesyonelleri.

JEL Sınıflandırma Kodları: I19, J28.

ABSTRACT

This study aims to examine the positive perception levels of patient safety culture among the healthcare workers of a training and research hospital. This study is research in cross-sectional and descriptive design. The study was conducted with 326 healthcare workers aged 19 to 63 years at a training and research hospital in İstanbul. Safety culture in the hospital was assessed using the Turkish version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture developed by the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Convenience sampling method was used to select the study group. Before the research, the required sample size was examined using G*Power (3.1.9.7) program. According to the power analysis (95% confidence (1- α), 0.05 (α) significance level, 95% test power (1- β) and effect size=0.56, two-tailed), the smallest sample size was determined as 104. Based on the expectation of missing data or irregular response, data were collected from 326 participants. IBM's SPSS version 24 package program for Windows was used for all statistical analyses. The results were evaluated at 95% confidence interval and $\alpha=0.05$ significance level. The overall mean score for positive perception of patient safety culture was 50.62 ± 13.3 (95% confidence interval: 50.62-52.07). Among the 12 dimensions, the dimension with the highest percentage of positive responses defining it as the only strength was teamwork within hospital units. The dimensions identified as weaknesses were staffing, non-punitive response to errors, frequency of reporting errors, keeping communication open, hospital interventions and change, and feedback and communication about errors, respectively. Many healthcare workers have negative perceptions of the patient safety culture in their organizations. Hospital managers must create a positive safety culture based on mutual trust and open communication, prioritizing patient safety and promoting preventive approaches.

Keywords: Safety Culture, Patient Safety, Patient Safety Culture, Incident Reporting, Health Professionals.

JEL Classification Codes: I19, J28.

¹ Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, a.bulut@bandirma.edu.tr

² İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, halil.sengul@izu.edu.tr

³ İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, zuleyha.celik@izu.std.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

This study aims to examine the positive perception levels of patient safety culture among the healthcare workers of a training and research hospital. The World Health Organization considers patient safety to be a crucial element of healthcare quality and is committed to improving it. Patient safety is defined as preventing and improving adverse outcomes or injuries resulting from healthcare processes. There may be many individual or system errors in healthcare processes that may threaten patient safety. In medicine, errors are an unfortunate but inevitable part of medical practice. Medical errors are a significant source of harm to patients. Research estimates that between 98.000 to 251.000 hospitalized patients in the United States die each year due to preventable adverse events. In addition, medical errors are a significant source of morbidity and cause billions of dollars in financial losses to healthcare systems each year. Medical errors are a significant problem that needs to be solved to achieve solutions; it is crucial to develop a safety culture oriented towards recognizing safety challenges and finding workable solutions rather than harboring a culture of blame, shame, and punishment. Healthcare is a team effort. Therefore, all healthcare team members play an active role in making healthcare delivery safer for patients and healthcare workers.

Design/methodology/approach:

This study is research in cross-sectional and descriptive design. In the study, the Personal Information Form prepared by the researcher and the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) developed by Agency for Healthcare Research and Quality (2004) were data collection tools. The adaptation, validity, and reliability study of the HSOPSC into Turkish was conducted by Bodur and Filiz (2010). This questionnaire is consisting of 42 items and 12 sub-dimensions. The items are rated on a five-point Likert-type scale. Before the research, permission for the Turkish scale version was obtained from the corresponding author via e-mail. Also, ethics committee approval was obtained. The study was conducted with 326 healthcare workers aged 19 to 63 at a training and research hospital in İstanbul. The number of healthcare professionals working in the relevant hospital is 1659. Due to the size of the population and the difficulty of reaching all of them, cost, and time, sampling was used. Before the research, the required sample size was examined using G*Power (3.1.9.7) program. According to the power analysis (95% confidence (1- α), 0.05 (α) significance level, 95% test power (1- β), and effect size=0.56, two-tailed), the smallest sample size was determined as 104. Based on the expectation of missing data or irregular responses, data were collected from 326 participants. Research data were collected from November 2022 to December 2022. The questionnaire was delivered to the participants via Google Forms. IBM's SPSS version 24 package program for Windows was used for all statistical analyses. Since the normality assumption of the study variables was t-test and ANOVA tests, which are among the parametric test statistics, were used in the data analysis. The results were evaluated at the 95% confidence interval at the $\alpha=0.05$ significant level.

Findings:

When the general information about the participants' characteristics in the study is examined, the average age of the participants is 31.22 (SD = 7.60), with ages ranging from 19 to 63. In the study, 35.9% (n= 117) of the participants were male, and 64.1% (n= 209) were female. The average professional experience of the participants is 5.96 (SD = 5.23), with ages ranging from 1 to 35. The participants %54 (n=176) were bachelors, and 50% (n=163) were nurses. The weekly working hours did not exceed 40 hours, with 75.8% (n=247). The unit where the participant' work is the Emergency Department, with 30.4% (n=99). The overall mean score for positive perception of patient safety culture was 50.62 \pm 13.3% (95% confidence interval: 50.62-52.07). When the average percentage of positive responses for the 12 sub-dimensions of the Patient Safety Culture Hospital Questionnaire is analyzed, the dimension with the highest percentage of positive responses the s identified as the only strength is teamwork within hospital units (85%). The dimensions identified as having potential for improvement are comprehensive perception of safety (55%), hospital management support for patient safety (56%), manager expectations and safety improvement activities (60%), teamwork across hospital units (64%), and organizational learning and continuous improvement (66%). The dimensions identified as weaknesses were staffing (21%), non-punitive response to error (33%), frequency of reporting errors (36%), keeping communication open (39%), hospital interventions and change (45%), and feedback and communication about errors (48%). The overall mean score for positive perception of patient safety culture was 50.93 \pm 19.1 (95% confidence interval: 48.9-53.1). While 44.5% of the healthcare professionals rated the level of patient safety as acceptable, 35.9% rated it as excellent. The rates of incidents reported by healthcare workers in the last 12 months were analyzed. Accordingly, 92.9% of healthcare workers stated that they had never reported any errors.

Conclusion and Discussion:

Our findings indicated that many healthcare professionals have negative perceptions towards patient safety culture within their institution. The dimension with the highest percentage of positive responses, defined as the only strength, was teamwork within hospital units. Improving safety culture perceptions in hospitals may require considerable effort and resources. Hospital administrators need to create a positive safety culture based on mutual trust and open communication by giving the highest priority to patient safety and encouraging preventive approaches.

1. GİRİŞ

Hata yapmak insana özgü bir durumdur. Sağlık hizmetlerinde ister bireysel ister sistem kaynaklı olsun, hatalar hastaların zarar görmesine yol açabileceğinden, bunu kabul etmek mümkün değildir. Ancak hatalar, öğrenme ve benzer hataların tekrarlanmasını önleme fırsatı sunar. Tutarlı bir hata nedenini ortaya çıkarmak zordur. Hata nedenleri bulunsa bile hata yapma olasılığını en aza indiren tutarlı ve uygulanabilir bir çözüm sağlamak da oldukça zordur. Ancak istenmeyen olayların meydana geldiğini fark ederek, onlardan öğrenerek ve bunları önlemeye çalışarak hasta güvenliği iyileştirilebilir (Oyebode, 2013).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hasta güvenliğini sağlık hizmeti kalitesinin çok önemli bir unsuru olarak görmektedir ve bunu geliştirmeye kararlıdır (WHO, 2013). Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerinin bir alt kümesidir. Hasta güvenliği, sağlık hizmet süreçlerinden kaynaklanan olumsuz sonuçların veya yaralanmaların önlenmesi ve iyileştirilmesi olarak tanımlanır (IHİ, 2013). Oysa sağlık hizmetleri süreçlerinde hasta güvenliğini tehdit edebilecek birçok bireysel ya da sistem kaynaklı hatalar olabilir. Tıbbi hatalar konusunda Tıp Enstitüsü'nün (The Institute of Medicine-IOM) 2000 yılında yayınladığı "Hata Yapmak İnsanıdır: Daha Güvenli Bir Sağlık Sistemi İnşa Etmek (To Err is Human: Building a Safer Health System)" başlıklı rapor, tıbbi hatayı, bakımı iyileştirmeye yönelik yeni ve farklı bir yaklaşım olarak sunmaktadır. Tıbbi hata hareketinin savunucuları, Hipokrat yeminindeki "Önce zarar verme" ifadesine sık sık atıfta bulunarak, hataları ortadan kaldırmanın "her şeyden önce" gelmesi gerektiğini ima etmektedir (Hofer, Kerr ve Hayward, 2000). IOM tarafından 2015 yılında yayınlanan diğer bir rapora göre, sağlık hizmetlerinin sunumu onlarca yıldır bilinmeyenlerle dolu bir kör nokta şeklinde ilerlemiştir. Tanı hataları, yanlış veya gecikmiş teşhisler tüm hasta bakım ortamlarında mevcuttur. Bu durum kabul edilemeyecek kadar çok sayıda hastaya zarar vermeye devam etmektedir (Norman, Monteiro, Sherbino, İlgen, Schmidt ve Mamede, 2017).

Tıbbi hatalar çözülmesi gereken önemli bir sorundur ve çözüme ulaşmak için, bir suçlama, utanç ve ceza kültürü barındırmak yerine güvenlik zorluklarını tanımaya ve uygulanabilir çözümler bulmaya yönelik bir güvenlik kültürü geliştirmek önemlidir. Sağlık hizmetleri bir ekip işidir. Bu nedenle sağlık ekibindeki tüm bireyler, sağlık hizmeti sunumunu hem hastalar hem de sağlık çalışanları için daha güvenli hale getirmede aktif rol oynamalıdır (Helo ve Moulton, 2017). Tüm sağlık hizmet sağlayıcıları, tıbbi hataların hasta güvenliği için önemli bir tehdit oluşturan ciddi bir halk sağlığı sorunu oluşturduğunu bilir. Yine de "Tıbbi hata nedir?" sorusu en zor ve cevaplanmamış sorulardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi hata kavramını anlamak, hasta güvenliğini sağlamanın en önemli aşamalarından biridir.

Sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürüne yönelik algıları son yıllarda artan bir ilgi görmüştür, ancak literatürün çoğu hemşireler üzerinde hasta güvenliği kültürünü incelemeye odaklanmıştır. Böylece tedavi ve sağlık bakım sunumunda önemli role sahip doktor ve diğer sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürü algılarına yönelik daha fazla araştırma için yeni bir alan yaratmıştır. Literatürdeki bu boşluğu gidermek için, bu çalışma sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü olumlu algı düzeylerini incelemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle, bu çalışmada, Türkiye'deki İstanbul ilinde bir Eğitim Araştırma Hastanesi'nde (EAH) toplanan 326 sağlık profesyoneli tarafından oluşan bir veri setini kullanarak, hasta güvenliği kültürü olumlu algıları incelenmiştir.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Bu araştırmanın kavramsal çerçevesini hasta güvenliği kültürü oluşturmakta olup, bu bölüm çalışmanın kavramsal çerçevesindeki ana kavramların teorik açıklamalarını içermektedir.

2.1. Tıbbi Hata

Tıbbi hata, "planlanan bir eylemin amaçlandığı gibi tamamlanamaması (yani uygulama hatası) veya bir amaca ulaşmak için yanlış bir planın kullanılması (yani planlama hatası)" olarak tanımlanmaktadır (Kohn, Corrigan ve Donaldson, 2000). Tıbbi hata, hasta için zararlı olsun ya da olmasın, tıbbi bakımın önenebilir bir olumsuz etkisi olarak tanımlanır (Hofer, Kerr ve Hayward, 2000). Sağlık hizmeti sunumu sırasında yaygın olarak ortaya çıkan sorunlar arasında advers ilaç olayları ve uygunsuz transfüzyonlar, yanlış teşhis, yetersiz ve aşırı tedavi, cerrahi yaralanmalar ve yanlış taraf cerrahisi, intiharlar, kısıtlama ile ilgili yaralanmalar veya ölümler, düşmeler, yanıklar, basınç ülserleri ve yanlış hasta kimlikleri yer almaktadır. Ciddi sonuçları olan yüksek hata oranlarının özellikle yoğun bakım ünitelerinde, ameliyathanelerde ve acil servislere meydana gelmesi muhtemeldir. Sağlık hizmetlerinde genellikle insan hatasına bağlı bir faktör olarak görülen bu yetersizlik birçok faktörü içinde

barındırmaktadır. Bu faktörlere örnek olarak; eğitim veya deneyim eksikliği, okunaksız el yazısı, dil engelleri, yanlış belgeler, ağır ihmal ve yorgunluk gibi birçok neden sayılabilir ve aslında oldukça karmaşık bir konudur. Tıbbi hatalar ayrıca ileri yaş, yeni prosedürler, aciliyet ve tedavi edilen tıbbi durumun ciddiyeti ile de ilişkilidir (Carver, Gupta ve Hipskind, 2022).

Tüm insan faaliyetleri, çeşitli hatalarla doludur. Tıpta hatalar, tıbbi uygulamanın talihsiz ama kaçınılmaz bir parçasıdır. Tıp pratiğinde hataların kaçınılmaz olduğu herkes tarafından kabul edilse de nadiren ortaya çıkması beklenir. Tıbbi hatalar hastalara zarar veren önemli bir kaynaktır. Araştırmalar, Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl 98.000 ila 251.000 kadar hastanede yatan hastanın önlenemez bir advers olay sonucunda öldüğünü tahmin etmektedir. Ayrıca tıbbi hatalar önemli bir morbidite kaynağıdır ve her yıl sağlık sistemlerine milyarlarca dolarlık mali kayıp yaşatmaktadır (Makary ve Daniel, 2016). Tıbbi hataların bu yaygınlığına bağlı olarak ciddi bir halk sağlığı sorunu olarak görülmekte ve tüm ölümler içinde üçüncü önde gelen nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır (Frellick, 2016). Bu kadar ciddi bir sorun olmasına rağmen tıbbi hataların neler olduğu ve nasıl ölçülebileceği ile ilgili bir görüş birliği yoktur. Clapper ve Ching (2020) tarafından yapılan bir sistematik derlemede tıbbi hatalar üç kategoriye ayrılmıştır. Bunlar; görev hataları, ihmal hataları ve iletişimsizlikten kaynaklanan hatalardır (Clapper ve Ching, 2020). Herhangi bir sağlık hizmeti sürecinde, hatalardan kaynaklanan olumsuz olaylar kaçınılmazdır (Landrigan, Parry, Bones, Hackbarth, Goldmann ve Sharek, 2010). Hastanede yatan hastaların %3,7 ile %16,6 arasında değişen oranlarda tıbbi hatalara maruz kaldığını gösteren çalışmalar vardır (Alonso-Sardón ve ark., 2022; Badgery-Parker, Pearson, Dunn ve Elshaug, 2019; Baker ve ark., 2004). Bu oranlar oldukça yüksek oranlardır ve hastaların sağlık kurumlarında karşı karşıya kaldığı riskin bir göstergesidir.

Hasta güvenliği, tıbbi hataların büyüklüğü ve yansımalarına ilişkin farkındalığın artmasıyla birlikte uluslararası düzeyde artan bir ilgi görmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'ndeki (ABD) Tıp Enstitüsü'nün hastanelerde her yıl 44.000 ile 98.000 kişinin tıbbi hatalar nedeniyle hayatını kaybettiğini bildirmesinden bu yana, araştırmacılar sağlık kuruluşlarındaki tıbbi hataların ciddiyetini araştırmışlardır. Tıbbi hataların hasta güvenliğini bu kadar ciddi bir şekilde etkilemesi yanı sıra ülkeler için yüksek maliyetlere de neden olduğu bilinmektedir. Örneğin 2008 yılında, ABD'deki tıbbi hata maliyetinin 8,8 milyar ABD doları olduğu bulunmuştur (Anderson, Ramanujam, Hensel ve Sirio, 2010). Tıbbi hataların yarattığı maliyetin yanı sıra birçok ülkede bu konu ile ilgili yapılmış araştırma sonuçları incelendiğinde, aslında bu hataların önlenemez durumlar olduğu görülmektedir. Bütün bunların ötesinde tıbbi hatalar, hastaların sağlık sistemine olan güvenini sarsmak gibi istenmeyen sonuçlara da yol açmaktadır. Tıbbi hataya katkıda bulunan potansiyel faktörleri inceleyen birçok araştırma vardır. Birçok çalışma, hataların azaltılması ve önlenmesinde güvenlik kültürü faktörlerinin önemini vurgulamıştır. Araştırmacılar, güvenlik kültürü ve tıbbi hata arasındaki ilişkiyi incelerken, daha iyi güvenlik kültürünün daha az tıbbi hata vakasıyla ilişkili olduğunu belirtmişlerdir (Weingart ve Page, 2004). O zaman güvenlik kültürü kavramını da incelemek gerekmektedir.

2.2. Güvenlik Kültürü

Hasta güvenliği, sağlık hizmeti kalitesinin sürdürülmesi için oldukça önemli olan ve dünya çapında tüm sağlık kuruluşları için endişe kaynağı haline gelmiş bir kavramdır. Bu endişe neticesinde tıbbi hataları önlemeye ve hasta güvenliğini sağlamaya odaklanan çalışmalar, güvenlik kültürü kavramını gündeme taşımıştır. Güvenlik kültürünün sağlık kuruluşlarındaki karşılığı hasta güvenliği kültürüdür. Hasta güvenliği kültürü, işyeri güvenliği yönetimine bağlı kalmaya yönelik tutumlar, değerler, beceriler ve davranışlar arasındaki etkileşimlerin sonucu ortaya çıkan bir faktördür. Bu nedenle, hasta güvenliği kültürü, hastaların zarar görmesini önlemek ve azaltmak için bir sistem yaklaşımını teşvik etmeyi amaçlayan çok faktörlü bir çerçevedir (Nieva ve Sorra, 2003). Güvenlik kültürü, bir kuruluşta neyin önemli olduğuna, güvenlikle ilgili hangi tutumlar ile hangi davranışlara değer verildiğine, hangi uygulamaların desteklendiğine ya da beklendiğine ilişkin değerler, inançlar ve standartları içerir. Güçlü bir güvenlik kültürüne sahip kuruluşlar, personel arasında iyi iletişim, karşılıklı güven ve güvenliğin önemi ile önleyici tedbirlerin etkinliğine ilişkin ortak algılara sahiptir (Reis, Paiva ve Sousa, 2018).

Hasta güvenliği, sağlık hizmetlerindeki profesyonel performansın birçok alanında karşımıza çıkar. Hasta güvenliği yalnızca yeterli bakımı sağlamayı değil, aynı zamanda sağlık statüsünü korumayı ve sağlıkla ilgili sorunları önlemeyi de sağlayacak bakım ve yönetim faaliyetlerini de kapsar. Bu anlamda, hasta güvenliği kültürünün sağlamaştırılması için kalite geliştirme önemli bir destektir. Hasta güvenliği iş süreçlerinin yeniden modellenmesine ve sağlık hizmetlerini iyileştirmek için güvenli stratejilerin oluşturulmasına kaynak teşkil eder

(Batalha ve Melleiro, 2015). Hasta güvenliği ile güvenlik kültürü birbirleriyle ilişkili kavramlardır. Güvenlik kültürünün, sağlığın yönetimi üzerindeki etkisinin değerlendirilmesine ilişkin araştırmalarda özellikle öğrenmeye, sürekli iyileştirmeye ve hatalara cezai olmayan bir yaklaşıma vurgu yapılmış ve bu yaklaşım şekilleri güvenli bakımın geliştirilmesi için bir gereklilik olarak kabul edilmiştir (WHO, 2009).

Hasta güvenliği kültüründe sağlık çalışanlarının tutumu ve davranışları önemlidir. Bu aşamada karşımıza çıkan bir teori planlı davranış teorisidir. Bu teoriye göre personelin kurumlarının uygulamalarına ilişkin gözlemleri ve iş arkadaşlarının davranış kalıpları, genel hasta güvenliği düzeyi algılarını ve bu tür konulara davranışsal tepkilerini etkileyecektir (Ajzen, 1991). Bu nedenle, çalıştıkları kurumun hasta güvenliğine önem vermediğini algılayan çalışanlar bu tür endişeleri dikkate almayabilirler (Boan, Nadzam ve Clapp, 2012). Bu çerçevede karşımıza bir başka kavram olan örgüt kültürü kavramı çıkmaktadır. Örgüt kültürü, bir örgütte gelişen ve örgütü oluşturan üyelerin davranışlarına rehberlik eden paylaşılan eylemler, değerler ve inançlar sistemi olarak tanımlanır. Bir örgütün güçlü bir kültüre sahip olmasının nedeni, uzun bir ortak geçmişe sahip olması veya yoğun ve önemli deneyimlerin paylaşılmış olması ile ilgilidir (Schein, 1990). Hasta güvenliği örgüt kültürünün ölçülebilir bir özelliğidir. Bu ölçüm belirli bir zamanda bireylerin algı ve tutumlarının ölçülmesi ile yapılabilir (Colla, Bracken, Kinney ve Weeks, 2005). Bu ölçümler, hataları ve olumsuz olayları tespit etmek, önlemek ve değerlendirmek için yapılmaktadır. Ayrıca hasta güvenliğini artıracak iyileştirme önlemlerinin formüle edilmesi ve uygulanmasına yönelik olarak da kurumsal güvenlik kültürünü bilme ihtiyacı vardır (Batalha ve Melleiro, 2017). Hastanedeki güvenlik kültürünü incelemek, çalışma sürecinde yer alan ve hasta güvenliğini etkileyen faktörleri anlamayı mümkün kılar. Bu anlamda, konuyla ilgili araştırma çalışmalarının geliştirilmesi, sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik bilimsel kanıtların, deneyimlerin ve önerilerin etkili iletişimini güçlendirebilir. Bu nedenle yönetimde olanların, "çalışanlarımız kendi kuruluşumuzun hasta güvenliği kültürünü nasıl algılıyorlar?" sorusuna cevap bulması önemlidir.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü olumlu algı düzeylerinin incelendiği bu araştırma kesitsel ve tanımlayıcı türde bir çalışmadır.

3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma İstanbul ilinde faaliyet gösteren bir EAH sağlık çalışanları ile Kasım, 2022 ve Aralık 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya dahil edilme kriterleri; çalışmaya katılmaya gönüllü olma, hasta bakımında görev alma ve 6 aydan daha fazla deneyime sahip katılımcılar bu konuda daha fazla deneyimli oldukları düşünülerek çalışmaya dahil edilmiştir. Dahil edilmeme kriterleri olarak; çalışmaya katılmaya gönüllü olmayan, 6 ayın altında mesleki deneyime sahip olan ve hasta bakımında görev almayan, idari birim vb. sağlık çalışanları dahil edilmemiştir. Araştırmanın evrenini bir EAH'de görev yapan sağlık çalışanları oluşturmuştur. İlgili hastanede görev yapan sağlık çalışanı sayısı 1659 kişidir. Evrenin geniş olması ve tamamına ulaşmanın zorluğu, maliyet ve zaman nedeniyle örneklem alma yoluna gidilmiştir. Çalışma grubunun seçiminde olasılığa dayalı olmayan kolayda örnekleme (convenience sampling) yöntemi seçilmiştir. Araştırma öncesinde gerekli örneklem büyüklüğü G*Power (3.1.9.7) programı kullanılarak incelenmiştir (Faul, Erdfelder, Buchner ve Lang, 2009). G*Power analizinde çalışmamızda kullanılacak istatistiksel yöntem doğrultusunda "t test: iki bağımsız grup arasında fark" komutu seçildi. Güç analiz türü olarak "priori" tahmin yöntemi kullanıldı. Güç analizinde %95 güven (1- α), 0,05 (α) anlamlılık düzeyinde, %95 test gücü (1- β) ve $d=0.56$ (orta etki) etki büyüklüğü, çift kuyruklu iki bağımsız ortalamalar arasındaki fark t testi (iki grup) analizine göre en küçük örnek sayısı 104 olarak belirlenmiştir. Etki büyüklüğü (0.56) Yılmaz ve Duygulu'nun (2019) Türkiye'nin Konya ilinde hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılarının ve hasta güvenliği kültürü algılarını etkileyen faktörlerin incelendiği çalışmasından alınmıştır (Yılmaz ve Duygulu, 2019). Gerekli en küçük örneklem büyüklüğü 104 olmasına rağmen, eksik veri veya düzensiz yanıt beklentisine dayanarak 326 katılımcıdan veri toplanmıştır.

Mevcut çalışmada araştırmanın çalışma grubunun etki büyüklüğü çalışma sonrasında da G*Power (3.1.9.7) programı kullanılarak incelenmiştir. Çalışmadan sonraki güç analizi (post hoc) mevcut çalışmada gözlenen 1- β ve etki etki büyüklüğünü belirlemek için kullanılır. Gücün 0,80 ve üzerinde olması istenmektedir (Pagano, 2009).

Cohen (1988), t testi için etki büyüklüğünün hesaplanmasında etki büyüklüğü (d) değerinin hesaplanmasını önermiştir. Cohen'nin (1988) sınıflandırmasına göre; 0,2 değeri küçük etkiyi, 0,5 değeri orta etkiyi, 0,8 değeri ise geniş etkiyi göstermektedir (Cohen, 1988). Mevcut çalışma t testi analizinde elde edilen etki büyüklüğü değerine göre yapılan post hoc güç analizinde etki büyüklüğü $d=0,690$ (orta etki) ve güç 0,999 (%99,9) olarak bulunmuştur.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan ölçüm aracı iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde araştırmacı tarafından hazırlanan ve katılımcıların kişisel ve mesleki özelliklerini sorgulayan "Kişisel Bilgi Formu" ikinci bölümde ise "Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (HGKHA)" kullanılmıştır.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından oluşturulan ve katılımcıların kişisel ve mesleki özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu vb.), sorgulayan 9 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır.

3.3.2. Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (HGKHA)

Orijinal ismi Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) olan ve 2004 yılında Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) tarafından geliştirilen Hasta Güvenliği Kültürü Hastane Anketi (HGKHA) kullanılmıştır. HGKHA'nin Türkçe'ye uyarlaması, geçerliliği ve güvenilirliği Bodur ve Filiz (2010) tarafından yapılmıştır (Bodur and Filiz, 2010). HGKHA, hastanelerin güvenlik kültürünü bir bütün olarak veya hastane içindeki belirli birimler olarak değerlendirmek için kullanılmaktadır. 42 madde ile güvenlik kültürünün 12 boyutunu ölçmektedir. Bu boyutlar: (1) Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri; (2) Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme; (3) Ünite içi ekip çalışması; (4) İletişimin açık tutulması; (5) Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim; (6) Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt; (7) Personel sağlama; (8) Hastane üniteleri arasında ekip çalışması; (9) Hastane müdahaleleri ve değişim (10) Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği; (11) Hataların raporlanma sıklığı; (12) Güvenliğin kapsamlı algılanması. Madde yanıtları, 5 dereceli Likert tipi (1 = kesinlikle katılmıyorum ile 5 = kesinlikle katılıyorum) veya sıklık (1 = hiçbir zaman ile 5 = her zaman) ile ölçülmektedir. Ankette 18 soru ters puanlanmaktadır. HGKHA toplam puanlar, boyuttaki maddelere verilen toplam olumlu yanıt sayısının her bir boyuttaki toplam madde sayısına bölünmesiyle hesaplanmaktadır. %75 ve üzeri olumlu yanıt oranlarına sahip boyutlar güçlü; en az %50 olumlu yanıt oranı olanlar, iyileştirme potansiyeli olan; %50'den az olan boyutlar ise zayıf yönler olarak tanımlanacaktır (Nieva ve Sorra, 2003). HGKHA farklı ülkelerde, farklı dillere çevrilerek kullanılmıştır. Türkiye'deki hastanelerde hasta güvenliği kültürünü değerlendirmek için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu gözlemlemişlerdir (tüm maddeler için iç tutarlılık güvenilirliği 0,88'dir). Bodur ve Filiz (2010), uyarlama çalışmasında Türk ve AHRQ HGKHA'nin faktör yapılarının hemen hemen aynı olduğunu ve bu nedenle iyi bir kültürel adaptasyon tespit ettiğini bildirmiştir (Bodur ve Filiz, 2010). Mevcut çalışmada HGKHA iç tutarlılığı Cronbach's alpha katsayısı 0,828 bulunmuştur.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Araştırma, dahil edilme kriterlerini karşılayan 326 sağlık çalışanı ile yürütülmüştür. Araştırma verileri Kasım, 2022 ile Aralık 2022 tarihleri arasında çevrim içi anket yöntemi ile elde edilmiştir. Veri toplama aracı, elektronik ortamda (docs.google.com adresi, google form arayüzü) hazırlanmıştır. Hazırlanan kişisel bilgi formu ve ölçek formunun bağlantı adresi, telefon numaralarına ulaşılabilen (Whatsapp üzerinden) ve araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan sağlık çalışanlarına Google Forms üzerinden gönderilmiştir. Çevrimiçi anket formunun ilk sayfasında katılımcılara, araştırma hakkında bilgilendirme yapılmış, istedikleri takdirde çalışmadan ayrılacakları bildirilmiş, araştırma ekibine dair iletişim bilgileri ve bilgilendirilmiş onam formu sunulmuştur. Bu bilgilerin ardından gönüllü katılımı onaylayan sağlık çalışanları anket formunu yanıtlayabilmiştir. Katılımcıların onay kutusunu işaretlemeleri koşuluyla sonraki sayfalara erişmelerine izin verilmiştir. Anketteki tüm soruların yanıtlanması zorunlu tutularak, herhangi bir soruya yanıt vermeyen katılımcının anket sorularında ilerlemesi engellenmiştir. Bu nedenle eksik yanıt bulunan anket sayısı bulunmamaktadır. Her bir katılımcının veri toplama formunu yanıtlama süresi yaklaşık olarak 10 dakika sürmektedir. Araştırmada yeterli örneklem büyüklüğüne ulaşılanın ardından, uygulama sonlandırılmıştır.

3.5. Analiz Yöntemi

Verilerin analizinde Windows için IBM SPSS 24 sürümü istatistik paket programı kullanılmıştır. Sonuçlar %95'lik güven aralığında, $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında

değişkenlere ait ortalama, standart sapma, basıklık (Kurtosis)-çarpıklık (Skewness) değerleri ve değişkenlerin normallik varsayımını karşılayıp karşılamadığını belirlemek için grafikler (histogram, kutu-çizgi grafiği) incelenmiştir (Hair, Black, Babin, Anderson ve Tatham, 2013). Çarpıklık ve basıklık değerleri verilerin normal dağılım eğrisinde nasıl konumlandıklarını görmek ve normal dağılıma uyup uymadıklarının kontrolü açısından önemli bir yol göstericidir (Yücenur, Demirel, Ceylan ve Demirel, 2011). Araştırma değişkenlerine ait çarpıklık (-0,498 ile 0,451) ve basıklık (-1,409 ile 1,690) değerlerinin -2 ile +2 arasında değerlerde olduğu belirlenmiştir (Berber ve Sarı, 2010). Araştırmada bağımlı değişkenin bağımsız değişkenin her bir kategorisinde normal dağılım gösterdiği için verilerin analizinde parametrik test istatistiklerinden ikili gruplarda Bağımsız Örneklem t-Testi, ikiden fazla grubun karşılaştırmasında ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. ANOVA analizinde anlamlı farkın nereden kaynaklandığını belirlemek amacı ile post-hoc testlerinden Games-Howell kullanılmıştır.

3.6. Araştırma Etiği

Türkçeye uyarlama çalışması yapılan ölçeğin araştırmamızda kullanım izni araştırmadan sorumlu yazardan elektronik posta yolu ile alınmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan (31.08.2022 tarih ve 2022/07 sayılı) etik kurul onayı ve araştırmanın yapıldığı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Tüm araştırma süreci Helsinki Deklarasyonu kurallarına uygun olarak yürütülmüştür.

4. BULGULAR

Katılımcıların demografik ve mesleki özelliklere ait bulgularının dağılımı Tablo 1’de sunulmuştur.

Tablo 1. Katılımcıların demografik ve mesleki özellikleri (n=326)

| | | N | % |
|--|---------------------------|-----|------|
| Cinsiyet | Kadın | 209 | 64,1 |
| | Erkek | 117 | 35,9 |
| Yaş $\bar{X} \pm SS$: 31,22 \pm 7,60 (min-max: 19-63) | | | |
| | <30 yaş | 186 | 57,1 |
| | \geq 30 yaş | 140 | 42,9 |
| Eğitim | Lise | 11 | 3,4 |
| | Ön lisans | 28 | 8,6 |
| | Lisans | 176 | 54,0 |
| | Lisans üstü | 111 | 34,0 |
| Çalışılan Birim | Acil Servis | 99 | 30,4 |
| | Ameliyathane | 59 | 18,1 |
| | Yoğun Bakım Ünitesi* | 33 | 10,1 |
| | Klinikler** | 64 | 19,6 |
| | Diğer*** | 71 | 21,8 |
| Meslek | Hemşire | 163 | 50,0 |
| | Doktor | 102 | 31,3 |
| | Diğer sağlık çalışanı**** | 61 | 18,7 |
| Meslekte Çalışma Yılı $\bar{X} \pm SS$: 5,96 \pm 5,23 (min-max: 1-35) | | | |
| | <5 yıl | 160 | 49,1 |
| | \geq 5 yıl | 166 | 50,9 |
| Haftalık çalışma saati | 40 saati aşmaz | 247 | 75,8 |
| | \geq 41 saat | 79 | 24,2 |

\bar{X} : Ortalama, SS: Standart sapma, *Erişkin, Yenidoğan ve Çocuk, **Yataklı cerrahi ve dahili klinikler, ***Poliklinik, Doğumhane, Fizik Tedavi Ünitesi, Gününbirlik ayaktan hasta birimleri, **** Anestezi tekniker, fizyoterapist vb.

Araştırmada katılımcıların %64,1 (n=209) kadın, yaşlarının 19 ile 63 yıl arasında ($\bar{X}_{Yaş}$: 31,22 \pm 7,60), mesleki tecrübesi 1 ile 35 yıl arasında ($\bar{X}_{Çalışma\ yılı}$: 5,96 \pm 5,23) değişmektedir. Katılımcıların %54,0’ü (n=176) lisans mezunu olup, %50’si (n=163) hemşiredir. Haftalık çalışma süresi %75,8 (n=247) ile 40 saati aşmamaktadır. Katılımcıların çalıştıkları birim %30,4 (n=99) ile Acil Servis’tir (Tablo 1).

3.2. Katılımcıların demografik özelliklere göre hasta güvenliği kültürü algıları

Çalışma kapsamında öncelikle katılımcıların demografik özelliklerine göre hasta güvenliği kültürüne yönelik olumlu algı düzeyleri incelenmiştir. Sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, çalışma tecrübesi, haftalık çalışma süresine göre hastane hasta güvenliği kültürü ölçek puanları arasındaki farklar Bağımsız Örneklem t Testi ile incelenmiştir.

Sağlık çalışanlarının çalıştıkları birim ve meslek türüne göre hastane hasta güvenliği kültürü ölçek puanları arasındaki farklar tek yönlü ANOVA analizi ile incelenmiştir. Tek yönlü ANOVA analizi sonucunda farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla post-hoc Games-Howell testi yapılmış ve sonuçlar Tablo 2’de sunulmuştur. İkinci olarak EAH hasta güvenliği kültürüne yönelik olumlu yanıt ortalamalarının AHRQ (2012) ile karşılaştırması ve sağlık çalışanları tarafından bildirilen hasta güvenliği algı düzeyleri sırası ile Şekil 1 ve Şekil 2’de sunulmuştur. Son olarak, katılımcılar tarafından bildirilen hasta güvenliği düzeyleri ile son 12 ay içinde rapor edilen olay sayılarına yönelik sonuçlar Tablo 3’te sunulmuştur.

Tablo 2. Demografik özelliklere göre hasta güvenliği kültürü boyutlarına verilen olumlu yanıtların yüzdesi

| | Yaş | | Cinsiyet | | Çalışma Deneyimi | | Haftalık Çalışma | | Meslek | | | | Çalışılan Birim | | | | |
|---|-----------------|-----------------|---------------|---------------|------------------|----------------|------------------------|-----------------|-----------------|----------------|--------------|-----------------|--------------------|------------|------------|------------------|--------------|
| | ≤30 yıl (n=186) | 30> yıl (n=140) | Kadın (n=209) | Erkek (n=117) | ≤5 yıl (n=160) | 5> yıl (n=166) | 40 saati aşmaz (n=247) | 40> saat (n=79) | Hemşire (n=163) | Doktor (n=102) | Diğer (n=61) | Fark | Acil Servis (n=99) | AML (n=59) | YBÜ (n=33) | Klinikler (n=64) | Diğer (n=71) |
| Hataların raporlanma sıklığı | 39,96* | 31,19 | 37,64 | 33,62 | 44,79** | 27,91 | 42,38** | 16,88 | 43,56 | 38,89 | 12,02** | 1>3 2>3 | 35,69 | 39,55 | 30,30 | 38,02 | 35,21 |
| Güvenliğin kapsamlı algılanması | 54,30 | 56,61 | 54,55 | 56,62 | 48,75 | 61,60** | 48,89 | 75,32** | 52,91 | 47,55 | 74,59** | 3>1 2 | 54,29 | 47,88 | 55,30 | 61,72 | 57,04 |
| Yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri | 55,38 | 65,36** | 57,66 | 63,25 | 51,41 | 67,62** | 58,4 | 63,61 | 60,43 | 47,79 | 77,46** | 1>2 3>1 2 | 56,06 | 52,12 | 61,36 | 66,02 | 64,44 |
| Organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme | 66,67 | 65,71 | 66,03 | 66,67 | 64,79 | 67,67 | 65,32 | 69,20 | 70,35 | 62,09 | 62,30 | - | 64,65 | 61,58 | 72,73 | 67,71 | 68,08 |
| Hastane ünite içi ekip çalışması | 82,26 | 89,11** | 83,61 | 88,03 | 80,94 | 89,31** | 83,30 | 91,14* | 84,2 | 82,84 | 91,80* | 3>2 | 84,34 | 80,51 | 84,85 | 88,28 | 87,68 |
| İletişimin açık tutulması | 41,76 | 35,95 | 40,99 | 36,18 | 47,29** | 31,53 | 44,67** | 22,36 | 40,90 | 50,98 | 15,30** | 1>3 2>3 | 39,06 | 41,24 | 37,37 | 37,50 | 40,38 |
| Hatalar hakkında geribildirim ve iletişim | 47,67 | 47,62 | 50,88* | 41,88 | 52,29* | 43,17 | 52,36** | 32,91 | 52,76 | 49,67 | 30,60** | 1>3 2>3 | 47,81 | 47,46 | 47,47 | 50,00 | 45,54 |
| Hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt | 33,33 | 31,67 | 31,26 | 35,04 | 34,17 | 31,12 | 33,87 | 28,69 | 31,08 | 36,93 | 29,51 | - | 35,02 | 33,33 | 31,31 | 32,81 | 29,11 |
| Personel sağlama | 20,16 | 21,96 | 22,13 | 18,80 | 21,25 | 20,63 | 23,08** | 14,24 | 23,01 | 21,08 | 15,16 | - | 21,97 | 21,61 | 15,91 | 22,27 | 20,07 |
| Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği | 51,43 | 62,14** | 55,66 | 56,70 | 47,71 | 64,06** | 55,06 | 59,07 | 52,35 | 52,94 | 71,04** | 3>1 2 | 54,21 | 48,02 | 66,67 | 59,90 | 56,81 |
| Hastane üniteleri arasında ekip çalışması | 60,89 | 66,96 | 61,84 | 66,45 | 58,59 | 68,22* | 61,94 | 68,35 | 61,04 | 63,48 | 70,08 | - | 60,86 | 61,86 | 59,85 | 71,09 | 63,38 |
| Hastane müdahaleleri ve değişim | 44,49 | 45,18 | 44,62 | 45,09 | 44,69 | 44,88 | 45,85 | 41,46 | 41,41 | 52,21** | 41,39 | 2>1 3 | 45,45 | 41,10 | 37,88 | 50,39 | 45,07 |

*p <0,05, **p <0,01, ***p <0,001, AML: Ameliyathane, YBÜ: Yoğun Bakım Ünitesi

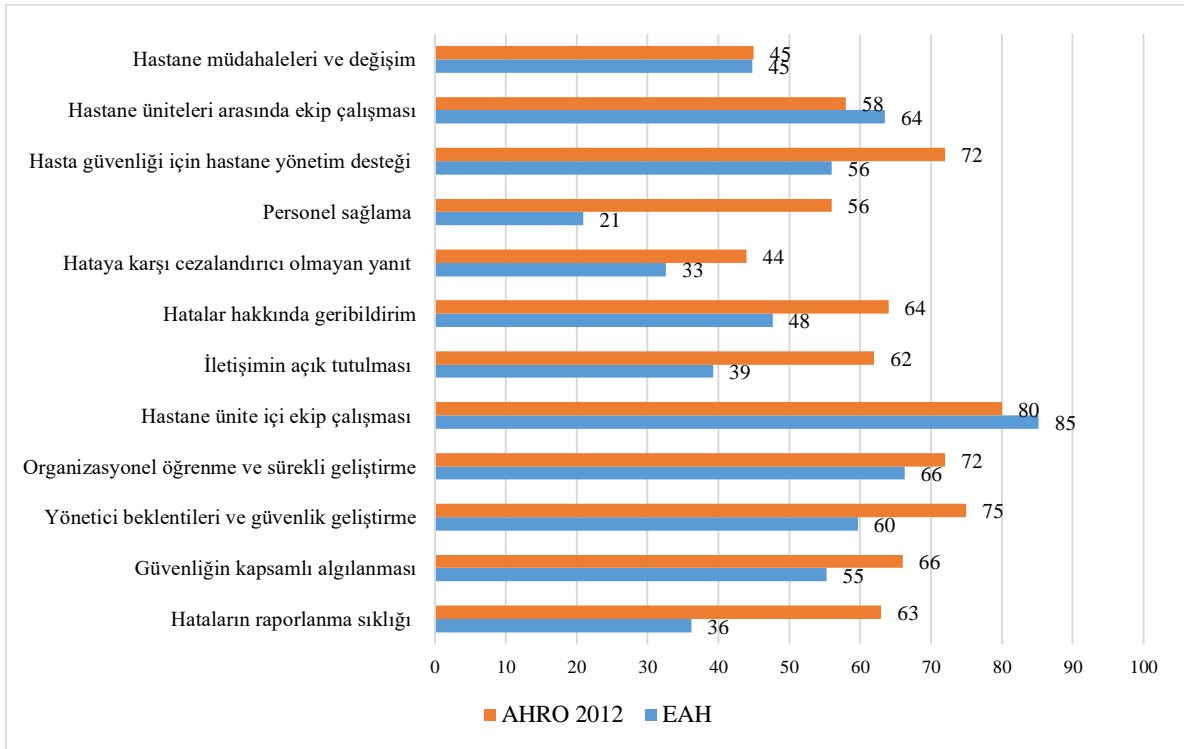
Çalışılan birim değişkenine göre sağlık çalışanlarının hastane hasta güvenliği kültürü tüm alt boyutları ölçek puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır (p >0,05). Araştırmada yaşı 30 yıl üzerinde olan sağlık çalışanlarının, 30 yıl ve altına göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, hastane ünite içi ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p<0,01). Araştırmada kadın sağlık çalışanlarının erkekler göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından hatalar hakkında geribildirim ve iletişim puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p <0,05).

Araştırmada meslekte çalışma süresi 5 yıl ve altı olan sağlık çalışanlarının, 5 yıl üzerine göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından hataların raporlanma sıklığı (p <0,001), iletişimin açık tutulması (p <0,001) ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (p <0,05) puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Meslekte çalışma süresi 5 yıl ve altı olan sağlık çalışanlarının, 5 yıl üzerine göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından güvenliğin kapsamlı algılanması, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, hastane

ünite içi ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ($p < 0,001$) ile hastane üniteleri arasında ekip çalışması ($p < 0,01$) puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

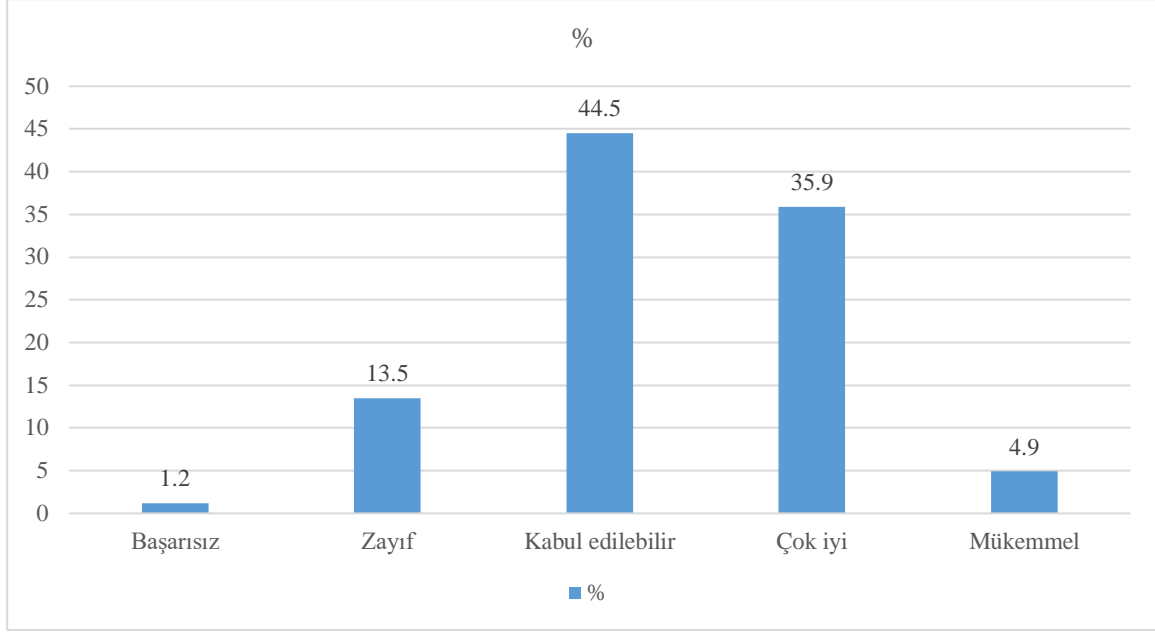
Araştırmada haftalık çalışma süresi 40 saati aşmayan sağlık çalışanlarının, 40 saat üzerine göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından hataların raporlanma sıklığı, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, personel sağlama puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$). Haftalık çalışma süresi 40 saati aşmayan sağlık çalışanlarının, 40 saat üzerine göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından güvenliğin kapsamlı algılanması ($p < 0,001$) ve hastane ünite içi ekip çalışması ($p < 0,01$) puanlarının anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tek yönlü ANOVA analizi sonucunda hastane hasta güvenliği kültürü alt boyutlarından hataların raporlanma sıklığı, güvenliğin kapsamlı algılanması, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hastane müdahaleleri ve değişim ($p < 0,001$) ile hastane ünite içi ekip çalışması ($p < 0,05$) puanında meslek türüne göre anlamlı bir farklılaşma olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).



Şekil 1. EAH hasta güvenliği kültürüne yönelik olumlu yanıt ortalamaları ile kıyaslama puanlarının karşılaştırılması (AHRQ, 2012).

Çalışmada HGKHA'nın 12 boyutu için olumlu yanıt ortalamaları ile kıyaslama puanlarının (AHRQ, 2012) karşılaştırılması incelendiğinde, tek güçlü yön olarak tanımlanan olumlu yanıt yüzdesinin en yüksek olduğu boyutun, hastane ünite içi ekip çalışması (%85) boyutu olduğu belirlenmiştir. İyileştirme potansiyeline sahip olarak tanımlanan boyutlar sırası ile güvenliğin kapsamlı algılanması (%55), hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (%56), yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (%60), hastane üniteleri arasında ekip çalışması (%64) ve organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirmedir (%66). Zayıf yönler olarak tanımlanan boyutlar ise sırası ile personel sağlama (%21), hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (%33), hataların raporlanma sıklığı (%36), iletişimin açık tutulması (%39), hastane müdahaleleri ve değişim (%45) ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişimidir (%48) (Şekil 1).



Şekil 2. Sağlık çalışanları tarafından bildirilen hasta güvenliği algı düzeyleri

Hasta güvenliği kültürüne ilişkin olumlu algı için genel ortalama puan $50,62 \pm 13,3$ (%95 güven aralığı: 50,62-52,07). Hasta güvenliği düzeyini kabul edilebilir değerlendiren sağlık çalışanlarının oranı % 44,5, çok iyi olarak değerlendirenlerin oranı %35,9, mükemmel olarak değerlendirenlerin oranı ise %4,9'dur (Şekil 2).

Tablo 3. Sağlık çalışanları tarafından son 12 ay içinde rapor edilen olaylar

| Raporlanan olay sayısı | n | % |
|------------------------|-----|------|
| Hiç | 303 | 92,9 |
| 1-2 olay | 20 | 6,1 |
| 3-5 olay | 2 | 0,6 |
| 6-10 olay | 1 | 0,3 |

Sağlık çalışanları tarafından son 12 ay içinde rapor edilen olaylar oranları incelenmiştir. Buna göre sağlık çalışanlarının %92,9'u hiç hata bildirmediğini belirtmiştir (Tablo 3).

5. TARTIŞMA

Tüm sağlık hizmeti sağlayıcılarının sağladıkları hasta bakımından, doğru uygulamalarla sağlayabilecekleri optimal bakıma geçişte karşılaştıkları en önemli sorun, hasta bakım hizmetlerinde güvenli hasta bakım sistemlerinin eksikliği sorunudur. Bu sorunun çözülmesi, hataların bireysel başarısızlığın sonucu olarak görüldüğü bir sağlık hizmeti kültüründen, hataların sistemi iyileştirmek için fırsatlar olarak görüldüğü bir kültüre geçilmesini gerektirmektedir. Hatalardan ders çıkarmayı ve bakım sistemlerini iyileştirmeyi vurgulayan gönüllü bir raporlama sistemi, bilinçli ve güvenli bir kültürün temelidir. AHRQ'nun yedi boyutu, hasta güvenliğini teşvik eden yönetici beklentileri ve eylemleri, organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme, ünite içi ekip çalışması, iletişim açıklığı, hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim, hataya cezai olmayan yanıt ve personel birim/bölüm düzeyinde güvenlik kültürünü ölçmektedir. Bu boyutlarda üç boyut hastane düzeyinde güvenlik kültürünü ölçmektedir. Hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, hastane üniteleri arasında ekip çalışması ile hastane müdahaleleri ve değişimdir. İki boyut sonuç ölçütüdür, genel güvenlik algısı ve rapor edilen olayların sıklığıdır. İki ek madde sonuç ölçütüdür, hasta güvenliği düzeyi ve son 12 ayda bildirilen olay sayısıdır. Bir EAH'de sağlık çalışanlarının hasta güvenliği kültürü olumlu algı düzeylerinin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada elde ettiğimiz sonuçlar bu bölümde tartışılmıştır.

Çalışmamızda hasta güvenliği kültürü hastane anketinin 12 boyutu için ortalama olumlu yanıt oranı %50,62±13,3(%95 güven aralığı: 50,62-52,07) ile AHRQ (2012) verilerinden (%63) daha düşüktür. Basson ve arkadaşları (2021) yaptıkları çalışmada bu oranı 2014'te %76, 2016'da ise %69 olarak bulmuşlardır (Basson, Montoya, Neily, Harmon ve Watts, 2021). Gözülü ve Kaya (2016) HGKHA'nin olumlu yanıt oranı %60 olarak bulmuştur (Gözülü ve Kaya, 2016). Güneş ve arkadaşları (2016) ise olumlu yanıt oranı %52 olarak bulmuştur (Güneş, Gürlek ve Sönmez, 2016). Libya'da yapılan bir çalışmada olumlu yanıtlarının oranının %47 olması o ülkenin sağlık sisteminin hasta güvenliğini sağlamada yetersiz kaldığının bir göstergesi olabilir (Eltarhuni, Tawfeeq ve El-Abidi, 2020). Norveç'te yapılan bir çalışma sonucunda bu oran %47 olarak bulunmuştur (Haugen, Söfteland, Eide, Nortvedt, Aase ve Harthug, 2010). Mevcut çalışma sonuçlarımızı genel olarak AHRQ'nun (2012) sonuçları ile kıyaslandığımızda personel sağlama, hatalar hakkında geri bildirim ve hataların raporlama sıklığı boyutlarının oldukça düşük olduğunu gördük. Ek olarak sağlık çalışanlarının %92,9'u 12 ay içinde hiç hata bildirmediklerini belirtmiştir. AHRQ (2012) bu oranı %55, Yılmaz ve Duygulu (2019) %55,5, Güneş ve arkadaşları (2016) ise %80,4, olarak bildirmiştir. Bu durumu bildirim kültürünün yeterli olmadığı şeklinde değerlendiriyoruz. Bu durum sosyolojik olarak da değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Türk toplumunda hata raporlama ispiyonculuk gibi algılanmaktadır. Ayrıca bildirim yapılsa dahi herhangi bir düzeltici önleyici faaliyet olamayacağı düşüncesinin yaygın olarak daha hâkim olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda hasta güvenliği düzeyini kabul edilebilir, çok iyi ve mükemmel olarak değerlendiren sağlık çalışanlarının oranı sırası ile %44,5, %35,9 ve %4,9'dur. Güneş ve arkadaşları (2016) hemşireler üzerinde yaptıkları çalışmalarında bu oranı sırası ile %40, %39 ve %11 olarak bulmuştur (Güneş, Gürlek ve Sönmez, 2016), AHRQ (2012) kabul edilebilir, çok iyi ve mükemmel olarak değerlendirenlerin oranını sırası ile %20, %45 ve %30 olarak bildirmiştir (AHRQ, 2012). Yılmaz ve Duygulu (2019) çalışmalarında kabul edilebilir ve çok iyi olarak değerlendiren hemşirelerin oranı ise sırası ile %36,1 ve %55,5 olarak bildirmiştir.

Çalışmamızda HGKHA'nin 12 boyutu için olumlu yanıtların ortalama yüzdeleri incelendiğinde ilk olarak, tek güçlü yön olarak tanımlayan olumlu yanıt yüzdesinin en yüksek olduğu boyutun, hastane ünite içi ekip çalışması (%85) boyutu olduğu görülmektedir. Dolayısı ile sağlık çalışanlarının ünite içinde ekip ruhu oluşturduğunu ve öğrenmeye, gelişmeye açık oldukları söylenebilir. Bu bir örgüt için oldukça iyi bir özelliktir. Yılmaz ve Duygulu (2019) çalışmasında mevcut çalışma sonuçlarımızla benzer şekilde tek güçlü yönü %75,7 ile hastane ünite içi ekip çalışması olarak bulmuştur (Yılmaz ve Duygulu, 2019).

İkinci olarak iyileştirme potansiyeline sahip olarak tanımlanan boyutlar sırası ile güvenliğin kapsamlı algılanması (%55), hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği (%56), yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri (%60), hastane üniteleri arasında ekip çalışması (%64) ve organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirmedir (%66). Son olarak zayıf yönler olarak tanımlanan boyutlar ise en düşükten yükseğe sırası ile personel sağlama (%21), hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt (%33), hataların raporlanma sıklığı (%36), iletişimin açık tutulması (%39), hastane müdahaleleri ve değişim (%45) ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişim (%48) olarak bulunmuştur. Bu durum sağlık sisteminde personel sayısının yetersizliği, iletişim açıklığı, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişimin yetersiz olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bu sonuçlar Gözlü ve Kaya'nın Türkiye'de yaptıkları çalışmanın sonuçları ile benzer özellikler göstermektedir (Gözlü ve Kaya, 2016). Çalışmamızda zayıf yönler olarak tanımlanan hatalar hakkında geri bildirim ve iletişim (%48) Slovenya'da %72, İskoçya'da %78 ve Hollanda'da %75 olarak bulunmuştur (Smits, Christiaans-Dingelhoff, Wagner, van der Wal ve Groenewegen, 2008; Sarac, Flin, Mearns ve Jackson, 2011). Çalışmamızda zayıf yönler olarak tanımlanan hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıtın (%33), Belçika'da %69, İngiltere'de %65, İsviçre'de %70 olarak bulunmuştur (Hellings, Schrooten, Klazinga ve Vleugels, 2007; Pfeiffer ve Manser, 2010; Waterson, Griffiths, Stride, Murphy ve Hignett, 2010). Personel sağlama (%21) boyutunda ise, Norveç'te %65, Amerika Birleşik Devletleri'nde %63, Slovenya'da %65 olarak bulunmuştur (Smits, Christiaans-Dingelhoff, Wagner, van der Wal ve Groenewegen, 2008; Olsen, 2008; Sorra ve Dyer, 2010). Arabloo ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri, Hollanda, Norveç, Türkiye ve İran'daki hastaneler arasında hasta güvenliği kültürü faktörlerinin ortalama olumlu algılarının karşılaştırılması yapılmış ve Türkiye'deki hastanelerden elde ettiği sonuçların mevcut çalışma sonuçlarımızla uyumlu olduğu görülmüştür (Arabloo, Rezapour, Ebadı ve Mobasheri, 2012). Bu durumu Batı toplumlarında bildirim kültürünün Doğu toplumlarına göre daha gelişmiş olduğu şeklinde yorumlamak mümkündür.

Çalışmamızda zayıf yönlerden olan iletişimin açık tutulması boyutunda bulduğumuz düşük puan oldukça önemlidir. İletişimin açık olmamasının, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hataya karşı geri bildirim ve hataların raporlanma sıklığını da etkileyebileceğini söylemek mümkün olacaktır. Hasta bakımı multidisipliner bir eylemdir ve hastane içindeki çeşitli klinik ortamlarda yapılabilir. Hastane birimleri içindeki iletişim ve ekip çalışması, etkili ve güvenli bakım sağlamak için esastır (Joint Commission Resources, 2007). İletişim eksikliği, hasta güvenliğini ve hasta bakım sonuçlarını önemli ölçüde tehlikeye atabilir. Mevcut kanıtlar aynı zamanda sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişim eksikliğinin tıbbi hataların ana sebeplerinden biri olduğunu göstermektedir (Sandars ve Cook, 2009). Bu nedenle, sağlık hizmeti kalitesinin ve hasta güvenliğinin, sağlık ekibi üyelerinin kendi aralarında ve sağlık hizmeti sağlayıcıları ile hasta arasındaki etkili iletişime bağlı olduğu iyi bilinmektedir (Frank ve Brien, 2008). Bu durum hızlı bir şekilde düzeltilmesi gereken öncelikli bir durumdur. Bu bulgular, olumsuz olaylar hakkında özgürce tartışmaya, meydana gelen hatalar hakkında bilgi paylaşmaya ve tespit edilen hataları korkmadan bildirmeye izin veren açık bir iletişim kültürünü teşvik etmeye yönelik yönetim desteğinin önemini bir kez daha vurgulamaktadır (Frankel, Leonard ve Denham, 2006; McFadden, Stock, Gowen ve Cook, 2006). Yönetim desteğinin sağlanması, güçlü bir hasta güvenliği algısının kurum içerisinde yerleşmesini sağlayabilecek önemli bir faktördür.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının hasta güvenliği olumlu algılarının yaş, cinsiyet, çalışma deneyimi, haftalık çalışma süresi ve mesleğe göre anlamlı olarak farklılaştığı belirlenmiştir. Öte yandan çalışılan birime göre hasta güvenliği olumlu algılarının hasta güvenliği tüm boyutlarında anlamlı olarak farklılaşmadığı belirlenmiştir.

Çalışma bulgularımıza göre kadın sağlık çalışanların erkeklere göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından hatalar hakkında geribildirim ve iletişim olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Yaşı 30 yıldan daha fazla olan sağlık çalışanlarının, 30 yıl ve altında olanlara göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, hastane ünite içi ekip çalışması ve hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Yaş arttıkça yönetici beklentileri ve desteği, güvenlik geliştirme faaliyetleri ve ünite içinde ekip çalışmasına yönelik olumlu algı düzeyinin arttığı görülmektedir.

Çalışma bulgularımıza göre beş yıl ve daha az süredir mesleki deneyime sahip sağlık çalışanlarının HGKHA alt boyutlarından hataların raporlanma sıklığı, iletişimin açık tutulması ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişim olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Öte yandan altı yıl ve daha fazla süredir mesleki deneyime sahip sağlık çalışanlarının HGKHA alt boyutlarından, güvenliğin kapsamlı algılanması, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, hastane ünite içi ekip çalışması, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği ve hastane üniteleri arasında ekip çalışması olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Yunanistan'da yapılan bir çalışmada 10 yıldan daha az deneyime sahip

çalışanların hasta güvenliğine ve kaliteye daha fazla değer verdikleri bulunmuştur (Antonakos, Souliotis, Psaltopoulou, Tountas ve Kantzanou, 2021). Bir başka çalışmada ise mevcut çalışma sonuçlarımızın aksine 10 yılı aşkın deneyimi olan katılımcıların hasta güvenliği puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur (Astier-Peña ve ark., 2015). Yılmaz ve Duygulu (2019) çalışmasında altı yıl ve daha fazla süredir mesleki deneyime sahip hemşirelerin üniteler arası takım çalışması ve yönetici desteği, yönetici beklentileri ve eylemleri, organizasyonel öğrenme olumlu yanıt yüzdesi puanı üzerinde meslekte çalışma süresinin anlamlı bir etkisi bulunduğunu bildirmiştir. Bu sonuçlar mevcut çalışma sonuçlarımızda benzerlik göstermektedir.

Çalışma bulgularımıza göre haftalık çalışma süresi 40 saati aşmayan sağlık çalışanlarının, 40 saatten daha fazla çalışanlara göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından hataların raporlanma sıklığı, iletişimin açık tutulması, hatalar hakkında geribildirim ve iletişim, personel sağlama olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulundu. Bu sonuçlar haftalık çalışma süresi azaldıkça iletişim, personel sağlama, hata raporlama sıklığı ve geri bildirim olumlu puanlarının arttığını göstermektedir. Hastaneler 7/24 hizmet veren kurumlardır ancak birim yöneticileri ve hastane üst yönetimi 08.00-17.00 saatleri arasında gündüz mesaisi ile çalışmaktadır. Eksik personel olduğunda ya da ihtiyaç duyulan hallerde personel sağlama konusunda hastane yöneticileri daha yetkili olmaları nedeni ile personel sağlama konusunda hızlı ve etkili müdahalede bulunmaktadırlar. Döner vardiya (gece ve gündüz) ile çalışan sağlık çalışanları daha fazla mesai ile çalışmaktadır ve sıklıkla gece vardiyasında personel sağlama konusunda sıkıntılar yaşanmaktadır. Bu durum özellikle fazla mesai ile çalışanlarının daha olumsuz algı düzeyine sahip olmalarına neden olabilir. Öte yandan uzun çalışma süreleri ve eksik personel nedeni ile sağlık çalışanları daha fazla stres, yorgunluk, uykusuzluk vb. yaşamaktadırlar. Bu durum sağlık çalışanlarında daha düşük iş tatminine, motivasyon kaybına ve daha fazla tıbbi hataya yol açabilir. Tüm bunların bir sonucu olarak da daha fazla iletişim ve geri bildirim sorunu yaşanabilir. Ayrıca çalışma sonuçlarımız haftalık çalışma süresi 40 saatten daha fazla süre çalışan sağlık çalışanlarının, 40 saati aşmayan sağlık çalışanlarına göre hastane hasta güvenliği kültürü boyutlarından güvenliğin kapsamlı algılanması ve hastane ünite içi ekip çalışması olumlu yanıt yüzdesi puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğunu göstermektedir. Wami ve arkadaşları (2016) çalışmasında haftalık çalışılan saatteki her birim artış için hasta güvenlik kültürü skorunun 0,06 azaldığını bulmuştur (Wami, Demssie, Wassie ve Ahmed, 2016). Başka bir çalışmada uzun çalışma saatlerinin zayıf hasta güvenliği ve bakım kalitesinde düşme ile ilişkili olduğu görülmüştür (Griffiths ve ark., 2014). Bu çalışmaların sonucu bizim çalışmalarımızla uyumaktadır. Yılmaz ve Duygulu (2019) çalışmasında hemşirelerin haftalık çalışma süresi arttıkça, ünite içi takım çalışması olumlu puanlarının düştüğünü bildirmiştir (Yılmaz ve Duygulu, 2019). Bu sonuç, bizim sonuçlarımızın tam aksi yönündedir. Çalışmamızda sağlık çalışanlarının haftalık çalışma süresi arttıkça ünite içi ekip çalışması olumlu yanıt puanları artmaktadır.

5.1. Sınırlılıklar

Çalışmamızın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. İlk olarak çalışma İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı bir eğitim araştırma hastanesindeki sağlık profesyonelleri üzerinde yürütülmüştür ve sonuçlar araştırmaya katılan sağlık profesyonellerinin öz değerlendirmelerine dayalıdır. Bu nedenle, bu sonuçlar diğer kamu ve özel hastanelerde çalışan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği kültürünü yansıtmayabilir. Ayrıca, 6 aydan daha az süre mesleki deneyimi olan çalışanların, yeterli deneyime sahip olmamaları nedeniyle çalışma kapsamının dışında bırakılmasına karar verilmiştir. Bu durum eksik veri toplanmasına neden olmuş olabilir. Mesleğe yeni başlayan sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği konusundaki yeterliliklerinin araştırılabileceği gelecekteki çalışmalarla bu durum düzeltilebilir. Diğer bir sınırlılığımız ise zaman ve maliyet kısıtlılığı nedeni ile çalışmada kolayda örnekleme stratejisinin seçilmiş olmasıdır. Rasgele seçimin olmaması nedeniyle bu durum örnekleme çerçevesindeki potansiyel bir yanlılığa neden olabilir. Son olarak çalışmamız Türkiye'de çoğunlukla hemşireler üzerinde yapılan araştırmadan farklı olarak, hasta tedavi ve bakımında görev alan ve hasta güvenliğinin sağlanmasında önemli rolleri olan doktor, anestezi tekniker, fizyoterapist vb. sağlık profesyonellerini de kapsamaktadır. Bundan dolayı hasta güvenliğinin sağlanmasında meslekler arası rollerin önemini ortaya koyması nedeni ile bu durumun araştırmamızın güçlü yönü olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇ

Çalışma sonuçlarımız, sağlık çalışanlarının hasta güvenliği olumlu algılarının yaş, cinsiyet, çalışma deneyimi, haftalık çalışma süresi ve mesleğe göre anlamlı olarak farklılaştığını, çalışılan birime göre ise hasta güvenliği olumlu algılarının anlamlı farklılaşmadığını göstermiştir. Ek olarak sonuçlarımız, sağlık çalışanlarının kurumda ekip halinde çalışmayı olumlu bulduklarını ancak iş yükünü kaldıracak personel sayısının yetersiz olduğuna yönelik algıya sahip olduklarını göstermiştir. Genel olarak, AHRQ ve diğer ülkelerde yapılan çalışmalar ile karşılaştırıldığında birçok boyutta iyileştirme gerektiren alanlar olduğu görülmektedir. HGKHA'nın 12 boyutu için pozitif yanıtların ortalama yüzdesi değerlendirildiğinde, hastane ünite içi ekip çalışması tek güçlü yöndür. Bunun yanında güvenliğin kapsamlı algılanması, hasta güvenliği için hastane yönetiminin desteği, yönetici beklentileri ve güvenlik geliştirme faaliyetleri, hastane üniteleri arasında ekip çalışması ve organizasyonel öğrenme ve sürekli geliştirme hastanede iyileştirmesi gereken alanlardır. Buna karşılık personel sağlama, hataya karşı cezalandırıcı olmayan yanıt, hataların raporlanma sıklığı, iletişimin açık tutulması, hastane müdahaleleri ve değişim ve hatalar hakkında geribildirim ve iletişim ise hastanedeki zayıf alanlar olarak belirlenmiştir.

Hasta güvenliği kültürünü geliştirmek için bazı önlemlerin alınması önem arz eder. Personelin nitelik ve niceliği iş yükünü kaldıracak düzeyde olmalıdır. Sağlık çalışanlarının sayısının yetersizliğinden kaynaklanan yüksek iş yükü ve düşük mesleki tatmin tıbbi hatalara neden olabileceğinden, sağlık kurumları ihtiyaca göre yeterli sayıda sağlık çalışanı ile hizmet vermelidir. Sağlık çalışanlarının çalışma saatleri dengeli bir şekilde düzenlenmelidir. Fazla çalışma saatlerinin sağlık çalışanlarının verimliliğini azaltabileceği ve hata yapmasına neden olabileceği düşünülerek mesai saatleri ayarlanmalıdır. Hatalar yapıldığında, bunlar "sistem" sorunu olarak değerlendirilmelidir. Bu nedenle sağlık çalışanlarını suçlamak yerine hataların tekrarını önlemek için gerekli önlemler alınmalıdır. Sağlık kurumları yöneticileri, hasta güvenliği prosedürlerine uygun klinik bakım sunumunda sağlık çalışanlarını takdir etmeli ve hasta güvenliğini artırmak için sağlık çalışanlarının önerilerini ciddiye almalıdır. Birimler arası ve sağlık çalışanları arası iletişim geliştirilmeli, hastane birimleri uyum içinde çalışmalıdır. İşlevsel bağımlılığın çok yüksek olduğu sağlık kurumlarında iyi bir iletişim birçok tıbbi hatayı önleme potansiyeline sahiptir. Hasta güvenliği kültürü ile ilgili farkındalığı artırmak ve daha fazla dikkat edilmesi gereken alanları belirlemek için belirli aralıklarla hasta güvenliği kültürü değerlendirmeleri yapılmalıdır.

Hasta güvenliği kültürü ile ilgili bilimsel bilgi birikiminin giderek artmasına rağmen henüz istenilen düzeye ulaşamamıştır ve tıbbi hatalardan kaynaklanan zararlar sağlık hizmetlerinin sunumunda yer almaya devam etmektedir. Hastanelerdeki güvenlik kültürü algılarının iyileştirilmesi önemli ölçüde çaba ve kaynak gerektirebilir. Sağlık hizmetinin sunumuna katkıda bulunan hastane çalışanlarının, hasta güvenliği kültürü algılarına yönelik daha fazla araştırma yapılması, kritik ihtiyaçları belirlemeye ve hasta güvenliğinin iyileştirilmesine yardımcı olabilir. Ayrıca, politika ve eylemlerde, hasta güvenliğine en yüksek önceliğin verilmesi ve önleyici yaklaşımların teşvik edilmesi yoluyla hasta güvenliği kültürünün yönetim tarafından daha fazla desteklenmesi, hasta güvenliği kültürünün güçlendirilmesi ve geliştirilmesi açısından kritik öneme sahiptir.

Bu çalışmada elde edilen sonuçların, hasta güvenliği sorunlarına yönelik sağlık çalışanları arasında farkındalık yaratması açısından literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Çalışmamız sağlık çalışanları tarafından bildirilen sonuç değişkenleri ile sınırlı olmasına ve objektif olarak ölçülen advers olay ve ramak kala olayların sıklığına göre doğrulanmamış olmasına rağmen, sonuçlar hastanelerin hasta güvenliği kültürüne bir sistem yaklaşımı getirmesine, hasta güvenliği sorunlarının çözümüne yönelik planlama çabalarına ve hasta güvenliği kültürünü değerlendirmelerine yardımcı olabilir. İsim verme, suçlama ve utandırma kültürünün tehlikeli uygulamalarını zamanla ortadan kaldırmanın oldukça önemli olduğuna da özellikle dikkat çekmek istiyoruz. Hasta güvenliğini artırmak için güvenli, endişe yaratmayan bir raporlama ve öğrenme ortamı oluşturulmalıdır. Hasta güvenliği hatalarına cezai olmayan bir yaklaşım ve hata bildirenlerin korunması, sağlık politikalarının önceliklerinden biri olmalıdır. Ek olarak sağlık hizmetlerinde bir dış kalite değerlendirme aracı olarak son yıllarda giderek daha fazla ilgi gören akreditasyon, hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine katkı sağlayabilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Birinci yazar yöntemin belirlenmesi, analiz ve sonuçların raporlanması aşamalarından, ikinci yazar makalenin literatür taraması ve tartışma ve sonuç aşamasından, üçüncü yazar ise veri toplanması aşamalarından sorumludur. Çalışmaya birinci yazar %40 oranında, ikinci yazar %40, üçüncü yazar %20 oranında katkı sağlamıştır. Tüm yazarlar makaleyi gözden geçirmiştir.

Destek ve Teşekkür Beyanı: Desteklerinden dolayı katılımcılara teşekkür ederiz.

Çatışma Beyanı: Yazarlar, bu makalede bildirilen çalışmayı etkileyebilecek hiçbir finansal çıkarları veya kişisel ilişkileri olmadığını beyan eder.

KAYNAKÇA

- AHRQ-Agency for Healthcare Research and Quality (2012). Erişim Adresi: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/2012/hospurv121.pdf> [Erişim Tarihi: 08.03.2023].
- Ajzen, İ. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Alonso-Sardón, M., Sáez-Lorenzo, M., Chamorro, A. J., Fernández-Martín, L. C., Iglesias-de-Sena, H., González-Núñez, V., ... & Mirón-Canelo, J. A. (2022). Adverse Effects in Patients with Intellectual and Developmental Disabilities Hospitalized at the University Clinical Hospital. *Journal of Personalized Medicine*, 12(11), 1898. <https://doi.org/10.3390/jpm12111898>
- Anderson, J. G., Ramanujam, R., Hensel, D. J., & Sirio, C. A. (2010). Reporting trends in a regional medication error data-sharing system. *Health Care Management Science*, 13, 74–83. <https://doi.org/10.1007/s10729-009-9111-1>
- Antonakos, I., Souliotis, K., Psaltopoulou, T., Tountas, Y., & Kantzanou, M. (2021). Patient safety culture assessment in primary care settings in Greece. In *Healthcare* (9), 7, 880. MDPI. <https://doi.org/10.3390/healthcare9070880>
- Arabloo, J., Rezapour, A., Ebadi, F. A. F., & Mobasheri, Y. (2012). Measuring patient safety culture in Iran using the Hospital survey on patient safety culture (HSOPS): an exploration of survey reliability and validity. *International Journal of Hospital Research* 1(1),15–27.
- Astier-Peña, M. P., Torijano-Casalengua, M. L., Olivera-Cañadas, G., Silvestre-Busto, C., Agra-Varela, Y., & Maderuelo-Fernández, J. Á. (2015). Are Spanish primary care professionals aware of patient safety?. *The European Journal of Public Health*, 25(5), 781–787. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv066>
- Badgery-Parker, T., Pearson, S. A., Dunn, S., & Elshaug, A. G. (2019). Measuring hospital-acquired complications associated with low-value care. *JAMA Internal Medicine*, 179(4), 499–505. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.7464>
- Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V., Blais, R., Brown, A., Cox, J., ... & Tamblyn, R. (2004). The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Cmaj*, 170(11), 1678–1686. <https://doi.org/10.1503/cmaj.1040498>
- Basson, T., Montoya, A., Neily, J., Harmon, L., & Watts, B. V. (2021). Improving patient safety culture: a report of a multifaceted intervention. *Journal of Patient Safety*, 17(8), e1097–e1104.
- Batalha, E. M. S. D. S., & Melleiro, MM. (2015). Cultura de segurança do paciente em um hospital de ensino: diferenças de percepção existentes nos diferentes cenários dessa instituição. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 24, 432–441. <https://doi.org/10.1590/0104-07072015000192014>
- Batalha, E. M. S. D. S., & Melleiro, MM. (2017). Gestão hospitalar e cultura de segurança do paciente na percepção da equipe de enfermagem. *Rev. Baiana Saúde Pública*, 40(2016). <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2016.v40.n0.a2670>
- Berber, N., & Sari, M. (2010). Kavramsal değişime dayalı öğretim stratejilerinin fizik dersine yönelik bazı duyuşsal özelliklerin gelişimine etkisi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2), 45–64.
- Boan, D. M., Nadzam, D., & Clapp Jr, J. R. (2012). The impact of variance in perception of the organization on capacity to improve in hospital work groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 206. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/a0028547>
- Bodur, S., & Filiz, E. (2010). Validity and reliability of Turkish version of hospital survey on patient safety culture and perception of patient safety in public hospitals in Turkey. *BMC Health Services Research*, 10, 28–39.
- Carver, N., Gupta, V., & Hipskind, J. E. (2022). Medical error. In *StatPearls* [Internet]. Stat Pearls Publishing.
- Clapper, T. C., & Ching, K. (2020). Debunking the myth that the majority of medical errors are attributed to communication. *Medical Education*, 54(1), 74–81. <https://doi.org/10.1111/medu.13821>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd Ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Colla, J. B., Bracken, A. C., Kinney, L. M., & Weeks, W. B. (2005). Measuring patient safety climate: a review of surveys. *BMJ Quality & Safety*, 14(5), 364–366. <https://doi.org/10.1136/qshc.2005.014217>
- Eltarhuni, A. S., Tawfeeq, H. O., & El-Abidi, J. S. (2020). Assessment of patient safety culture in Benghazi children's hospital from the viewpoint of nursing staff. *Libyan Journal of Medical Sciences*, 4(4), 179.

- Faul, F., Erdfelder, E., Buchner, A., & Lang, A. G. (2009). Statistical power analyses using G* Power 3.1: Tests for correlation and regression analyses. *Behavior research methods*, 41(4), 1149–1160. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.4.1149>
- Frank JR, Brien S, (2008). *The Safety Competencies: Enhancing Patient Safety Across the Health Professions*. Ottawa, ON: Canadian Patient Safety Institute.
- Frankel, A. S., Leonard, M. W., & Denham, C. R. (2006). Fair and just culture, team behavior, and leadership engagement: The tools to achieve high reliability. *Health Services Research*, 41(4p2), 1690–1709.
- Frellick, M. (2016). Medical Error Is Third Leading Cause of Death in US Marcia Frellick. *Medscape*.
- Gözlu, K., & Kaya, S. (2016). Patient safety culture as perceived by nurses in a Joint Commission International Accredited Hospital in Turkey and its comparison with Agency for Healthcare Research and Quality Data. *Journal of Patient Safety & Quality Improvement*, 4(4), 441–449.
- Griffiths, P., Dall’Ora, C., Simon, M., Ball, J., Lindqvist, R., Rafferty, A. M., ... & Aiken, L. H. (2014). Nurses’ shift length and overtime working in 12 European countries: the association with perceived quality of care and patient safety. *Medical care*, 52(11), 975. <https://doi.org/10.1097/MLR.000000000000233>
- Güneş, Ü. Y., Gürlek, Ö., & Sönmez, M. (2016). A survey of the patient safety culture of hospital nurses in Turkey. *Collegian*, 23(2), 225–232. <http://dx.doi.org/10.1016/j.colegn.2015.02.005>
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2013). *Multivariate Data Analysis: Pearson Education Limited*.
- Haugen, A. S., Sjøfteland, E., Eide, G. E., Nortvedt, M. W., Aase, K., & Harthug, S. (2010). Patient safety in surgical environments: cross-countries comparison of psychometric properties and results of the Norwegian version of the Hospital Survey on Patient Safety. *BMC Health Services Research*, 10(1), 1–10.
- Hellings, J., Schrooten, W., Klazinga, N., & Vleugels, A. (2007). Challenging patient safety culture: survey results. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 20(7), 620–632.
- Helo, S., & Moulton, CE. (2017). Complications: acknowledging, managing, and coping with human error. *Translational Andrology and Urology*, 6(4), 773–782. <https://doi.org/10.21037/tau.2017.06.28>
- Hofer, T. P., Kerr, E. A., & Hayward, R. A. (2000). What is an error?. *Effective clinical practice*, 3(6).
- Joint Commission Resources, Inc. (2007). *Front line of defense: the role of nurses in preventing sentinel events*. Joint Commission on. 442. Erişim Adresi: <https://store.jcrinc.com/front-line-of-defense-the-role-of-nurses-in-preventing-sentinel-events-3rd-edition/> [Erişim Tarihi: 08.03.2023].
- Kohn L.T., Corrigan J.M., & Donaldson M.S. (eds.): (2000) *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press, 2000.
- Landrigan, C. P., Parry, G. J., Bones, C. B., Hackbarth, A. D., Goldmann, D. A., & Sharek, P. J. (2010). Temporal trends in rates of patient harm resulting from medical care. *New England Journal of Medicine*, 363(22), 2124–2134. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa1004404>
- Makary, M.A., & Daniel, M. (2016). Medical error—the third leading cause of death in the US. *BMJ*, 353, i2139. <https://doi.org/10.1136/bmj.i2139>
- McFadden, K. L., Stock, G. N., Gowen, C. R., & Cook, P. (2006). Exploring strategies for reducing hospital errors. *Journal of Healthcare Management*, 51(2), 123.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ Quality & Safety*, 12(2), ii17–ii23. http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Norman, G. R., Monteiro, S. D., Sherbino, J., İlgen, J. S., Schmidt, H. G., & Mamede, S. (2017). The causes of errors in clinical reasoning: cognitive biases, knowledge deficits, and dual process thinking. *Academic Medicine*, 92(1), 23–30. <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001421>
- Olsen, E. (2008). *Quality and safety improvement research: methods and research practice from the International Quality Improvement Research Network (QIRN)*.
- Oyebode, F. (2013). Clinical errors and medical negligence. *Medical Principles and Practice*, 22(4), 323–333. <https://doi.org/10.1159/000346296>
- Pagano RR. (2009). *Understanding Statistics in the Behavioral Sciences*. Belmont: Wadsworth, Cengage Learnin, p.267–277.
- Pfeiffer, Y., & Manser, T. (2010). Development of the German version of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: Dimensionality and psychometric properties. *Safety Science*, 48(10), 1452–1462.

- Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: a systematic review by characteristics of hospital survey on patient safety culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660–677. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- Sandars, J., & Cook, G. (Eds.). (2009). *ABC of patient safety*. John Wiley & Sons.
- Sarac, C., Flin, R., Mearns, K., & Jackson, J. (2011). Hospital survey on patient safety culture: psychometric analysis on a Scottish sample. *BMJ Quality & Safety*, 20(10), 842–848.
- Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychological Association*, 45(2), 109-19. [http://ciow.org/docsB/Schein\(1990\)OrganizationalCulture.pdf](http://ciow.org/docsB/Schein(1990)OrganizationalCulture.pdf) [Erişim Tarihi: 08.03.2023].
- Smits, M., Christiaans-Dingelhoff, İ., Wagner, C., van der Wal, G., & Groenewegen, P. P. (2008). The psychometric properties of the 'Hospital Survey on Patient Safety Culture' in Dutch hospitals. *BMC Health Services Research*, 8(1), 1–9.
- Sorra, J. S., & Dyer, N. (2010). Research article Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture.
- Sorra, J., Famolaro, T., Dyer, N., Khanna, K., & Nelson, D. (2011). Hospital Survey on Patient Safety Culture 2011 comparative database report, appendixes, parts II and III (Appendixes for AHRQ Publication No. 11- 0030). (Prepared by Westat, Rockville, MD, under contract No. HHS 290200710024C). Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; April 2011.
- The Institute for Healthcare Improvement-İHİ (2013). Patient Safety Dictionary, National Patient Safety Foundation. Erişim Adresi: <http://www.npsf.org/?page=dictionary> [Erişim Tarihi: 07.03.2023].
- Wami, S. D., Demssie, A. F., Wassie, M. M., & Ahmed, A. N. (2016). Patient safety culture and associated factors: A quantitative and qualitative study of healthcare workers' view in Jimma zone Hospitals, Southwest Ethiopia. *BMC health services research*, 16(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1757-z>
- Waterson, P., Griffiths, P., Stride, C., Murphy, J., & Hignett, S. (2010). Psychometric properties of the Hospital Survey on Patient Safety Culture: findings from the UK. *Quality and Safety in Health Care*, 19(5), e2–e2.
- Weingart, N. S., Wilson, R. M., Gibberd, R. W., & Harrison, B. (2000). Epidemiology of medical error. *BMJ*, 320(7237), 774–777. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.774>
- Weingart, S. N., & Page, D. (2004). Implications for practice: challenges for healthcare leaders in fostering patient safety. *BMJ Quality & Safety*, 13(2), ii52–ii56. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2003.009621>
- WHO (2009). Human Factors in patient safety: Review of topics and tools. 2009. Erişim adresi: https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf [Erişim Tarihi: 23.03.2023].
- WHO (2013). Patient Safety. Erişim Adresi: <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Health-systems/patient-safety> [Erişim Tarihi: 07.03.2023].
- Yılmaz, A., & Duygulu, S. (2019). Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü Algılarının ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 3(6), 171-185. <https://doi.org/10.5222/SHYD.2019.79553>
- Yücenur, G. N., Demirel, N. C., Ceylan, C., & Demirel, T. (2011). Hizmet değerinin müşterilerin davranışsal niyetleri üzerindeki etkisinin yapısal eşitlik modeli ile ölçülmesi. *Dogus University Journal*, 12 (1), 156–168.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

E-SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN SAĞLIK ALGISI ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ*

INVESTIGATION OF THE EFFECT OF E-HEALTH LITERACY LEVEL ON PERCEPTION OF HEALTH

Öğr. Gör. Şerife KIBRIS¹
Dr. Öğr. Üyesi Selman KIZILKAYA²

ÖZ

Bu araştırmanın amacı, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerine etkisinin tespit edilmesidir. Araştırmada veri toplama tekniklerinden anket yöntemine başvurulmuştur. Anket içerisinde, öğrencilerin kişisel özelliklerini ortaya koyan soruların yanında e-sağlık okuryazarlık düzeyi ve sağlık algısını ortaya koyan ifadeler yer almaktadır. Araştırmada, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerine etkisinin tespiti noktasında tarama modeli kullanılmıştır. Modelde, e-sağlık okuryazarlık düzeyi tek boyutta ele alınmış iken sağlık algısı, kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık boyutlarında ele alınmıştır. Online ve yüz yüze uygulanan anket sonucunda elde edilen veriler SPSS paket programı ile çözümlenmiştir. Katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyinin 28,80 olduğu belirlenmiştir. E-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı ve alt boyutları ile pozitif ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanında, e-sağlık okuryazarlığın sağlık algısı üzerinde etkisinin pozitif yönde olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: E-sağlık, Sağlık Algısı, Kontrol Merkezi, Öz farkındalık

JEL Sınıflandırma Kodları: I1, I10, I18.

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the effect of e-health literacy level on health perception. Questionnaire method, one of the data collection techniques, was used in the study. In the questionnaire, besides the questions that reveal the personal characteristics of the students, there are statements that reveal the e-health literacy level and health perception. In the research, scanning model was used to determine the effect of e-health literacy level on health perception. In the model, e-health literacy level was handled in one dimension, while health perception, control center, certainty, importance of health and self-awareness dimensions were handled. The data obtained as a result of the online and face-to-face survey were analyzed with the SPSS package program. It was determined that the e-health literacy level of the participants was 28,80. It has been determined that e-health literacy level has a positive relationship with health perception and its sub-dimensions. In addition, it has been determined that e-health literacy has a positive effect on health perception.

Keywords: E-health, Health Perception, Control Center, Self-awareness

JEL Classification Codes: I1, I10, I18.

* Bu çalışma, 17-18 Kasım 2022 tarihlerinde, Diyarbakır'da Dicle Üniversitesi Disiplinlerarası Uluslararası Sempozyumu'nda, sözlü bildiri olarak sunulmuş ve özeti yayınlanmış, "E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Algısı Üzerine Etkisi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma" başlıklı bildirinin, genişletilmiş tam metni olarak hazırlanmıştır.

¹ Kastamonu Üniversitesi, Araç Rafet Vergili Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümü, skibris@kastamonu.edu.tr

² Dicle Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, selman.kizilkaya@dicle.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

Health is a phenomenon of vital importance in the continuation of one's life. Different views have been expressed about the definition of health from past to present. In these views, the importance given to health is discussed from different perspectives. At the point of improving the current health status or maintaining a healthy state, it is possible for people to understand health-related situations and act in this direction with the development of health literacy. With the developing technology, individuals can now obtain all kinds of information about their health status from the internet. By using communication technologies, e-health literacy level, which includes obtaining information about health status and understanding the acquired information, and the value attributed to health can be differentiated. E-health literacy has an effect that enables the perception of health to develop in the desired direction. This research was carried out to determine the effect of e-health literacy level on health perception.

Design/methodology/approach:

Questionnaire method was used in the research. For the implementation of the questionnaires, the ethics committee approval was obtained by the Social and Human Sciences Research and Publication Ethics Committee of Kastamonu University on 17.05.2022 with the number of meetings as 5 and the number of decisions as 27. The questionnaires were administered to the participants online and face-to-face between 09/05/2022-09/07/2022. In addition to the questions revealing the personal characteristics of the students, the questionnaire includes questions about e-health literacy and health perception. E-health literacy scale, developed by Norman and Skinner (2006) and adapted into Turkish by Coşkun and Bebiş (2015), consists of 8 statements. These statements are on a 5-point Likert scale, ranging from 1: strongly disagree to 5: strongly agree. The lowest 8 points and the highest 40 points are taken from the scale. Perception of Health Scale, developed by Diamond, Becker, Arenson, Chambers, and Rosenthal (2007) and adapted to Turkish by Kadioğlu and Yıldız (2012), consists of a total of 15 statements. The scale consists of four sub-dimensions: "Control Center", "Self-Awareness", "Precision" and "Importance of Health". 1, 5, 9, 10, 11 and 14 items in the scale are positive statements, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13 and 15 items are negative statements. Positive statements are scored as "I strongly agree = 5" and "I strongly disagree = 1", while negative statements are scored inversely. The minimum score that can be obtained from the scale is 15, and the maximum score is 75. In the research, the relational screening model in the screening model was used and the relationship between e-health literacy level and health perception and the direction of this relationship were revealed with this model. The data obtained as a result of the survey application in the research were analyzed with the SPSS 26 package program. During the analysis process, frequency, descriptive statistics, reliability, normality test, correlation analysis and regression analysis were used.

Findings:

It was observed that 33% of the participants were girls and 67% were boys. It was observed that 57.6% of the participants were under the age of 21, 34.7% were 21-23 years old, 4.3% were 24-26 years old, and 3.4% were 27 years old and over. It was observed that 32.7% of the participants used health services 1-2 times in the last 1 year, 46.8% used it 3-4 times, 20.5% used it 5 or more times. It was observed that 9% of the participants used drugs regularly, and 91% of them did not use drugs regularly. In the study, it was determined that the total mean score of e-health literacy level was 28.80 ± 4.945 . It was determined that the total mean score of the health perception scale was 48.04 ± 10.606 , the control center was 10.68 ± 3.498 , the precision was 12.82 ± 3.733 , the importance of health was 13.79 ± 2.673 , and finally self-awareness was 13.76 ± 5.068 . In the study, it was concluded that the data were normally distributed, since the Skewness and Kurtosis values were in the range of -1.5 to +1.5. It has been determined that there is a positive relationship between e-health literacy level and health perception and its sub-dimensions. Finally, it has been determined that e-health literacy has a positive effect on health perception.

Conclusion and Discussion:

In the study, it was determined that the e-health literacy level of the participants was above the middle. It has been determined that there is a linear relationship between the e-health literacy level of the participants and their health perception. Accordingly, as e-health literacy level increases, health perception also increases in the same direction.

1. GİRİŞ

Sağlığın geliştirilmesi ve iyi sağlık halinin sürdürülmesi noktasında, sağlıkla ilgili bilgilere ulaşma, anlama ve bilgiyi kullanmak için sahip olunan zihinsel ve sosyal beceriler sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (Nutbeam, 2000). Bir diğer tanımla, sağlık okuryazarlığı, bireyin hastalığını önlemek ve mevcut sağlık durumunu geliştirmek amacıyla sağlığa dair bilgileri anladığı, yorumladığı ve bu doğrultuda uygun davranış sergilemesidir (Değerli ve Tüfekçi, 2018). Sağlık hizmetlerinin kullanımında yetersizlik, koruyucu sağlık hizmetlerinin uygulanmaması ve ilaç kullanımında artış gibi sağlık sonuçlarıyla ilişkili olan sağlık okuryazarlığı, sağlığa ilişkin bilgilerin elde edilmesinin yanısıra bu bilgilerin anlaşılması ve kullanılması için gerekli bilişsel ve sosyal beceri olarak da tanımlanmaktadır (Akalin, 2022; Nutbeam, 2000). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili broşürleri okumaktan ve hastane randevuları yapmaktan çok daha fazlası olduğunu ifade etmiştir (DSÖ, 2009).

Sağlık okuryazarlığı, beslenme alışkanlıkları, fiziksel aktivite düzeyleri, sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı gibi bireyin sağlık durumu üzerinde etkili olan durumlarında birey tarafından algılanma ve yorumlanmasında kritik öneme sahiptir (Özdemir, Yıldırım ve Hablemitoğlu, 2015). Bir çalışmada, sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlıksız yaşam, koruyucu bakım hizmetlerinden yararlanmada sorunlar, hastalıklar hakkında daha az bilgi sahibi olma ve tedaviye uymada sıkıntı yaşama gibi birçok problemi beraberinde getirdiği tespit edilmiştir (Yüksel ve Deniz, 2019). Bir diğer çalışmada, sınırlı sağlık okuryazarlığının sağlıkla ilgili bilgilerin yanlış yorumlanması, tedavinin bozulması, sağlığa ayrılan kaynakların etkin kullanılmaması, tedavi maliyetlerini ve mortaliteyi artırabilecek ciddi sağlık sonuçları gibi birçok konu ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (Sezgin, 2013). Yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinde olan kişilerin koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullandığı, hastalık belirtilerine daha az önem verdiği ve doktorun verdiği talimatlara daha az uyduğu ifade edilmektedir (Scott, Gazmararian, Williams ve Baker, 2002). Yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip kişiler ise daha olumlu sağlık davranışları sergileme eğilimindedir (Doğan ve Çetinkaya, 2019).

Kişiler bir hastalıktan şüphelendiklerinde veya sorunlarla karşılaştıklarında doktora veya sağlık kuruluşuna başvurmadan önce internet aracılığıyla çeşitli web sitelerinden, web platformlarından, forumlardan ve sosyal medyadan bilgi almaya çalışır ve ardından doktora ve sağlık kuruluşuna başvururlar (Yılmaz, 2014; Zülfiyar, 2014; Cutilli, 2010). Bireyler, hastalık ve tedavileri hakkında bilgi alma, muayene için randevu alma, doktor ve hastane seçme, tetkik sonuçlarını görüntüleme, tedavi, ilaç ve bakımı nasıl yapacağını bilme, sağlıkla ilgili ürünleri satın alma gibi konularda kolaylık sağladığından ötürü interneti kullanmaktadır (Yılmaz, 2014; Zülfiyar, 2014; Çetin ve Özhanlı, 2018). İnternetin yoğun kullanımı, bilgiye erişebilirlik noktasında eşitsizliği azaltmıştır. Birçok kullanıcının faydalı ve kaliteli bilgiye erişimde ciddi sorunlarla karşı karşıya kaldığı bilinmektedir. Özellikle sağlık ve tıbbi içerikli paylaşımlarda internetin ciddi sorunları beraberinde getirdiği bilinmektedir (Tennant, Stelfson, Dodd, Chaney, Chaney, Paige ve Alber, 2015). Örneğin, insanlar internette sağlık bilgileri edinerek kendi kendine teşhis koyma, tedaviye yön verme, önerilen tedaviyi reddetme ve güncel olmayan sağlık bilgilerine güvenme gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (Yüksel ve Deniz, 2019). Bu durum, e-sağlık okuryazarlığın önemini ortaya koymaktadır.

E-sağlık kavramı, sağlık durumunun geliştirilmesi, sağlığa erişimin sağlanması ve sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli sunumu noktasında bilgi ve iletişim teknolojilerinin etkin şekilde kullanılmasıdır (Özer, Özmen ve Özkan, 2020). E-sağlık okuryazarlığı ise kişinin sağlığıyla ilişkili olarak karşılaşılan sorunun ne olduğunu öğrenmek, tanımak ve anlamak amacıyla iletişim teknolojilerinin kullanılmasıdır (Gençyürek Erdoğan, 2019). E-sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan kişilerin, sağlık alanında güvenilir kaynaklardan bilgi edinme ve kronik hastalıkların yönetiminde, diğer bireylere kıyasla daha başarılı olduğu ifade edilmektedir (Efthymiou, Middleton, Charalambous ve Papastavrou, 2017; Sharma, Oli ve Thapa, 2019). Yeni ortaya çıkan bilgi ve iletişim teknolojilerinin kullanımı ile sağlık hizmetlerinin etkin kullanımı ve sağlık düzeyinin geliştirilmesini amaçlayan e-sağlık okuryazarlığı, kişisel, sosyal ve çevresel etkenlere göre sürekli gelişim içerisinde (Neter ve Brainin, 2012).

Sağlık algısı, kişinin mevcut sağlık durumuyla ilgili öznel değerlendirmeleri içeren duygu ve düşüncelerdir (Şenol, Çetinkaya, Ünalın, Balci ve Öztürk, 2010). Sağlık algısı, kişinin davranışları, tutumu, inancı ve tecrübelerinin yanı sıra cinsiyet, yaş, eğitim durumu ve medeni durum gibi kişisel faktörlere göre şekillenmektedir. Bununla beraber, fiziksel ve sosyal çevrenin de sağlık algısı üzerinde etkili olduğu bilinmektedir (WHO, 2020). Kişinin kronik rahatsızlığa sahip olmasına rağmen kendini sağlıklı olarak tanımlaması veya herhangi bir rahatsızlığa sahip olmamasına rağmen kendini sağlıklı olarak tanımlaması sağlık algısı ile ilişkili bir durumdur (Tuğut ve Bekar,

2008). Sağlık algısı, kişilerin kendi sağlık davranışlarını algılama düzeyi ve biçimi, yeni davranışların kazanılmasında veya var olan davranışların değiştirilmesinde önemlidir. Kişi sağlık sorunu olduğunun farkında değilse, sağlığının düzelmesi için gerekli çabayı göstermeyecek ve alanında uzman bir kişiden yardım almayacaktır. Sağlık davranışları üzerine yapılan çeşitli araştırmalar, kendilerini sağlıksız olarak algılayan bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının daha düşük düzeyde olduğunu, bu nedenle bireylerin sağlık algılarının özelliklerinin çok önemli olduğunu göstermiştir (Sertçelik, 1999).

Sağlık algısı, sağlığın daha iyi veya kötüye doğru ilerlemesinde önemli bir rol oynar (Özdelikara, Ağaçdiken Alkan ve Mumcu, 2018). Sağlık bilinci ve davranışı, bireyin mevcut sağlık durumuna ilişkin önyargılarının ve beklentilerinin bir tezahürü olarak olumlu ya da olumsuz bir süreç izlemektedir (Açıksöz, Uzun ve Arslan, 2013). Sağlıklı yaşlanma ve kronik hastalıklardan kaçınmak için gençlerin ve yetişkinlerin sağlığın önemini farkında olmaları gerekir (Tkatch, Musich, MacLeod, Kraemer, Hawkins, Wicker ve Armstrong, 2017).

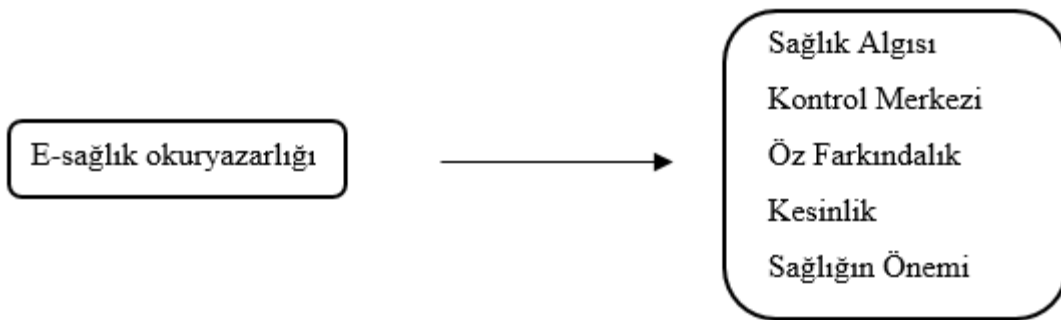
Sağlık alanında bilgi kaynağı genelde sağlık alanında çalışan uzmanlar olmakla birlikte çağımızda teknolojinin sürekli gelişmesiyle internet kaynakları sağlık konusunda toplumun uygulama alanı haline gelmiştir. Bu nedenle, sağlıkla ilgili konulardaki bilgileri anlama ve uygulamanın sağlıkla ilgili davranışlarda önemli etkisinin olduğu düşünülmektedir (Uslu ve Şeremet, 2020). Düzenli fiziksel aktivite faaliyetlerinde bulunan, zararlı alışkanlıklardan uzak duran ve bakımlarına önem veren kişilerin sağlık algısı diğer bireylere kıyasla daha yüksek olacaktır (Polat, Özen, Bayrak Kahraman ve Bostanoğlu, 2015; Wilson ve Cleary, 1995). Bu algının olumlu olması noktasında, e-sağlık okuryazarlığının önemli bir rolü vardır. Bu kapsamda, çalışmada e-sağlık okuryazarlığın sağlık algısı üzerine olan etkisinin tespit edilmesi amaçlanmıştır.

2. YÖNTEM

Çalışmanın bu kısmında, araştırmanın modeli, hipotezleri, yeri ve zamanı ile evren ve örneklem ile ilgili bilgilerin yanısıra veri toplama araçları ile istatistiksel analiz yöntemlerin neler olduğu açıklanmıştır. Son kısımda, araştırmanın etik yönü ile ilgili bilgiler aktarılmıştır.

2.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

E-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerindeki etkisinin ele alındığı bu çalışmada tarama modeli kullanılmıştır. Çalışmada tarama modellerinden ilişkisel tarama modeli kullanılmıştır. Araştırmada, bağımsız değişken olan e-sağlık okuryazarlığı tek boyuttan oluşmakta iken bağımlı değişken olan sağlık algısı ölçeği kontrol merkezi, öz farkındalık, kesinlik ve sağlığın önemi olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır.



Şekil 1. Araştırmanın Modeli

Araştırmada model kapsamında aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

- H₁. E-sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık algısını anlamlı düzeyde etkiler.
- H₂. E-sağlık okuryazarlık düzeyi sağlığın önemini anlamlı düzeyde etkiler.
- H₃. E-sağlık okuryazarlık düzeyi kesinliği anlamlı düzeyde etkiler.
- H₄. E-sağlık okuryazarlık düzeyi öz farkındalığı anlamlı düzeyde etkiler.
- H₅. E-sağlık okuryazarlık düzeyi kontrol merkezini anlamlı düzeyde etkiler.

2.2. Araştırma Yeri ve Zamanı

Araştırma, Kastamonu Üniversitesi bünyesinde yer alan Enstitüler, Fakülteler, Yüksekokulları ve Meslek Yüksekokullarında öğrenim gören öğrenciler ile 09/05/2022-09/07/2022 tarihleri arasında yürütüldü. Üniversite öğrencilerinin araştırmaya dahil edilmesinin nedeni, bu grubun mobil cihaz ve internet kullanım oranlarının yüksek olmasıdır. Nitekim bir çalışmada, sağlıkla ilgili bilgi edinmede sıkça başvurulan araçlardan birinin internet olduğu bildirilmiştir. Çalışmada, e-sağlık çözümlerinin kullanımı açısından internet tabanlı bilgi sistemlerinin e-sağlık okuryazarlığını zorunlu kıldığı dile getirilmiştir (Gilstad, 2014). Bir diğer çalışmada, hemşirelik öğrencilerinin %70,2'sinin sağlıkla ilgili karar alırken internet kullanımı faydalı bulduğu, %63,5'inin ise internette arama yaparken edindikleri sağlık bilgisini önemli bulduğu aktarılmıştır (Tubaishat ve Habiballah, 2016). Şenel Tekin'in (2019) çalışmasında ise, Türkiye'de bir devlet üniversitesinde öğrenim gören tıbbi dokümantasyon ve sekreterlik önlisans programı öğrencilerinin %52,9'unun sağlıkla ilgili bilgiye ulaşmada başvurduğu kaynağın internet olduğu bildirilmiştir.

2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırmanın evreni, Kastamonu Üniversitesi'ndeki öğrencilerden oluşmaktadır. Söz konusu üniversitede öğrenim gören öğrenci sayısı 27.273'tür. Örneklemi ise öğrenciler arasından basit tesadüfi örnekleme yöntemiyle araştırmaya gönüllü katılmayı kabul eden ve anket formlarını eksiksiz dolduranlardan oluşmaktadır. Erdoğan ve Yazıcıoğlu'na (2004) göre 27.273 kişilik evrende %95 güven aralığında, ulaşılması gereken kişi sayısı 384'tür. Bu çalışmada, 698 öğrenciden elde edilen veriler analiz edilmiştir.

2.4. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veriler anket yolu ile elde edilmiştir. Online ve yüz yüze olacak şekilde ulaştırılan anket formu içerisinde katılımcıların kişisel özelliklerinin yanısıra E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Ölçeği ve Sağlık Algısı Ölçeği yer almaktadır. Kişisel özellikler içerisinde cinsiyet, yaş, son 1 yıl içerisinde kaç defa sağlık hizmeti alındığı ve düzenli ilaç kullanımı ile ilgili sorular yer almaktadır. E-sağlık okuryazarlık ölçeği, Norman ve Skinner (2006) tarafından geliştirilmiş ve Coşkun ve Bebiş (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanmış olup toplam 8 ifadeden oluşmaktadır (Norman ve Skinner, 2006; Coşkun ve Bebiş, 2015). Ölçek; internet kullanmayla ilgili 2 madde ve internet tutumunu ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Tek boyuttan oluşan ölçek 1: Kesinlikle katılmıyorum ile 5: Kesinlikle katılıyorum arasında olacak şekilde 5'li likert tipi ölçektir. Ölçekten en düşük 8 puan, en yüksek 40 puan alınmaktadır. Ölçeğin Cronbach's Alpha katsayısı 0,80 olarak tespit edilmiştir. Sağlık Algısı Ölçeği, Diamond, Becker, Arenson, Chambers ve Rosenthal (2007) tarafından geliştirilmiş olup Türkçe'ye Kadioğlu ve Yıldız (2012) tarafından uyarlanmıştır. Ölçek 15 madde ve "Kontrol Merkezi", "Öz Farkındalık", "Kesinlik" ve "Sağlığın Önemi" olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. 5'li Likert olacak şekilde yapılandırılan ölçekte yer alan 1, 5, 9, 10, 11 ve 14 maddeler olumlu ifadeler, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 12, 13 ve 15 maddeler olumsuz ifadelerdir. Olumlu ifadeler "Çok katılıyorum= 5" ve "Hiç katılmıyorum= 1" şeklinde puanlanmakta iken olumsuz ifadeler ters puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en az puan 15, en çok puan 75'dir. Ölçeğin, yapılan güvenilirlik analizi sonucunda Cronbach Alpha katsayısı 0,85 olarak tespit edilmiştir.

2.5. İstatistiksel Analizler

Bu araştırmada elde edilen verilerin analizinde SPSS 26 paket programı kullanılmıştır. Buna göre, katılımcıların kişisel özelliklerinin ortaya konmasında frekans dağılımına yer verilmiştir. Ölçek ve alt boyutlarına ilişkin tanımlayıcı istatistikler için betimsel istatistiklere; verilerin normal dağılıma uygunluğu için Skewness ve Kurtosis değerlerine bakılmıştır. Tabachnick ve Fidell'e (2001) göre, Skewness ve Kurtosis değerlerinin -1,5 ila +1,5 aralığında olması durumunda veriler normal dağılıma uygundur. Araştırmada, değişkenler arasındaki ilişki tespiti için korelasyon analizine yer verilmiştir. Son olarak, bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerine olan etkisinin tespitinde regresyon analizine yer verilmiştir.

2.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, Kastamonu Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrenciler ile sınırlıdır. Bu nedenle elde edilen sonuçlar genellenemez. Araştırma, anket formunda yer alan ölçeklerle sınırlıdır. Son olarak, verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemlerle sınırlıdır.

2.7. Araştırmanın Etik Yönü

Bu araştırmanın gerçekleştirilmesi noktasında Kastamonu Üniversitesi Rektörlüğü, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu tarafından 17.05.2022 tarihinde toplantı sayısı 5 ve karar sayısı 27 olarak etik kurul izni alınmıştır.

3. BULGULAR

Araştırmaya katılanların %33'ü kadın, %67'si erkek; %57,6'sı 21 yaş altında, %34,7'si 21-23 yaşında, %4,3'ü 24-26 yaşında, %3,4'ü ise 27 yaş ve üzerindedir. Öğrencilerin %32,7'si son 1 yıl içerisinde 1-2 kez sağlık hizmeti kullandığını, %46,8'i 3-4 kez, %20,5'i 5 ve daha fazla kez kullandığını ifade etmiştir. Son olarak, öğrencilerin %9'u düzenli ilaç kullandığını, %91'i ise kullanmadığını ifade etmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Araştırmaya Katılanları Tanımlayıcı Bulgular

| | | N | % |
|---|-----------------|-----|-------|
| Cinsiyet | Kadın | 230 | 33,0 |
| | Erkek | 468 | 67,0 |
| Yaş | 21 yaş altı | 402 | 57,6 |
| | 21-23 yaş | 242 | 34,7 |
| | 24-26 yaş | 30 | 4,3 |
| | 27 yaş ve üzeri | 24 | 3,4 |
| Son 1 Yıl İçerisinde Alınan Sağlık Hizmeti Sayısı | 1-2 kez | 228 | 32,7 |
| | 3-4 kez | 327 | 46,8 |
| | 5 ve fazlası | 143 | 20,5 |
| Düzenli İlaç Kullanımı | Evet | 63 | 9,0 |
| | Hayır | 635 | 91,0 |
| | TOPLAM | 698 | 100,0 |

E-sağlık okuryazarlık düzeyi toplam puan ortalamasının 28,80±4,945 olduğu tespit edilmiştir. Sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamasının 48,04±10,606 kontrol merkezinin 10,68±3,498, kesinliğin 12,82±3,733, sağlığın öneminin 13,79±2,673 ve son olarak öz farkındalığın 13,76±5,068 olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2). Skewness ve Kurtosis değerlerinin -1,5 ila +1,5 arasında olmasından ötürü, verilerin normal dağıldığı belirlenmiştir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Bu nedenle, çalışmada parametrik test yöntemleri kullanılmıştır.

Tablo 2. Araştırmada Yer Alan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Bulgular

| Değişken | Ort. | SS | Skewness | Kurtosis |
|------------------------|-------|--------|----------|----------|
| E-Sağlık Okuryazarlığı | 28,80 | 4,945 | ,109 | ,259 |
| Sağlık Algısı | 48,04 | 10,606 | ,280 | ,370 |
| Sağlığın Önemi | 10,68 | 3,498 | -,791 | -,257 |
| Kesinlik | 12,82 | 3,733 | ,202 | -,615 |
| Öz Farkındalık | 10,79 | 2,673 | -,090 | -,623 |
| Kontrol Merkezi | 13,76 | 5,069 | ,742 | -,127 |

Araştırmada, e-sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık algısı ($r=,580$, $p<,01$) arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir. E-sağlık okuryazarlık düzeyi ile kontrol merkezi ($r=,404$, $p<,01$), kesinlik ($r=,479$, $p<,01$), sağlığın önemi ($r=,603$, $p<,01$) ve öz farkındalık ($r=,470$, $p<,01$) arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 3. E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Sağlık Algısı Arasındaki İlişkinin Korelasyon Analizi Bulguları

| Değişken | Sağlık Algısı | Kontrol Merkezi | Kesinlik | Sağlığın Önemi | Öz Farkındalık |
|------------------------|---------------|-----------------|----------|----------------|----------------|
| E-Sağlık Okuryazarlığı | ,580** | ,404** | ,479** | ,603** | ,470** |

** p<0,01.

Araştırmada e-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerine pozitif yönde etkisi olduğu görülmüştür (t=7,708, p<,01). E-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısını açıklama oranının %33,6 olduğu tespit edilmiştir (r²=,336). E-sağlık okuryazarlık düzeyinin kontrol merkezi üzerine etkisinin pozitif yönde (t=2,757, p<,01); açıklama oranının ise %16,3 olduğu görülmüştür (r²=,163). Tabloda ayrıca, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin kesinlik üzerine etkisine yönelik sonuçlar yer almaktadır. Buna göre, söz konusu etkinin pozitif yönde olduğu sonucuna ulaşılmıştır (t=4,812, p<,01). Bu kısımda, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin kesinlik alt boyutunu açıklama oranının ise %22,9 olduğu görülmüştür (r²=,229). E-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlığın önemi üzerine pozitif yönde etkisi olduğu ortaya çıkmıştır (t=11,622, p<,01). E-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlığın önemi alt boyutunu açıklama oranının %36,4 olduğu tespit edilmiştir (r²=,364). Son olarak, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin öz farkındalık üzerine etkisinin pozitif yönlü (t=4,560, p<,01), açıklama oranının ise %22,1 olduğu tespit edilmiştir (r²=,221) (Tablo 4).

Tablo 4. E-sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Algısı Üzerine Olan Etkisinin Regresyon Analizi Bulguları

| Değişken | β | SH | t | r | r ² | F | p |
|-----------------|-------|-------|--------|-------|----------------|---------|-----|
| Sağlık Algısı | 0,601 | 0,078 | 7,708 | 0,580 | 0,336 | 59,413 | ,00 |
| Kontrol Merkezi | 0,074 | 0,027 | 2,757 | 0,404 | 0,163 | 7,603 | ,01 |
| Kesinlik | 0,135 | 0,028 | 4,812 | 0,479 | 0,229 | 23,151 | ,00 |
| Sağlığın Önemi | 0,318 | 0,019 | 11,622 | 0,603 | 0,364 | 135,060 | ,00 |
| Öz Farkındalık | 0,175 | 0,038 | 4,560 | 0,470 | 0,221 | 20,791 | ,00 |

4. TARTIŞMA

Bu çalışma, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerine etkisinin tespit edilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, e-sağlık okuryazarlık düzeyi toplam puan ortalamasının 28,80 olduğu tespit edilmiştir. Bu değer, katılımcıların e-sağlık okuryazarlık düzeyinin ortanın üzerinde olduğunu göstermektedir. Seyret'in (2019) çalışmasında, e-sağlık okuryazarlık ölçeği toplam puan ortalamasının 26,27; Ergün, Kızıl Sürücü ve Işık'ın (2019) çalışmasında ise bu değer 25,98 olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamasının 48,04, kontrol merkezi alt boyutuna ait puan ortalamasının 10,68, kesinliğin 12,82, sağlığın öneminin 13,79 ve son olarak öz farkındalığın 13,76 olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, öğrencilerin sağlığına önem verdikleri ve sağlık durumunu şans ve kader gibi inanca bağlamadığı ifade edilebilir. Özdelikara'nın (2018) çalışmasında sağlık algısı ölçeği toplam puan ortalamasının 50,57, en yüksek ortalamanın 17,37 ile kontrol merkezi, en düşük ortalamanın ise 10,48 ile öz farkındalık boyutuna ait olduğu tespit edilmiştir. Gür ve Sunal'ın (2019) yaptıkları çalışmada, sağlık algısı toplam puanının 47,37 olduğu, en yüksek alt boyutun ortalama 15,32 ile kontrol merkezi, en düşük boyutun ise 9,81 ortalama ile öz farkındalık boyutu olduğu tespit edilmiştir. Olgun ve Kutlu'nun (2022) çalışmasında, sağlık algısı ölçeği toplam puanının 48,20 olduğu ve en yüksek olan alt boyutun ortalama 15,20 ile kontrol merkezi, en düşük alt boyutun ise ortalama 10,40 ile öz farkındalık boyutu olduğu tespit edilmiştir. Araştırmalarda ortaya çıkan farklı sonuçlar, örneklem kitlesinin özelliklerinin birbirinden farklı olmasıyla açıklanabilir.

E-sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık algısı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bununla beraber, e-sağlık okuryazarlık düzeyi ile kontrol merkezi, kesinlik, sağlığın önemi ve öz farkındalık arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç, Yiğitalp, Bayram Değer ve Çiftçi (2021) ile Kuloğlu ve Uslu'nun (2022) çalışmasında elde edilenlerle benzerlik göstermektedir.

Çalışmada, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık algısı üzerine pozitif yönde etkisi olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, e-sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça sağlık algısı da aynı doğrultuda artış gösterecektir. Yapılan

araştırmalarda, sosyal statüsü, gelir düzeyi ve eğitim düzeyi düşük olan grupların sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olduğu, sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olan bu grubun sağlık algısının da kötü olduğu tespit edilmiştir (WHO, 2013; Pinxten ve Lievens, 2014).

Araştırmada elde edilen sonuçta, e-sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlığın önemi üzerine pozitif yönde etkisi olduğu tespit edilmiştir. Özdemir ve arkadaşlarına (2015) göre, sigara, alkol ve diğer zararlı maddelerden uzak durma, fiziksel aktivite faaliyetlerinde bulunma ve yaşam kalitesinin yükseltilmesi sağlığa verilen önemle yakından ilişkili olup bu önem sahip olunan sağlık okuryazarlık düzeyiyle ilişkilidir. Scott ve arkadaşlarına (2002) göre, kişinin sağlık durumuyla ilgili olarak semptomlarına önem vermemesi, koruyucu sağlık hizmetlerini daha az kullanması ve kişisel sağlık bakımına önem vermemesi yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyi ile ilgilidir. Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin sağlığa attıkları önemin daha yüksek olduğu ifade edilebilir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

E-sağlık okuryazarlığı, kişinin mevcut sağlık durumu veya gelecekte karşılaşacağı sağlık durumuyla ilgili bilgi edinmek ve sorunlarına çözüm aramak amacıyla iletişim araçlarından etkin bir şekilde yararlanmasıdır. E-sağlık okuryazarlık düzeyinin olumlu yönde gelişim seyir etmesi durumunda kişinin sağlığa verdiği önem artacak ve öz farkındalık düzeyi artış gösterecektir. Bundan ötürü, sağlık algısının geliştirilmesi noktasında özellikle internetin amaç doğrultusunda kullanılarak e-sağlık okuryazarlığına önem verilmelidir. Bu doğrultuda, sağlık okuryazarlık düzeylerini geliştirici uygulamalara yer verilmesi gerekmektedir. Örneğin, teknolojik gelişmişlik bağlamında, online yöntemlerle sağlık okuryazarlığını artırıcı programlara başvurulabilir. Bunun yanında, elektronik kaynaklar aracılığıyla sağlıkla ilgili bilgi edinilmeyi gösteren e-sağlık okuryazarlığının sağlık algısı üzerine olan etkisinde internet kullanım süresinin düzenleyici rolünü ortaya koyan yeni bir çalışma alanı belirlenebilir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

- Açıksöz, S. ve Uzun, Ş. ve Arslan, F. (2013). Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algısı ile Sağlığı Geliştirme Davranışları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, (55), 181-187, 2013. Doi:10.5455/gulhane.15228.
- Akalın, E. (2022). Türk Toplumunda Sağlık Okur-Yazarlığı Oranlarının Belirlenmesi. Erişim adresi: http://www.Actus.Com.Tr/Files/T_Sinopsis.pdf. (03.12.2022).
- Coşkun, S. ve Bebiş, H. (2015). Adolesanlarda E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği: Türkçe Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 57 (4),378-384.
- Cutilli, C. C. (2010). Seeking Health Information: What Sources Do Your Patients Use? *Orthop Nurs*. 29(3):214-219.
- Çetin İ, Özhanlı Y. (2018). Cerrahi hastalarının sağlık bilgisine ulaşmada internet kullanım özellikleri. *KOU Sağ Bil Derg* 2018;4(2):44-49.
- Değerli, H. ve Tüfekçi, N. (2018). Toplumun Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. *AVRASYAD*. 2018; 6(15):467-88.
- Diamond, J. J. ve Becker, J. A. ve Arenson, C. A. ve Chambers, C. V. ve Rosenthal, M. P. (2007). Development of A Scale To Measure Adults' Perceptions of Health: Priliminary Findings. *Journal of Community Psychology*, 35(5):557-61.
- Doğan, M. ve Çetinkaya, F. (2019). Akademisyenlerde Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Olumlu Sağlık Davranışlarıyla İlişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28(3), 135-41. doi: 10.34108/eujhs.492647.
- DSÖ, (2009). 7th Global Conference on Health Promotion: Track Themes 2009. Erişim adresi: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/>. (25.12.2022).
- Efthymiou, A. ve Middleton, N. ve Charalambous, A. ve Papastavrou, E. (2017). The Association of Health Literacy and Electronic Health Literacy With Selfefficacy, Coping, and Caregiving Perceptions Among

- Carers of People With Dementia: Research Protocol For A Descriptive Correlational Study. *JMIR Research Protocols*, 6(11): E221. <https://doi.org/10.2196%2Fresprot.8080>.
- Ergün, S. ve Kızıl Sürücüler, H. ve Işık, R. (2019). E-Health Literacy and Healthy Lifestyle Behaviors in Adolescents: The Case of Balıkesir. *JAREN*, 5(3):194-203. doi:10.5222/Jaren.2019.65002
- Ertaş, H. ve Kıracı, R. ve Demir, R. N. (2019). Dijital Okuryazarlık ve E-Sağlık Okuryazarlığı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. 3. Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Sakarya Üniversitesi, Sakarya.
- Gençyürek Erdoğan, M. (2019). E-Sağlık Okuryazarlığı: Dijital Mecralarda Sağlık Reklamları”, Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Gilstad, H. (2014). Toward a Comprehensive Model of eHealth Literacy. In: E.A.A. Jaatun, E. Brooks, K.E. Berntsen, H. Gilstad, M. G. Jaatun (eds.): Proceedings of the 2nd European Workshop on Practical Aspects of Health Informatics (PAHI 2014), Trondheim Norway
- Gür, G. ve Sunal, N. (2019). Koroner Arter Hastalarında Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Ve Meslekleri Dergisi*, 6(2), 210-219. doi: 10.17681/hsp.420313
- Kadıoğlu, H. ve Yıldız, A. (2012). Sağlık Algısı Ölçeği'nin Türkçe Çevriminin Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri*, 32, 47-53.
- Kuloğlu, Y. ve Uslu, K. (2022). Geleceğin Sağlık Çalışanlarında Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Algısı Üzerindeki Etkisi, *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 23(1), 255-277. doi: 10.31671/doujournal.955317.
- Neter, E. ve Brainin, E. (2012). Ehealth Literacy: Extending The Digital Divide To The Realm of Health Information. *Journal of Medical Internet Research*, 14(1), E19.
- Norman, C. D. ve Skinner, H. A. (2006). Ehealth Literacy: Essential Skills For Consumer Health in A Networked World [Electronic Version]. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), E9. <https://doi.org/10.2196/jmir.8.2.e9>.
- Nutbeam, D. (2000). Health Literacy As A Public Health Goal: A Challenge For Contemporary Health Education And Communication Strategies Into The 21st Century. *Health Promotion International*, 15(3): 259-267. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>.
- Olgun, Z., ve Kutlu, R., (2022). Aile Hekimliği Polikliniğine Başvuran Bireylerin Sağlık Algısı ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Değerlendirilmesi. *TJFMPC*, 16(1): 196-205. doi: 10.21763/tjfmpp.1006496
- Özdelikara, A. ve Ağaçdiken Alkan, S. ve Mumcu, N. (2018). Hemşirelik Öğrencilerinde Sağlık Algısı, Sağlık Anksiyetesi ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Bakırköy Tıp Dergisi*, 14, 275-82. doi: 10.5350/BTDMJB.20170310015347.
- Özdemir, B. ve Yıldırım, F. ve Hablemitoğlu, Ş. (2015). Aktif Yaşlanma İçin Sağlık Okuryazarlığı. F. Yıldırım, & A. Keser İçinde, *Sağlık Okuryazarlığı* (S. 75-90). Ankara: Ankara Üniversitesi.
- Özer, Ö. ve Özmen, S. ve Özkan, O. (2020). Sosyal Medya Kullanımının E-Sağlık Okuryazarlığına Etkisinin İncelenmesi. *Alanya Akademik Bakış*, 4(2), 353-367. doi: 10.29023/alanyaakademik.679417
- Pinxten, W. ve Lievens, J. (2014). The Importance of Economic, Social and Cultural Capital in Understanding Health Inequalities: Using A Bourdieu-Based Approach in Research On Physical and Mental Health Perceptions. *Sociology of Health and Illness*, 36(7), 1095-1110. doi: 10.1111/1467-9566.12154.
- Polat, Ü. ve Özen, Ş. ve Bayrak Kahraman, B. ve Bostanoğlu, H. (2015). Factors Affecting Health-Promoting Behaviors in Nursing Students At A University İn Turkey. *Journal Of Transcultural Nursing*, 27(4):413-9. doi: 10.1177/1043659615569536.
- Scott, L. T. ve Gazmararian J. A. ve Williams, M. V. ve Baker, D. W. (2002). Health Literacy and Preventive Health Care Use Among Medicare Enrollees in A Managed Care Organization. *Medical Care*, 40(5), 395-404. doi: 10.1097/00005650-200205000-00005.
- Sertçelik, E. (1999). Üniversiteli Gençlerin Sağlık Davranışlarının Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Seyret, M. (2019). Adölesanların, E-Sağlık Okuryazarlığı, Sağlığı Geliştirme Bilgisi ve Yaşam Biçimi Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Lefkoşa.
- Sezgin, D. (2013). Sağlık okuryazarlığını anlamak Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. 2013; Özel Sayı 3(Sağlık İletişimi):73-92.
- Sharma, S. ve Oli N. ve Thapa, B. (2019). Electronic Health–Literacy Skills Among Nursing Students. *Advances İn Medical Education And Practice*, 10: 527-532. doi: 10.2147/AMEP.S207353.

- Şenel Tekin, P. (2019). Tıbbi Sekreterlerde Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlıklı Yaşam Davranışları: Öğrenci Sekreterler Boyutunda Bir Değerlendirme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22(3), 577-598. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/48867/622667>.
- Şenol, V. Çetinkaya, F. Ünalın, D. Balci, E. Öztürk, A. (2010). Determinants of self-rated health in general population in Kayseri, Turkey. Türkiye Klinikleri J Med Sci. 30(1):88-96.
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2001). Using Multivariate Statistics. Massachusetts, United States of America: Allyn ve Bacon.
- Tennant, B. ve Stellefson, M. ve Dodd, V. ve Chaney, B. ve Chaney, D. ve Paige, S. ve Alber, J. (2015). Ehealth Literacy and Web 2.0 Health Information Seeking Behaviors Among Baby Boomers and Older Adults. Journal of Medical Internet Research, 17(3), 1-16. doi: 10.2196/jmir.3992.
- Tkatch, R. ve Musich, S. ve Macleod, S. ve Kraemer, S. ve Hawkins, K. ve Wicker, E. R. ve Armstrong, D. G. (2017). A Qualitative Study To Examine Older Adults' Perceptions of Health: Keys To Aging Successfully. Geriatric Nursing, 38(6), 486-95. doi: 10.1016/j.gerinurse.2017.02.009.
- Tubaishat, A., Habiballah, L. (2016). EHealth Literacy Among Undergraduate Nursing Students. Nurse Education Today, 42, 47-52. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.04.003.
- Tuğut, N. ve Bekar, M. (2008). Üniversite öğrencilerinin sağlığı algılama durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasındaki ilişki. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11(3):17-26.
- Uslu, D. ve Şeremet, G. (2020). Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesi. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 6(2), 386-394.
- Yazıcıoğlu, Y. ve Erdoğan, S. (2004). Spss Uygulamalı Bilimsel Araştırma Yöntemleri. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Yılmaz, E. (2014). The Impact of Patients' Medical Information Seeking Behaviours On The Internet On Doctor-Patient Communication in Turkey. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi. 93-108.
- Yiğitalp, G. ve Bayram Değer, V. ve Çifçi, S. (2021). Health Literacy, Health Perception and Related Factors Among Different Ethnic Groups: A Cross-Sectional Study in Southeastern Turkey. BMC Public Health, (1109), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-11119-7>.
- Yüksel, O. ve Deniz, S. (2019). Bireylerin E-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. In 2nd International Conference On Data Science And Applications (ICONDATA'19).
- Zülfikar, H. (2014). The Internet Usage Behaviour and Access Patterns of The Patients To The Health Information On The Internet. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. 22(1):46-52.
- WHO. (2020). What is the WHO definition of health? Erişim adresi: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-askedquestions>, (20.02.2023).
- WHO. (2013). Health Literacy The Solid Facts. Copenhagen: WHO Regional Office For Europe.
- Wilson, I. B. ve Cleary, P. D. (1995). Linking Clinical Variables With Health Relatedquality of Life. A Conceptual Model of Patient Outcomes. JAMA The Journal of The American Medical Association, 273(1), 59-65.



DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

YENİDOĞAN SAĞLIK GÖSTERGESİ OLARAK DOĞUM KİLOSU *

BIRTHWEIGHT AS A NEONATAL HEALTH INDICATOR

Öğr. Gör. Dr. Hakan DEĞERLİ¹

Dr. Öğr. Üyesi Hasan Giray ANKARA²

ÖZ

Yenidoğan sağlığı, halk sağlığı bağlamında üzerinde durulması gereken konulardan biridir. Yenidoğan sağlığını değerlendirmek amacıyla kullanılan göstergelerden biri de doğum kilosudur. Doğum kilosu, yenidoğanın doğum anındaki ağırlığını ifade etmektedir. Doğum kilosunu etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler genetik, tıbbi, çevresel, sosyoekonomik ve demografik olarak ifade edilmektedir. Söz konusu faktörlerden doğum kilosunun yenidoğan sağlığına olumsuz etkilerini hafifletmek veya ortadan kaldırmak adına önenebilir olanlarına odaklanmak halk sağlığı açısından önemlidir. Doğum kilosunun düşük veya yüksek olması yenidoğan sağlığı üzerinde kısa ve uzun vadede olumsuz etkileri olabilmektedir. Bu çalışma doğum kilosunun sosyoekonomik ve demografik belirleyicilerini ele almaktadır. Öte yandan hem düşük hem de yüksek doğum kilosunun yenidoğan sağlığı üzerindeki etkilerini önceki araştırmalar ışığında değerlendirmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Yenidoğan Sağlığı, Doğum Kilosu, Düşük Doğum Kilosu, Yüksek Doğum Kilosu

JEL Sınıflandırma Kodları: I18, I10, I12.

ABSTRACT

Neonatal health is an important issue to consider in the context of public health. One of the indicators used to evaluate neonatal health is birthweight. It refers to the weight of the neonate at the time of birth. There are several factors that affect birthweight. There factors are genetic, medical, environmental, socio-economic, and demographic factors. It is important from a public health perspective to focus on preventable factors that could mitigate or eliminate the negative effects of these factors on neonatal health. Low or high birthweight could have an impact not only in the neonatal period but also in childhood. This study evaluates socio-economic and demographic determinants of birthweight, and reviews the effects of both low and high birthweight on neonatal health based on previous researches.

Keywords: Neonatal, Neonatal Health, Birthweight, Low Birthweight, High Birthweight.

JEL Classification Codes: I18, I10, I12.

* Bu çalışma Dr. Öğr. Üyesi Hasan Giray ANKARA danışmanlığında Hakan DEĞERLİ tarafından hazırlanan ve 21.12.2022 tarihinde savunulan Türkiye'de Yenidoğan Sağlığı Üzerine Ekonometrik Analizler başlıklı doktora tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

¹ Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Programı, hhakandegerli@gmail.com

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık İktisadi Anabilim Dalı, hg.ankara@sbu.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

The purpose of the study is to evaluate socio-economic and demographic determinants of birthweight, and reviews the effects of both low and high birthweight on neonatal health based on previous researches

Design/methodology/approach:

In this study, the effects of both low and high birthweight on neonatal health are reviewed based on previous researches.

Findings:

Socio-economic and demographic determinants of low birthweight include; body mass index during pregnancy, mother's height, mother's employment status, being the first child, birth intervals, age at marriage, poor maternal nutrition, low maternal weight gain during pregnancy, racial and ethnic differences, alcohol consumption during pregnancy, and violence during pregnancy. In addition to these, other determinants include the mother's education level, the family's income level, the region where the family lives, the type of pregnancy, the neonate's gender, parity, maternal age, the mother's cigarette use during pregnancy, antenatal care, the mother's weight at the time of birth. Low birth weight is a significant cause of mortality, morbidity, disability, and neonatal mortality during infancy and childhood. In addition, low birth weight is associated with increased risk of infection, inadequate nutrition, anaemia, and hearing impairments. It is also known that birth weight can affect the adult period. Risks in this period include shorter height in adulthood, increased blood pressure, increased risk of diabetes, higher risk of coronary heart disease later in life, and risks of stroke and obstructive lung disease. Low birth weight also increases the risk of weaker cognitive skills in the neonatal period, and there are strong links between low birth weight and lower academic performance, as well as mental, behavioural, and learning difficulties in childhood. Low birth weight is also associated with psychomotor developmental delays, negative emotional states, and behavioural disorders. According to studies conducted to identify the factors that affect high birth weight (i.e., macrosomia), some of the socio-economic and demographic determinants that affect this condition have been associated with ethnic origin and prenatal care, obesity in the mother before birth, excessive weight gain during pregnancy, and excessive maternal nutrition. Other risk factors for macrosomia include the mother's height, re-pregnancy shortly after birth, low caffeine intake, gestational age of 40-42 weeks or older, and marital status. In addition, macrosomia is affected the mother's education level and income level of the family. It is stated that macrosomia is generally a problem in developed countries and/or regions. It has been found in previous studies that weight gain in single births creates a risk for macrosomia. In addition, macrosomia risk has been identified in males born with a higher birth weight compared to females. According to literature, the risk of macrosomia also increases in mothers who have given birth to more than two children. On the other hand, it has been determined that the risk of macrosomia also increases with increasing birth age. Previous studies have shown that macrosomia is more common in mothers who do not smoke and that inadequate prenatal care also increases the risk of macrosomia. In addition, maternal nutrition and anthropometric variables, as well as physical activity levels, are also related to macrosomia. Like low birth weight, high birth weight also has short- and long-term risks. Short-term health risks of high birth weight include intraportal hypoxia, brachial plexus injuries, low Apgar score, suffocation-drowning, and neonatal hypoglycaemia. Other short-term risks include shoulder dystocia, brachial plexus injury, perinatal asphyxia, polycythaemia, electrolyte abnormality, congenital abnormality, neonatal mortality, neonatal jaundice, stillbirth, meconium aspiration, and chorioamnionitis. In addition, the risk of clavicular fracture and skeletal injuries is higher in macrosomic neonates. Long-term risks of high birth weight include obesity, metabolic syndrome, and later-life cancer, astrocytoma's, acute lymphoblastic leukaemia, acute myeloid leukaemia, Wilms tumour (nephroblastoma), type 2 diabetes, diabetes-related mortality, childhood asthma, and prostate cancer. In addition to neonatal risks, macrosomia also carries maternal risks, including prolonged birth, operative births, and high maternal complications such as perineal injuries.

Conclusion and Discussion:

Considering the factors that affect both low and high birth weight, it seems possible to prevent some of these risks (i.e., socioeconomic and demographic factors) by developing various strategies related to many factors. In this context, it is considered important to create and implement any policy that will contribute to neonatal health.

1. GİRİŞ

Yenidoğan sağlığı güncel halk sağlığı konularından biridir (Marmot & Commission on Social Determinants of Health, 2007). Toplumların sağlığa ilişkin göstergeleri ele alınırken yenidoğan sağlık göstergeleri de önemli bir yer tutmaktadır (Reidpath & Allotey, 2003). Yenidoğan sağlığına ilişkin önemli göstergelerin başında yenidoğan (neonatal) ölüm hızı gelmektedir. Neonatal mortalite 1990'lı yıllarda küresel anlamda %65 düzeyinden 2020 yılında %17 seviyesine (United Nations Children's Fund, 2021), ulusal düzeyde ise aynı yıllarda %55'ten (Türkiye İstatistik Kurumu, 2020) %8,5'e (OECD Stats, 2022) gerilemiştir. Yenidoğan sağlığı açısından neonatal mortalitedeki bu gelişme oldukça önemli olsa da özellikle OECD ülkeleri ile kıyaslandığında Türkiye'de yüksek neonatal ölüm hızının varlığından söz edilebilmektedir (OECD Stats, 2022).

Doğumdan sonraki ilk dört haftayı (0-28 gün) kapsayan süreçteki bebekler yenidoğan olarak adlandırılmaktadır (World Health Organization, 2022). Yenidoğan sağlığı hem mortalite hem de morbidite açısından sadece gelişmekte olan ülkeler için değil; gelişmiş ülkelerin de gündemindeki bir halk sağlığı meselesidir (National Center for Health Statistics, 1993; World Health Organization, 2012). Bununla birlikte yenidoğan sağlığı, ülkelerin gelişmişlik düzeyi açısından da önemli bir bileşendir. Başka bir ifade ile toplumların refah düzeyleri değerlendirmelerinde yenidoğan sağlığı da önemli bir yer tutmaktadır (Wilcox, 2001).

Yenidoğan sağlığı değerlendirilirken göz önünde bulundurulacak göstergelerden biri olan doğum kilosu, doğumdan hemen sonra alınan ilk ağırlık ölçümü olarak tanımlanmaktadır (Agorinya et al., 2018). Doğum kilosunu etkileyen faktörlerin oldukça çeşitli olduğu bilinmektedir. Bu belirleyicilerden bazıları annenin sağlık durumu, beslenmesi, biyolojik, sosyoekonomik ve genetik etmenlerdir (Wilcox, 2001). Söz konusu belirleyicilerden özellikle önlenebilir olan faktörler üzerinde durmak, yenidoğan sağlığı temelinde toplum sağlığı açısından önem arz etmektedir. Doğum kilosunun yenidoğan sağlığına etkileri hem erken hem de ileri yaş dönemlerde oldukça farklılaşmaktadır (Strauss, 2000). Bu doğrultuda çalışmanın amacı doğum kilosunu etkileyen önlenebilir faktörlerden olan sosyoekonomik ve demografik belirleyicileri ve doğum kilosunun yenidoğan sağlığına etkilerini önceki araştırmalar ışığında ele almaktır.

2. YENİDOĞAN SAĞLIK GÖSTERGESİ OLARAK DOĞUM KİLOSU

Sağlıklı bir bebeklik ve çocukluğun evrensel göstergelerinden biri doğum kilosudur (Nair et al., 2000). Doğum kilosunun önemli bir yenidoğan sağlık göstergesi olarak kabul edilmesi yenidoğanın sadece büyüme ve gelişme (Goldstein, 1971), biliş ve sakatlık üzerindeki etkileri değil; diğer çocukluk sonuçlarının da belirleyicisi niteliği taşımasındandır (Strauss, 2000). Sağlıklı term bebeklerde doğum kilosunun 2500 gr. ile 4000 gr. aralığında olması arzulanan bir durumdur. Başka bir ifade ile bebeklerin 37-41. gebelik haftalarında dünyaya gelmesi miadında (term) doğum olarak kabul edilir. Bu dönem içerisinde doğan bebeklerin doğum kilosu 2500-4000 gr. aralığında olması beklenir (World Health Organization & UNICEF, 2004). Dolayısıyla doğum kilosunun yenidoğan sağlık göstergesi olarak ele alınmasında iki temel ayrım göz önünde bulundurulmaktadır. Bunlardan ilki düşük doğum kilosu ikincisi ise yüksek doğum kilosudur. Düşük doğum kilosu 3 kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar; düşük doğum kilosu (1500-2499 gr.), çok düşük doğum kilosu (1000-1499), aşırı düşük doğum kilosu (1000 gramdan daha az) olarak nitelendirilen gruplardır. Düşük doğum kilosu fetal büyümede önemli bir kısıtlılık ya da preterm doğum olarak görülmektedir. Öte yandan yüksek doğum kilosunun 4000 gr. üzerinde dünyaya gelen bebeklerde makrozomi olarak isimlendirildiği bilinmektedir. Makrozominin de literatürde farklı şekillerde sınıflandırıldığı görülmektedir. Makrozomi yaygın bir şekilde 4000 gr. referansıyla tanılsa da 4500 gr., 5000gr. ve 5500gr. doğum kilosuna göre tanımlanan bir terim olduğu ifade edilmektedir (World Health Organization, 2018; World Health Organization & UNICEF, 2004). Doğum kilosu bu çalışmada yenidoğan sağlığına yönelik riskleri açısından iki başlık halinde ele alınarak; etkileri ve belirleyicileri açısından tartışılmıştır.

2.1. Düşük Doğum Kilosu

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), düşük doğum kilosunu; yenidoğanın 2500 gr. altında (2499 gr. ve altı) bir doğum kilosu ile dünyaya gelmesi olarak tanımlamaktadır (World Health Organization, 2018; World Health Organization & UNICEF, 2004). Küresel anlamda düşük doğum kilosu prevalansının, düşük ve orta gelirli ülkelerde oldukça yaygın olduğu; dolayısıyla da bu bölgelerde düşük doğum kilosunun önemli bir halk sağlığı sorunu olduğu ifade edilmektedir (Martinson & Reichman, 2016). Çünkü düşük doğum kilosu; fiziksel, duygusal, psikolojik ve finansal etkileri olan birçok halk sağlığı sorununun sebeplerinden biridir (Moster, Lie, & Markestad, 2008). Öte yandan düşük doğum kilosu, bir coğrafi bölgeden diğerine değişen prevalansı ile yenidoğan mortalitesi ve morbiditesinin

önemli bir belirleyicisidir (Oladeinde et al., 2015). Bu sebeple, düşük doğum kilosu uzun zamandır gerek klinik gerekse de epidemiyolojik araştırmaların konusu olmuştur. Genel anlamda ise halk sağlığı bağlamında ülkeler için önemli bir hedef olmuştur. Bu doğrultuda, potansiyel olarak önlenebilir veya iyileştirilebilir faktörlere ilişkin konulara düşük doğum kilosu bağlamında büyük önem verilmiştir (Kramer, 1987).

Düşük doğum kilosunun sosyoekonomik ve demografik faktörlerden etkilendiği bilinmektedir (Tema, 2006). Dünya çapında yıllık ortalama 20 milyondan fazla yenidoğanın, düşük doğum kilosuyla doğduğu tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen toplam doğumlar incelendiğinde düşük doğum kilolu yenidoğan oranının ortalama %15 olduğu bilinmektedir. Bu oran, gelişmiş ülkelerde yaklaşık %5'tir (United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO), 2019). Buradan gelişmekte olan ülkelerde düşük doğum kilosu prevalansının gelişmiş ülkelere göre yaklaşık üç kat daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Dünya genelindeki düşük doğum kilolu yenidoğanların yaklaşık yarısı Güney ve Orta Asya'da doğmaktadır. Bu bölgelerde ortalama her dört doğumdan birinin (yaklaşık %25) 2500 gr. altında bir doğum kilosu ile dünyaya geldiği bilinmektedir. Sahra altı Afrika'da bu oran yaklaşık %15, Karayipler'de %14 ve Okyanusya ile Orta ve Güney Amerika'da ise %10'dur (UNICEF, 2006). Öte yandan düşük doğum kilolu doğumların toplam doğumlar içindeki oranlarının Kuzey Amerika'da %6'dan daha az, Tayland, Pakistan ve İran'da ise %8-15 arasında değiştiği bilinmektedir (Badshah et al., 2008; Tuntiseranee et al., 1999; Vahdaninia, Tavafian, & Montazeri, 2008). Güney Çin'de, 2005–2017 yıllarını kapsayan bir çalışmada bu oran yaklaşık %8 olarak bulunmuştur (Rao et al., 2018). Ürdün'de 2011-2017 yılları arasında gerçekleştirilen bir araştırmada bu oranın %18 olduğu saptanmıştır (Mohammed et al., 2020). Tanzanya'daki bir çalışmada ise düşük doğum kilosu oranının %21 olduğu ifade edilmiştir (Kamala et al., 2018). Türkiye'de 2000'li yılların başında düşük doğum kilosu oranlarının yaklaşık %11 olduğu tespit edilmiştir (TNSA, 2003, 2008, 2013). Genel olarak istatistikler incelendiğinde gelişmekte olan bölgelerde düşük doğum kilosu prevalansının gelişmiş bölgelere kıyasla daha yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda, 2025 yılına kadar global anlamda düşük doğum yenidoğan sayısında %30'luk bir azalma hedeflenmektedir (United Nations Children's Fund (UNICEF) & World Health Organization (WHO), 2019).

Çalışmalar, düşük doğum kilosunun önlenilebilir belirleyicilerini ele almanın yenidoğan sağlığı açısından oluşabilecek riskleri azaltmada büyük öneme sahip olduğunu ileri sürmektedir (Dasgupta & Basu, 2011). Düşük doğum kilosunun sosyoekonomik ve demografik belirleyici arasında; gebelik sırasında vücut kitle indeksi (Ye et al., 2010), annenin boyu (WHO Technical Consultation, 2006), annenin çalışma durumu, ilk çocuk olma (Lise Dubois & Girard, 2006), doğum aralıkları (Jayant et al., 2011), evlilik yaşı (Torres-Arreola et al., 2005), zayıf anne beslenme durumu (Brettell, Yeh, & Impey, 2008; Spangler & Bloom, 2010), gebelikte düşük anne ağırlığı (Al-Akour, 2008), irksal ve etnik farklılıklar, hamilelik sırasında alkol tüketimi (Khattar, Awasthi, & Das, 2013) ve hamilelik sırasında şiddet (Jayant et al., 2011) gibi sıralanmaktadır. Söz konusu faktörler arasında çalışmaların büyük oranda üzerinde durduğu sosyoekonomik ve demografik belirleyicilerin düşük doğum kilosu üzerindeki etkileri kısaca şu şekilde ifade edilebilir: Annenin düşük seviyede bir eğitime sahip olmasının yenidoğanın 2500 gr. altında bir kilo ile doğma olasılığını artırdığı bilinmektedir (Murphy et al., 1986). Benzer şekilde ailenin gelir düzeyinin düşük olması, yenidoğanın düşük doğum kilosuyla dünyaya gelme olasılığında artışla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Basso, Juul, & Olsen, 2000; do Carmo Leal, da Gama, & da Cunha, 2006; Madden, 2014; Mohammadzadeh, Farhat, Amiri, & Esmaeeli, 2010; Vahdaninia et al., 2008). Gelişmişlik bakımından bölgeler arası kıyaslamalarda genel olarak gelişmemiş/az gelişmiş bölgelerde yaşamının düşük doğum kilosu ihtimalini artırdığı saptanmıştır (Chhabra et al., 2004; Manyeh et al., 2016; Rezende Chrisman et al., 2016). Tekil gebeliklerde çoğunlukla çoğul gebeliklere kıyasla 2500 gr. altında doğum kilolu yenidoğanın dünyaya gelme olasılığının daha az olduğu ifade edilmektedir (WHO Technical Consultation, 2006). Yenidoğanın cinsiyeti açısından ise kız bebeklerin erkeklere kıyasla düşük doğum ağırlığı (2500 gr. altı) ile dünyaya gelme riskinin daha fazla olduğu bilinmektedir (Al-Akour, 2008; Halileh, Abu-Rmeileh, Watt, Spencer, & Gordon, 2008). Araştırmalar annenin ilk doğumu ile doğum aralığının kısa olduğu artan doğum sayılarında düşük doğum kilosu riskinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Hosain et al., 2006; Torres-Arreola et al., 2005; Zhu et al., 2001). Öte yandan maternal yaşın (özellikle 20 yaş altı ve 35 yaş üzeri) düşük doğum kilosu riskiyle ilişkisi dikkat çekmektedir (Gibbs et al., 2012). Hamilelik sürecinde annenin sigara kullanımının, yenidoğanın 2500 gr. altında doğum riskini artırdığına yönelik araştırma bulgularına rastlanmaktadır (Khattar et al., 2013; Langlely et al., 2007). Antenatal bakım eksikliğinin de düşük doğum riskini artıran bir diğer faktör olduğu bilinmektedir (Hosain et al., 2006; Jayant et al., 2011). Annenin doğum esnasındaki kilosu ile (Mohanty et al., 2006; Rice & Thapar, 2010), hamilelik sırasında anne beslenme niteliğinin düşük olması 2500 gr. altı doğum riskini artıran bir diğer faktör

olarak ifade edilmektedir. (Prentice et al., 1983), Annenin fiziksel emek gerektiren işlerde çalışma durumunun da düşük doğum kilosu ile ilişkili olduğu saptanmıştır (Ghosh et al., 1977).

Küresel halk sağlığı sorunlarından biri olan düşük doğum kilosu; bebeklik ve çocukluk döneminde mortalite, morbidite ve sakatlık (Lau et al., 2013) ile neonatal mortalitenin önemli nedenlerinden biri olarak kabul edilmektedir (Abrams, Altman, & Pickett, 2000; Alexander et al., 2008; Bernstein et al., 2000). Düşük doğum kilosu kaynaklı komplikasyonların neonatal mortaliteye %60-80 oranında bilinmektedir (Moster et al., 2008). Bununla birlikte düşük doğum kilosuna sahip yenidoğanın mortalite riski normal doğum kilolu yenidoğanlara kıyasla 40 kat, çok düşük doğum kilolu (<1500 gr.) yenidoğanların ise 200 kat daha fazladır (Bernstein et al., 2000; Dey et al., 2010). Öte yandan düşük doğum kilosu ile dünyaya gelen yenidoğanın, yüksek doğum ağırlıklı yenidoğana göre mortalite olasılığı yaklaşık 20 kat daha fazladır (UNICEF, 2006). Bununla birlikte düşük doğum kilosu, artan enfeksiyon riski, yetersiz beslenme, (Berkowitz & Papiernik, 1993; Dunin-Wasowicz et al., 2000), hipotermi, hipoglisemi, perinatal asfiksi, anemi ve iştme bozuklukları gibi komplikasyonlarla da ilişkilidir (Amory et al., 2004; Delobel-Ayoub et al., 2006). Doğum kilosunun yetişkinlik dönemine de etki ettiği bilinmektedir. Bu dönemdeki riskler arasında; yetişkinlikte boyun daha kısa olması (Kuh & Wadsworth, 1989), artan kan basıncı (Huxley, Shiell, & Law, 2000), diyabet riskinin artması (Lithell et al., 1996), daha sonraki yaşamda daha yüksek koroner kalp hastalığı riski, felç ve obstrüktif akciğer hastalığı riskleri (Rich-Edwards et al., 1997) şeklinde sıralanmaktadır. Düşük doğum kilosu yenidoğanın daha zayıf bilişsel becerilere sahip olma riskini artırdığından (Pharoah et al., 1994) daha düşük akademik performans ve çocukluk döneminde zihinsel, davranış ve öğrenme güçlükleriyle ilgili sorunlar ile düşük doğum kilosu arasında güçlü ilişkilerin olduğu (Dunin-Wasowicz et al., 2000); psikomotor gelişim geriliği, olumsuz duygusal ruh hali ve davranış bozuklukları ile ilişkili olduğu (Cheung et al., 2002); anaokuluna başlama yaşının daha yüksek olması ile sonuçlandığı (Corman, 1995); okulda sınıf tekrarı yapma ve özel eğitim sınıflarına katılma olasılıklarının daha yüksek olduğu (Corman, 1998) yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir. Epidemiyolojik bir çalışmadan elde edilen bulgular, düşük doğum kilosunun, yaşamın ilerleyen yıllarında kardiyometabolik hastalık riskine önemli bir katkıda bulunduğunu göstermektedir (Nose et al., 2016). Ayrıca düşük doğum kilosunun yetişkinliğe doğru iskemik kalp hastalığı, felç, metabolik sendrom, maligniteler, demans ve osteoartrit gibi çeşitli hastalıklara da neden olma riskinin bulunduğu vurgulanmaktadır (Berkowitz & Papiernik, 1993). Yetişkin dönemde ortaya çıkan entelektüel, fiziksel ve duygusal olumsuzluklar ile psikolojik ve duygusal sıkıntıları (Wilson-Costello et al., 2005) içeren gelişimsel ve yaşam boyu süren hastalık riskleri de düşük doğum kilosu kaynaklı riskler arasında gösterilmektedir (Conde-Agudelo, Belizán, & Díaz-Rossello, 2000).

2.2. Yüksek Doğum Kilosu

Yüksek doğum kilosu, yenidoğanın 4000 gr. üzerinde bir kilo (4001 gr. ve üzeri) ile dünyaya gelmesi olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu durum, Uluslararası Hastalık Sınıflandırma (International Classification of Diseases-ICD) sistemine göre makrozomi olarak tanımlanmaktadır (World Health Organization, 2016). Bu durum makrozomik fetüs veya fetal makrozomi olarak tanımlanmaktadır (Ferber, 2000). Küresel olarak makrozomik yenidoğanların insidansında önemli bir artışın olduğu ifade edilmektedir (Heiskanen, Raatikainen, & Heinonen, 2006; Ørskou et al., 2001). Araştırmalar, makrozominin özellikle gelişmiş ülkelerde yoğunlaştığını göstermektedir (Langer, 2000; J Ørskou et al., 2001). Bu ülkeler arasında; ABD, Kanada, İsveç, Birleşik Krallık ve Danimarka dahil olmak üzere diğer birçok gelişmiş ülke bulunmaktadır (Boulet et al., 2003; Fairley, 2005; Wen et al., 2003).

Literatürde yüksek doğum kilosunu etkileyen faktörlerin tespiti amacıyla yapılan çalışmalar incelendiğinde; söz konusu durumu etkileyen sosyoekonomik ve demografik belirleyicilerden bazılarının etnik köken (Boulet et al., 2003) ve gebelik öncesi bakımın olduğu tespit edilmiştir (Goldenberg et al., 2016). Ayrıca doğum öncesi annede diyabet, obezite, aşırı gebelik kilo alımı ve annenin aşırı beslenmesi de fetal makrozomi ile ilişkilendirilmiştir (Brettell et al., 2008). Makrozomi için diğer risk faktörleri arasında; annenin boyu, doğumdan kısa süre sonra tekrar gebelik (Koyanagi et al., 2013), düşük kafein alımı, 40-42 haftadan büyük gebelik yaşı ve evlilik durumu (Rasmussen, 2001) olduğu belirlenmiştir. Makrozomiye ilişkin etkileri önceki çalışmalarda açığa çıkarılan faktörlerden bir diğeri annenin eğitim düzeyidir. Eğitim düzeyindeki artışların fetal makrozomi ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Benzer şekilde ailenin refah düzeyindeki artış makrozomi riskini de artırmaktadır (Kramer et al., 2002). Yaşanılan bölge bakımından makrozominin genellikle gelişmiş ülkelerin ve/veya bölgelerin bir problemi olduğu ifade edilmektedir. Tekil doğumlarda görülen kilo artış etkisinin makrozomi için bir risk oluşturduğu önceki çalışmalarda elde edilen bulgulardandır. Bununla birlikte kızlara kıyasla daha yüksek doğum kilosu ile doğan erkeklerde fetal makrozomi riski tespit edilmiştir (Dubois & Girard, 2006). Annenin doğurduğu çocuk sayısı

bakımından literatür bulguları ikiden daha fazla doğumlarda makrozomi riskinin de arttığını göstermektedir (Janne et al., 2003). Öte yandan artan doğum yaşıyla birlikte fetal makrozomi riskinin de yükseldiği tespit edilmiştir. Önceki araştırmalar sigara içmeyen annelerde fetal makrozominin daha yaygın olduğunu ve doğum öncesi yetersiz bakımların da makrozomi riskini artırdığını göstermektedir (Kramer et al., 2002). Bununla birlikte maternal beslenme ve antropometrik değişkenler, fiziksel aktivite düzeyleri de makrozomi ile ilişkilidir (Sacks et al., 2006).

Düşük doğum kilosunun yenidoğan sağlığına etkileri olduğu gibi yüksek doğum kilosunun da hem kısa hem de uzun vadeli birtakım riskleri bulunmaktadır (Danielzik et al., 2004; Rasmussen, 2001). Yüksek doğum kilosunun kısa vadeli sağlık riskleri arasında intraportal hipoksi, kol sinir ağrı yaralanmaları, düşük Apgar skoru, oksijensiz kalma-boğulma ve neonatal hipoglisemi gösterilmektedir (Lim et al., 2002). Bununla birlikte kısa vadeli diğer riskler; omuz distozisi (Said & Manji, 2016; Schierz et al., 2018), brakial pleksus yaralanması, perinatal asfiksi (Wollschlaeger et al., 1999), polisitemi, elektrolit anormalliyi, konjenital anomali, neonatal mortalite, neonatal sarılık, ölü doğum (Schierz et al., 2018), mekonyum aspirasyonu ve koryoamniyoniti içerir (Westgate, 2011). Ayrıca makrozomik yenidoğanlarda, klavikula kırığı (Martines et al., 2012), iskelet yaralanmaları (Grassi & Giuliano, 2000) riski daha yüksektir. Yüksek doğum kilosunun uzun vadeli riskleri arasında ise obezite (Henriksen, 2006), metabolik sendrom ve ileriki yaşlarda kanser, astrositomlar, akut lenfoblastik lösemi ve akut miyeloid lösemi, Wilms tümörü (nefroblastom), tip 2 diyabet, diyabetle ilişkili mortalite, çocukluk astımı ve prostat kanseri (Leibson et al., 2005) bulunmaktadır. Bununla birlikte makrozomi yalnızca neonatal değil; maternal riskler de barındırmaktadır. Bunlardan bazıları; uzun süren doğum, operatif doğumlar ve perine yaralanmaları dahil olmak üzere yüksek maternal komplikasyonlardır (Boulet et al., 2003).

Sonuç olarak makrozominin, doğrudan veya dolaylı bir şekilde neonatal morbidite ve mortaliteye yol açtığı bilinmektedir (Acharya & Singh, 2019). Küresel olarak, neonatal morbidite ve mortalitenin yaklaşık dörtte üçü, olumsuz doğum sonuçlarından kaynaklanmakta olup fetal makrozomi de bunlardan birisidir (Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration et al., 2016).

3. SONUÇ VE GENEL DEĞERLENDİRME

Bu çalışma ile önceki araştırmalar ışığında doğum kilosunun yenidoğan sağlık göstergelerinden biri olduğu ve doğum kilosunun yenidoğan sağlığı üzerindeki etkileri ile sosyoekonomik ve demografik belirleyicilerine değinilmiştir. Bu bağlamda yenidoğan sağlığının güncel halk sağlığı problemlerinden biri olduğu gerek küresel gerekse de ulusal olarak bilinen bir gerçek olduğu vurgulanmıştır. Bu bakımdan yenidoğan sağlığına ilişkin önemli göstergelerden birinin de doğum kilosu olduğu ifade edilmiştir. Yenidoğan sağlığı çalışmalarının doğum kilosunu ele alınması literatür için önem arz etmektedir. Doğum kilosu yenidoğan sağlığına ilişkin ele alınırken iki farklı açıdan göz önüne alınması gerekmektedir. Bunlardan ilki olan düşük doğum kilosu yenidoğanın 2500 gr. altında dünyaya gelme durumunu ifade ederken hem erken hem de yetişkinlik dönemde birçok riski içerdiği önceki çalışmalarda açığa çıkarılmıştır. Öte yandan yüksek doğum kilosu ise yenidoğanın 4000 gr. üzerinde doğum kilosuna sahip olması olarak ifade edilirken düşük doğum kilosuna benzer şekilde yenidoğan sağlığı açısından hem erken hem de yetişkinlikte birtakım sağlık problemlerine sebep olabilmektedir. Sonuç olarak gerek düşük doğum kilosu gerekse de yüksek doğum kilosunu etkileyen sosyoekonomik ve demografik faktörler göz önüne alındığında çeşitli stratejiler geliştirilerek bu risklerin önlenmesi mümkün görülmektedir. Bu bağlamda yenidoğan sağlığına katkıda bulunacak her türlü politikanın oluşturulması ve uygulanmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

YAZARLARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır.

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

ÇATIŞMA BEYANI:

Çalışmada herhangi bir potansiyel çıkar çatışması söz konusu değildir.

KAYNAKÇA

- Abrams, B., Altman, S. L., & Pickett, K. E. (2000). Pregnancy weight gain: still controversial. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 71(5 Suppl), 1233S-41S. <https://doi.org/10.1093/ajcn/71.5.1233s>
- Acharya, P., & Singh, S. A. (2019). A case of foetal macrosomia. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 8(9), 3801-3804.
- Agorinya, I. A., Kanmiki, E. W., Nonterah, E. A., Tediosi, F., Akazili, J., Welaga, P., ... Oduro, A. R. (2018). Socio-demographic determinants of low birth weight: Evidence from the Kassena-Nankana districts of the Upper East Region of Ghana. *PLoS ONE*, 13(11), 1-10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206207>
- Al-Akour, N. A. (2008). Knowing the fetal gender and its relationship to seeking prenatal care: results from Jordan. *Maternal and Child Health Journal*, 12(6), 787-792. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0298-9>
- Alexander, G. R., Wingate, M. S., Bader, D., & Kogan, M. D. (2008). The increasing racial disparity in infant mortality rates: composition and contributors to recent US trends. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 198(1), 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2007.06.006>
- Amory, J. H., Adams, K. M., Lin, M.-T., Hansen, J. A., Eschenbach, D. A., & Hitti, J. (2004). Adverse outcomes after preterm labor are associated with tumor necrosis factor-alpha polymorphism -863, but not -308, in mother-infant pairs. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 191(4), 1362-1367. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.05.067>
- Badshah, S., Mason, L., McKelvie, K., Payne, R., & Lisboa, P. J. (2008). Risk factors for low birthweight in the public-hospitals at Peshawar, NWFP-Pakistan. *BMC Public Health*, 8, 197-207. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-8-197>
- Basso, O., Juul, S., & Olsen, J. (2000). Time to pregnancy as a correlate of fecundity: differential persistence in trying to become pregnant as a source of bias. *International Journal of Epidemiology*, 29(5), 856-861. <https://doi.org/10.1093/ije/29.5.856>
- Berkowitz, G. S., & Papiernik, E. (1993). Epidemiology of preterm birth. *Epidemiologic Reviews*, 15(2), 414-443. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.epirev.a036128>
- Bernstein, I. M., Horbar, J. D., Badger, G. J., Ohlsson, A., & Golan, A. (2000). Morbidity and mortality among very-low-birth-weight neonates with intrauterine growth restriction. The Vermont Oxford Network. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 182(1 Pt 1), 198-206. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(00\)70513-8](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(00)70513-8)
- Boulet, S. L., Alexander, G. R., Salihu, H. M., & Pass, M. A. (2003). Macrosomic births in the United States: Determinants, outcomes, and proposed grades of risk. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 188(5), 1372-1378. <https://doi.org/10.1067/mob.2003.302>
- Brettell, R., Yeh, P. S., & Impey, L. W. M. (2008). Examination of the association between male gender and preterm delivery. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, and Reproductive Biology*, 141(2), 123-126. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2008.07.030>
- Cheung, Y. B., Khoo, K. S., Karlberg, J., & Machin, D. (2002). Association between psychological symptoms in adults and growth in early life: longitudinal follow up study. *British Medical Journal*, 325(7367), 749. <https://doi.org/10.1136/bmj.325.7367.749>
- Chhabra, P., Sharma, A. K., Grover, V. L., & Aggarwal, O. P. (2004). Prevalence of low birth weight and its determinants in an urban resettlement area of Delhi. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 16(2), 95-98. <https://doi.org/10.1177/101053950401600203>
- Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Díaz-Rossello, J. L. (2000). Epidemiology of fetal death in Latin America. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 79(5), 371-378.
- Corman, H. (1995). *The effects of low birthweight and other medical risk factors on resource utilization in the pre-school years*.
- Corman, H., C. S. (1998). The effect of low birthweight on the school performance and behavior of school-aged children. *Economics of Education Review*, 17, 307-316.
- Danielzik, S., Czerwinski-Mast, M., Langnäse, K., Dilba, B., & Müller, M. J. (2004). Parental overweight, socioeconomic status and high birth weight are the major determinants of overweight and obesity in 5-7 y-old children: Baseline data of the Kiel Obesity Prevention Study (KOPS). *International Journal of Obesity*, 28(11), 1494-1502. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0802756>
- Dasgupta, A., & Basu, R. (2011). Determinants of low birth weight in a Block of Hooghly, West Bengal: A multivariate analysis. *International Journal of Biological & Medical Research*, 2(4), 838-842. Retrieved from www.biomedscidirect.com%0Awww.researchgate.net/...Determinants_of_low_birth_weight.../02e7e527...
- Delobel-Ayoub, M., Kaminski, M., Marret, S., Burguet, A., Marchand, L., N'Guyen, S., ... EPIPAGE Study Group. (2006). Behavioral outcome at 3 years of age in very preterm infants: the EPIPAGE study. *Pediatrics*, 117(6), 1996-2005. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2310>
- Dey, A. C., Ahmed, F. U., Mannan, M. A., Saha, L., Barua, C. C., & Mahmood, C. B. (2010). Small for Gestational Age Babies: Morbidity and Immediate Outcome in a Tertiary Care Hospital - A Prospective Study. *Bangladesh Journal of Child Health*, 31(1), 1-7. <https://doi.org/10.3329/bjch.v31i1.6066>

- do Carmo Leal, M., da Gama, S. G. N., & da Cunha, C. B. (2006). Consequences of sociodemographic inequalities on birth weight. *Revista de Saude Publica*, 40(3), 466–473. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102006000300015>
- Dubois, L., & Girard, M. (2006). Early determinants of overweight at 4.5 years in a population-based longitudinal study. *International Journal of Obesity* (2005), 30(4), 610–617. <https://doi.org/10.1038/sj.ijo.0803141>
- Dubois, Lise, & Girard, M. (2006). Determinants of birthweight inequalities: Population-based study. *Pediatrics International*, 48(5), 470–478. <https://doi.org/10.1111/j.1442-200X.2006.02256.x>
- Dunin-Wasowicz, D., Rowecka-Trzebicka, K., Milewska-Bobula, B., Kassur-Siemieńska, B., Bauer, A., Idzik, M., ... Marciński, P. (2000). Risk factors for cerebral palsy in very low-birthweight infants in the 1980s and 1990s. *Journal of Child Neurology*, 15(6), 417–420. <https://doi.org/10.1177/088307380001500612>
- Fairley, L. (2005). Changing patterns of inequality in birthweight and its determinants: a population-based study, Scotland 1980-2000. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 19(5), 342–351. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2005.00665.x>
- Ferber, A. (2000). Maternal complications of fetal macrosomia. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 43(2), 335–339. <https://doi.org/10.1097/00003081-200006000-00011>
- Ghosh, S., Hooja, V., Mitta, S. K., & Verma, R. K. (1977). Bio-social determinants of birth weight. *Indian Pediatrics*, 14(2), 107–114.
- Gibbs, C. M., Wendt, A., Peters, S., & Hogue, C. J. (2012). The impact of early age at first childbirth on maternal and infant health. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 26 Suppl 1(1), 259–284. <https://doi.org/10.1111/j.1365-3016.2012.01290.x>
- Global Burden of Disease Pediatrics Collaboration, Kyu, H. H., Pinho, C., Wagner, J. A., Brown, J. C., Bertozzi-Villa, A., ... Vos, T. (2016). Global and National Burden of Diseases and Injuries Among Children and Adolescents Between 1990 and 2013: Findings From the Global Burden of Disease 2013 Study. *The Journal of the American Medical Association Pediatrics*, 170(3), 267–287. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.4276>
- Goldenberg, R. L., McClure, E. M., Harrison, M. S., & Miodovnik, M. (2016). Diabetes during Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries. *American Journal of Perinatology*, 33(13), 1227–1235. <https://doi.org/10.1055/s-0036-1584152>
- Goldstein, H. (1971). Factors influencing the height of seven year old children--results from the National Child Development Study. *Human Biology*, 43(1), 92–111.
- Grassi, A. E., & Giuliano, M. A. (2000). The neonate with macrosomia. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 43(2), 340–348. <https://doi.org/10.1097/00003081-200006000-00012>
- Halileh, S., Abu-Rmeileh, N., Watt, G., Spencer, N., & Gordon, N. (2008). Determinants of birthweight; Gender based analysis. *Maternal and Child Health Journal*, 12(5), 606–612. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0226-z>
- Heiskanen, N., Raatikainen, K., & Heinonen, S. (2006). Fetal macrosomia--a continuing obstetric challenge. *Biology of the Neonate*, 90(2), 98–103. <https://doi.org/10.1159/000092042>
- Henriksen, T. (2006). Nutrition and pregnancy outcome. *Nutrition Reviews*, 64(2), 19–23. <https://doi.org/10.1301/nr.2006.may.s19-s23>
- Hosain, G. M., Chatterjee, N., Begum, A., & Saha, S. C. (2006). Factors associated with low birthweight in rural Bangladesh. *Journal of Tropical Pediatrics*, 52(2), 87–91. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmi066>
- Huxley, R. R., Shiell, A. W., & Law, C. M. (2000). The role of size at birth and postnatal catch-up growth in determining systolic blood pressure: a systematic review of the literature. *Journal of Hypertension*, 18(7), 815–831. <https://doi.org/10.1097/00004872-200018070-00002>
- Jayant, D. D., B. B. v, Peeyuusha, D., Sushen, B., & Professor, A. (2011). Maternal Risk Factors for Low Birth Weight Neonates: A Hospital Based Case-Control Study in Rural Area of Western Maharashtra, India. *National Journal of Community Medicine*, 2(3), 394–398.
- Kamala, B. A., Mgaya, A. H., Ngarina, M. M., & Kidanto, H. L. (2018). Predictors of low birth weight and 24-hour perinatal outcomes at Muhimbili National Hospital in Dar es Salaam, Tanzania: a five-year retrospective analysis of obstetric records. *The Pan African Medical Journal*, 29, 220. <https://doi.org/10.11604/pamj.2018.29.220.15247>
- Khattar, D., Awasthi, S., & Das, V. (2013). Residential environmental tobacco smoke exposure during pregnancy and low birth weight of neonates: case control study in a public hospital in Lucknow, India. *Indian Pediatrics*, 50(1), 134–138. <https://doi.org/10.1007/s13312-013-0035-y>
- Koyanagi, A., Zhang, J., Dagvadorj, A., Hirayama, F., Shibuya, K., Souza, J. P., & Gülmezoglu, A. M. (2013). Macrosomia in 23 developing countries: an analysis of a multicountry, facility-based, cross-sectional survey. *Lancet (London, England)*, 381(9865), 476–483. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)61605-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)61605-5)
- Kramer, M. S. (1987). Determinants of low birth weight: Methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 65(5), 663–737.
- Kramer, Michael S, Morin, I., Yang, H., Platt, R. W., Usher, R., McNamara, H., ... Wen, S. W. (2002). Why are babies getting bigger? Temporal trends in fetal growth and its determinants. *The Journal of Pediatrics*, 141(4), 538–542. <https://doi.org/10.1067/mpd.2002.128029>
- Kuh, D., & Wadsworth, M. (1989). Parental height: childhood environment and subsequent adult height in a national birth cohort. *International Journal of Epidemiology*, 18(3), 663–668. <https://doi.org/10.1093/ije/18.3.663>

- Langer, O. (2000). Fetal macrosomia: etiologic factors. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 43(2), 283–297. <https://doi.org/10.1097/00003081-200006000-00006>
- Langley, K., Holmans, P. A., van den Bree, M. B. M., & Thapar, A. (2007). Effects of low birth weight, maternal smoking in pregnancy and social class on the phenotypic manifestation of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and associated antisocial behaviour: investigation in a clinical sample. *BMC Psychiatry*, 7(26), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-7-26>
- Lau, C., Ambalavanan, N., Chakraborty, H., Wingate, M. S., & Carlo, W. A. (2013). Extremely low birth weight and infant mortality rates in the United States. *Pediatrics*, 131(5), 855–860. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2471>
- Leibson, C. L., Burke, J. P., Ransom, J. E., Forsgren, J., Melton, J., Bailey, K. R., & Palumbo, P. J. (2005). Relative risk of mortality associated with diabetes as a function of birth weight. *Diabetes Care*, 28(12), 2839–2843. <https://doi.org/10.2337/diacare.28.12.2839>
- Lim, J. H., Tan, B. C., Jammal, A. E., & Symonds, E. M. (2002). Delivery of macrosomic babies: management and outcomes of 330 cases. *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology*, 22(4), 370–374. <https://doi.org/10.1080/01443610220141281>
- Lithell, H. O., McKeigue, P. M., Berglund, L., Mohsen, R., Lithell, U. B., & Leon, D. A. (1996). Relation of size at birth to non-insulin dependent diabetes and insulin concentrations in men aged 50–60 years. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 312(7028), 406–410. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7028.406>
- Madden, D. (2014). The relationship between low birth weight and socioeconomic status in Ireland. *Journal of Biosocial Science*, 46(2), 248–265. <https://doi.org/10.1017/S0021932013000187>
- Manyeh, A. K., Kukula, V., Odonkor, G., Ekey, R. A., Adjei, A., Narh-Bana, S., ... Gyapong, M. (2016). Socioeconomic and demographic determinants of birth weight in southern rural Ghana: Evidence from Dodowa Health and Demographic Surveillance System. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0956-2>
- Marmot, M., & Commission on Social Determinants of Health. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet (London, England)*, 370(9593), 1153–1163. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61385-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61385-3)
- Martines, F., Bentivegna, D., Cipri, S., Costantino, C., Marchese, D., & Martines, E. (2012). On the threshold of effective well infant nursery hearing screening in Western Sicily. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 76(3), 423–427. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2011.12.024>
- Martinson, M. L., & Reichman, N. E. (2016). Socioeconomic inequalities in low birth weight in the United States, the United Kingdom, Canada, and Australia. *American Journal of Public Health*, 106(4), 748–754. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.303007>
- Mohammadzadeh, A., Farhat, A., Amiri, R., & Esmaeeli, H. (2010). Effect of Birth Weight and Socioeconomic Status on Children's Growth in Mashhad, Iran. *International Journal of Pediatrics*, 2010, 1–5. <https://doi.org/10.1155/2010/705382>
- Mohammed, K., Shaban, I., Al-Akour, N., Kassab, M., & Creedy, D. (2020). Low birth weight in Jordan: a hospital-based study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 33(18), 3050–3055. <https://doi.org/10.1080/14767058.2019.1567707>
- Mohanty, C., Prasad, R., Srikanth Reddy, A., Ghosh, J. K., Singh, T. B., & Das, B. K. (2006). Maternal anthropometry as predictors of low birth weight. *Journal of Tropical Pediatrics*, 52(1), 24–29. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmi059>
- Moster, D., Lie, R. T., & Markestad, T. (2008). Long-term medical and social consequences of preterm birth. *The New England Journal of Medicine*, 359(3), 262–273. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa0706475>
- Murphy, J. F., O'Riordan, J., Newcombe, R. G., Coles, E. C., & Pearson, J. F. (1986). Relation of haemoglobin levels in first and second trimesters to outcome of pregnancy. *Lancet (London, England)*, 1(8488), 992–995. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(86\)91269-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(86)91269-9)
- Nair, S., Rao, R. S. P., Chandrashekar, S., Acharya, D., & Bhat, H. V. (2000). Socio-demographic and maternal determinants of low birth weight: A multivariate approach. *Indian Journal of Pediatrics*, 67(1), 9–14. <https://doi.org/10.1007/BF02802625>
- National Center for Health Statistics. (1993). *Monthly Vital Statistics Report*. USA.
- Nose, S., Sasaki, T., Saka, R., Minagawa, K., & Okuyama, H. (2016). A sutureless technique using cyanoacrylate adhesives when creating a stoma for extremely low birth weight infants. *SpringerPlus*, 5(27), 189–194. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-1852-y>
- OECD Stats. (2022). OECD Stats: Health Status Maternal and infant mortality. Retrieved September 4, 2022, from 2022 website: <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30116#>
- Oladeinde, H. B., Oladeinde, O. B., Omoregie, R., & Onifade, A. A. (2015). Prevalence and determinants of low birth weight: The situation in a traditional birth home in Benin city, Nigeria. *African Health Sciences*, 15(4), 1123–1129. <https://doi.org/10.4314/ahs.v15i4.10>

- Ørskou, J., Kesmodel, U., Henriksen, T. B., & Secher, N. J. (2001). An increasing proportion of infants weigh more than 4000 grams at birth. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 80(10), 931–936. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0412.2001.801010.x>
- Ørskou, Janne, Henriksen, T. B., Kesmodel, U., & Secher, N. J. (2003). Maternal characteristics and lifestyle factors and the risk of delivering high birth weight infants. *Obstetrics and Gynecology*, 102(1), 115–120. [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(03\)00402-2](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(03)00402-2)
- Pharoah, P. O., Stevenson, C. J., Cooke, R. W., & Stevenson, R. C. (1994). Clinical and subclinical deficits at 8 years in a geographically defined cohort of low birthweight infants. *Archives of Disease in Childhood*, 70(4), 264–270. <https://doi.org/10.1136/adc.70.4.264>
- Prentice, A. M., Whitehead, R. G., Watkinson, M., Lamb, W. H., & Cole, T. J. (1983). Prenatal dietary supplementation of African women and birth-weight. *Lancet*, 1(8323), 489–492. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(83\)92188-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(83)92188-8)
- Rao, J., Fan, D., Wu, S., Lin, D., Zhang, H., Ye, S., ... Liu, Z. (2018). Trend and risk factors of low birth weight and macrosomia in south China, 2005–2017: a retrospective observational study. *Scientific Reports*, 8(1), 3393–3404. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21771-6>
- Rasmussen, K. M. (2001). The “fetal origins” hypothesis: challenges and opportunities for maternal and child nutrition. *Annual Review of Nutrition*, 21, 73–95. <https://doi.org/10.1146/annurev.nutr.21.1.73>
- Reidpath, D. D., & Allotey, P. (2003). Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(5), 344–346. <https://doi.org/10.1136/jech.57.5.344>
- Rezende Chrisman, J., Mattos, I. E., Koifman, R. J., Koifman, S., Moraes Mello Boccolini, P., & Meyer, A. (2016). Prevalence of very low birthweight, malformation, and low Apgar score among newborns in Brazil according to maternal urban or rural residence at birth. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 42(5), 496–504. <https://doi.org/10.1111/jog.12946>
- Rice, F., & Thapar, A. (2010). Estimating the relative contributions of maternal genetic, paternal genetic and intrauterine factors to offspring birth weight and head circumference. *Early Human Development*, 86(7), 425–432. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2010.05.021>
- Rich-Edwards, J. W., Stampfer, M. J., Manson, J. E., Rosner, B., Hankinson, S. E., Colditz, G. A., ... Hennekens, C. H. (1997). Birth weight and risk of cardiovascular disease in a cohort of women followed up since 1976. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 315(7105), 396–400. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7105.396>
- Sacks, D. A., Liu, A. I., Wolde-Tsadik, G., Amini, S. B., Huston-Presley, L., & Catalano, P. M. (2006). What proportion of birth weight is attributable to maternal glucose among infants of diabetic women? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 194(2), 501–507. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.07.042>
- Said, A. S., & Manji, K. P. (2016). Risk factors and outcomes of fetal macrosomia in a tertiary centre in Tanzania: a case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16, 243. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1044-3>
- Schierz, I. A. M., Pinello, G., Piro, E., Giuffrè, M., la Placa, S., & Corsello, G. (2018). Transitional hemodynamics in infants of diabetic mothers by targeted neonatal echocardiography, electrocardiography and peripheral flow study. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 31(12), 1578–1585. <https://doi.org/10.1080/14767058.2017.1320544>
- Spangler, S. A., & Bloom, S. S. (2010). Use of biomedical obstetric care in rural Tanzania: the role of social and material inequalities. *Social Science & Medicine* (1982), 71(4), 760–768. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.05.025>
- Strauss, R. S. (2000). Adult functional outcome of those born small for gestational age: twenty-six-year follow-up of the 1970 British Birth Cohort. *The Journal of the American Medical Association*, 283(5), 625–632. <https://doi.org/10.1001/jama.283.5.625>
- Tema, T. (2006). Prevalence and determinants of low birth weight in Jimma Zone, Southwest Ethiopia. *East African Medical Journal*, 83(7), 366–371. <https://doi.org/10.4314/eamj.v83i7.9448>
- TNSA. (2003). *2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- TNSA. (2008). *2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.
- TNSA. (2013). *2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK.
- Torres-Arreola, L. P., Constantino-Casas, P., Flores-Hernández, S., Villa-Barragán, J. P., & Rendón-Macías, E. (2005). Socioeconomic factors and low birth weight in Mexico. *BMC Public Health*, 5(3), 20–26. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-20>
- Tuntiseranee, P., Olsen, J., Chongsuvivatwong, V., & Limbutara, S. (1999). Socioeconomic and work related determinants of pregnancy outcome in southern Thailand. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(10), 624–629. <https://doi.org/10.1136/jech.53.10.624>
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020). TÜİK, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. Retrieved September 4, 2022, from Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri website: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Cocuk-2020-37228>
- United Nations Children’s Fund. (2021). *Levels & Trends in Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation Report 2021*.

- United Nations Children's Fund (UNICEF), & World Health Organization (WHO). (2019). *Low birthweight estimates: Levels and trends 2000–2015*. Geneva.
- UNICEF. (2006). *Progress for children. A report card on nutrition*.
- Vahdaninia, M., Tavafian, S. S., & Montazeri, A. (2008). Correlates of low birth weight in term pregnancies: a retrospective study from Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8, 12–17. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-8-12>
- Wen, S. W., Kramer, M. S., Platt, R., Demissie, K., Joseph, K. S., Liu, S., & Sauve, R. (2003). Secular trends of fetal growth in Canada, 1981 to 1997. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 17(4), 347–354. <https://doi.org/10.1046/j.1365-3016.2003.00513.x>
- Westgate, J. (2011). Interpretation of umbilical cord gas results in cases of shoulder dystocia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 118(10), 1273–1274. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03059.x>
- WHO Technical Consultation. (2006). *Promoting optimal fetal development: report of a technical consultation*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Wilcox, A. J. (2001). On the importance--and the unimportance--of birthweight. *International Journal of Epidemiology*, 30(6), 1233–1241. <https://doi.org/10.1093/ije/30.6.1233>
- Wilson-Costello, D., Friedman, H., Minich, N., Fanaroff, A. A., & Hack, M. (2005). Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s. *Pediatrics*, 115(4), 997–1003. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0221>
- Wollschlaeger, K., Nieder, J., Köppe, I., & Härtle, K. (1999). A study of fetal macrosomia. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 263(1), 51–55. <https://doi.org/10.1007/s004040050262>
- World Health Organization. (2012). *March of Dimes, The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health, Save the Children, WHO. Born too soon: the global action report on preterm birth*. Geneva.
- World Health Organization. (2016). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. In *World Health Organization* (Vol. 1). Retrieved from <http://www.who.int/classifications/icd/icdonlineversions/en/>
- World Health Organization. (2022). Newborn health. <https://www.who.int/westernpacific/health-topics/newborn-health#:~:text=A%20newborn%20infant%2C%20or%20neonate,to%20health%20care%20is%20low.>
- World Health Organization, & UNICEF. (2004). *Low birthweight: country, regional and global estimates*. Geneva, Switzerland: WHO.
- Ye, R., Pei, L., Ren, A., Zhang, Y., Zheng, X., & Liu, J. (2010). Birth weight, maternal body mass index, and early childhood growth: a prospective birth cohort study in China. *Journal of Epidemiology*, 20(6), 421–428. <https://doi.org/10.2188/jea.je20090187>
- Zhu, B. P., Haines, K. M., Le, T., McGrath-Miller, K., & Boulton, M. L. (2001). Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes among white and black women. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(6), 1403–1410. <https://doi.org/10.1067/mob.2001.118307>



DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

KORUYUCU AĞIZ VE DIŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİNİN SUNUMU: TÜRKİYE VE BAZI ÜLKELERDE ÖRNEK UYGULAMALAR

PROVISION OF PREVENTIVE ORAL AND DENTAL HEALTH SERVICES: SAMPLE PRACTICES IN TURKEY AND SOME COUNTRIES

Öğr. Gör. Ayşegül DOĞAN¹

Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE²

ÖZ

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri çok sayıda ülkede koruyucu felsefe temelinde yapılandırılmıştır. Gelişmiş ülkelerde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulmaktadır. Türkiye’de ise ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda tedavi edici hizmetlere ağırlık verildiği, koruyucu hizmetlerin sistemli ve yaygın bir biçimde sunulmadığı görülmektedir. Bununla beraber yakın zamanda “Aile Diş Hekimliği” sisteminin uygulamaya geçirilmesi ile ilgili yeni gelişmeler yaşanmaya başlamıştır. Bu derlemede Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ilgili en güncel veriler ortaya konulmuş; Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, İngiltere, Almanya, İsveç, Brezilya ve Japonya’daki koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yönelik emsal uygulamalar değerlendirilmiştir. Bu ülkelerde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda kamuyla birlikte özel sektörün de katkısı olmakta; hizmet kapsamında çocukların yanısıra hamileler, öğretmenler, mental retarde, geriatrik veya immobil engelli hastaların bakımını üstlenen kişiler de yer almaktadır. Türkiye ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunu koruyucu hizmetler bağlamında ele alan herhangi bir çalışmaya ulusal literatürde rastlanmaması dolayısıyla çalışmanın sağlık politikacıları ve akademisyenlere yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı, Sağlık Politikası, Sağlık Hizmetleri.

JEL Sınıflandırma Kodları: I18.

ABSTRACT

Oral and dental health services have been structured based on preventive philosophy in many countries. Preventive oral and dental health care services are provided within the scope of primary health care services in many developed countries. In Turkey, treatment-based health care is emphasized. Recently, new developments regarding the "Family Dentistry" system have begun to be experienced. In this review, the most up-to-date data on oral and dental health care services in Turkey were presented, and precedent practices for preventive oral and dental health services in the United States, Canada, England, Germany, Sweden, Brazil, and Japan were evaluated. In these countries, the private sector also contributes to the provision of preventive oral and dental health services. There are also pregnant women, teachers, people who take care of mentally retarded, geriatric, or immobile disabled patients within the scope of the service. It is thought that the study will be a guide for health politicians and academics since there is no study in the national literature that deals with the delivery of oral and dental health services in Turkey in the context of preventive services.

Keywords: Preventive Oral and Dental Health, Health Policy, Healthcare Services

JEL Classification Codes: I18.

¹ Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi, Ahmet Erdoğan Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, Ağız ve Diş Sağlığı Programı, dt_aysegul_dogan@hotmail.com

² Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sdurukankose@mu.edu.tr

EXTENDED SUMMARY

Purpose and Scope:

It is important to examine the approach and service delivery of developed countries to preventive oral and dental health services, to direct the oral and dental health policies in Turkey. The aim of this study is to reveal the current developments in the delivery of oral and dental health services in Turkey and to examine the examples of preventive oral and dental health services in countries such as England, Brazil, Germany, Canada, Sweden, Japan, and the United States. Evaluation of exemplary practices on this subject is thought to be a guide for health politicians and academics. Since there is no study evaluating oral and dental health services in Turkey in the context of preventive services in the national literature, it is anticipated that this study will fill an important gap in the literature.

Design/methodology/approach:

Health institutions operating in the public and private sectors play a role in the provision of oral and dental health services in Turkey. Before 2002, oral and dental health services were mostly provided by the private sector in return for out-of-pocket payments. With the "Health Transformation Program" launched in 2003, many important changes and regulations have come to the fore in the health sector. In 2007, the Social Security Institution published the Health Implementation Communiqué (HIC) and in 2008, General Health Insurance was put into practice. After the "Health Transformation Program", the capacity of the oral and dental health services offered by the Ministry of Health increased, and significant investments began to be made in this area. The number of Oral and Dental Health Centers affiliated with the Ministry of Health increased from 14 in 2002 to 131 in 2019. The total number of institutions providing oral and dental health services under the Ministry of Health increased to 997 in 2016 and to 983 in 2019.

Findings:

Children are the target group of preventive services in Turkey. Studies on school health started with the "Public Health Law No. 1593" enacted in 1930. Today, with the "Oral and Dental Health Education and Preventive Oral and Dental Health Studies Program", preventive services are partially provided to school-age children. This program is carried out by the "General Directorate of Public Health of Turkey, the Department of Community Health Services, the Ministry of National Education and the General Directorate of Vocational and Technical Education". The General Directorate of Public Health offers some services such as applying fluoride varnish twice a year and oral hygiene training to school-age children, starting from kindergarden students who have completed 60 months of age, until the end of the 4th grade of primary school. In order to integrate oral and dental health services into primary health care services, the practice of Family Dentistry came to the fore in Turkey in 2004, but it could not be put into practice at that time. In August 2022, the Family Dentistry Model started to be tested in three pilot provinces. However, in most of the developed countries, it is seen that policies aimed at protecting and improving oral and dental health were implemented many years ago.

Conclusion and Discussion:

Most of the diseases related to oral and dental health are chronic diseases that can be prevented. Countries that are aware of this have structured their oral and dental health services based on a preventive philosophy and have successfully integrated preventive oral and dental health services into primary health care services. Many countries receive the support of private sector providers, even if they include these services in their national health programs. It is seen that the topical and systemic application of fluoride, fissure sealant applications, school programs and especially oral hygiene education are focused on protecting and improving oral and dental health. Many developed countries have shaped oral and dental health services in the focus of preventive services. Services for the protection and development of oral and dental health are primarily provided by the public within the scope of primary health care services.

1. GİRİŞ

Yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olan ağız ve diş sağlığı, genel sağlığı birebir ilgilendirmektedir (DSÖ, 2021). Ağız ve diş hastalıkları, görülme sıklıklarının fazla olması ile dünyadaki tüm ülkeleri etkilemekte ve önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (Jin vd, 2016; Shawn ve Kane, 2017; Petersen vd., 2005). Son yıllarda sağlık otoritelerinin gündemine aldığı önemli konulardan biri ağız ve diş sağlığı ile genel sağlığın entegrasyonudur (Watt ve Sheiam, 2012; Özyavaş, 2018; Balasubramanian vd., 2019). Dünya Sağlık Örgütü 2022 yılı itibarıyla küresel bir ağız sağlığı stratejisinin ve 2023 yılına kadar bir eylem planının geliştirilmesi çağrısında bulunmuş, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri ile ağız ve diş sağlığının geliştirilmesini amaçlayan hizmetlerin önemine özellikle vurgu yapmıştır (DSÖ, 2021). Günümüzde gelişmiş ülkeler, ağız ve diş sağlığı hizmetleri konusunda “proaktif bir yaklaşım” sergilemektedir. Sağlık hizmetlerini koruyucu felsefe temelinde şekillendirmiş olan ülkelerde koruyucu hizmetlerin geliştirilmesini hedefleyen sağlık politikalarına öncelik verilmektedir (Kavşur ve Sevimli, 2021). Türkiye’de ise ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ağırlıklı olarak tedaviye yönelik uygulamalar yer almaktadır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri yaygın bir biçimde sunulmamaktadır (Karabekiroğlu, ve Ünlü, 2017; Hayran vd., 2004).

Gelişmiş ülkelerin koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yaklaşımı ve hizmet sunumlarını incelemek, Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı politikalarına yön vermek adına önemlidir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumu ile ilgili güncel gelişmeleri ortaya koymak, koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin İngiltere, Brezilya, Almanya, Kanada, İsveç, Japonya ve Amerika Birleşik Devletleri gibi ülkelerdeki örneklerini incelemektir. Bu konudaki örnek uygulamaların değerlendirilmesinin sağlık politikacılarına ve akademisyenlere yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Ulusal literatürde Türkiye’deki ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu hizmet bağlamında değerlendiren herhangi bir çalışma bulunmaması dolayısıyla bu çalışmanın literatürde önemli bir boşluğu dolduracağı öngörülmektedir.

2. TÜRKİYE’DE AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZMETLERİ

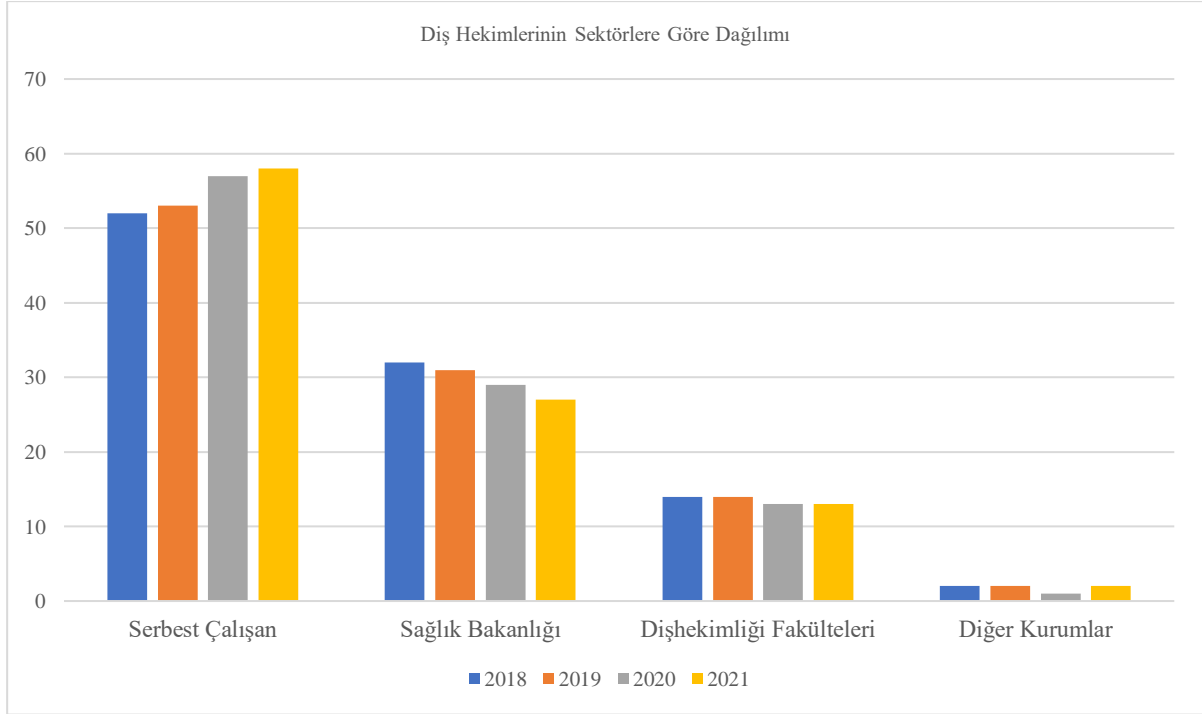
Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda kamu ve özel sektörde faaliyet gösteren sağlık kuruluşları rol almaktadır (Doğan Eren ve Karakaya, 2021). 2002 yılı öncesinde ağız ve diş sağlığı hizmetleri çoğunlukla cepten ödemeler karşılığında özel sektör tarafından sunulmuştur (Atasever ve Örnek, 2018). 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile sağlık sektöründe pek çok önemli değişiklik ve düzenleme gündeme gelmiştir (Memişoğlu, 2018). 2007 yılında Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Uygulama Tebliği’ni (SUT) yayınlamış, 2008 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) uygulamaya geçirilmiştir. “Sağlıkta Dönüşüm Programı” sonrasında Sağlık Bakanlığının sunduğu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin kapasitesi artmış, bu alanda önemli yatırımlar yapılmaya başlanmıştır (Başol ve Işık, 2015). Sağlık Bakanlığı’na bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin sayısı 2002 yılında 14 iken 2019 yılında 131’e yükselmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan toplam kurum sayısı 2016 yılında 997’ye, 2019 yılında 983’e yükselmiştir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2017, 2020). 2019 yılına ait veriler Tablo 1’de sunulmaktadır.

Tablo 1. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunan Kurumlar ve Diş Ünite Sayıları

| | Sağlık Bakanlığı | | Üniversite | | Özel | | Toplam | |
|-----------------------------|------------------|-------|------------|-------|-------|--------|--------|--------|
| | Kurum | Ünit | Kurum | Ünit | Kurum | Ünit | Kurum | Ünit |
| Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi | 131 | 4.411 | - | - | 83 | 909 | 214 | 5.320 |
| Diş Hastanesi | 29 | 2.052 | - | - | 3 | 85 | 32 | 2.137 |
| Diş Eğitim Hastanesi | 3 | 265 | 50 | 5.504 | - | - | 53 | 5.769 |
| Diş Polikliniği (Hastane) | 820 | 3.222 | 15 | 368 | 211 | 477 | 1.046 | 4.067 |
| Diş Polikliniği | - | - | - | - | 2.123 | 8.701 | 2.123 | 8.701 |
| Toplam | 983 | 9.950 | 65 | 5.872 | 2.420 | 10.172 | 3.468 | 25.994 |

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020:137

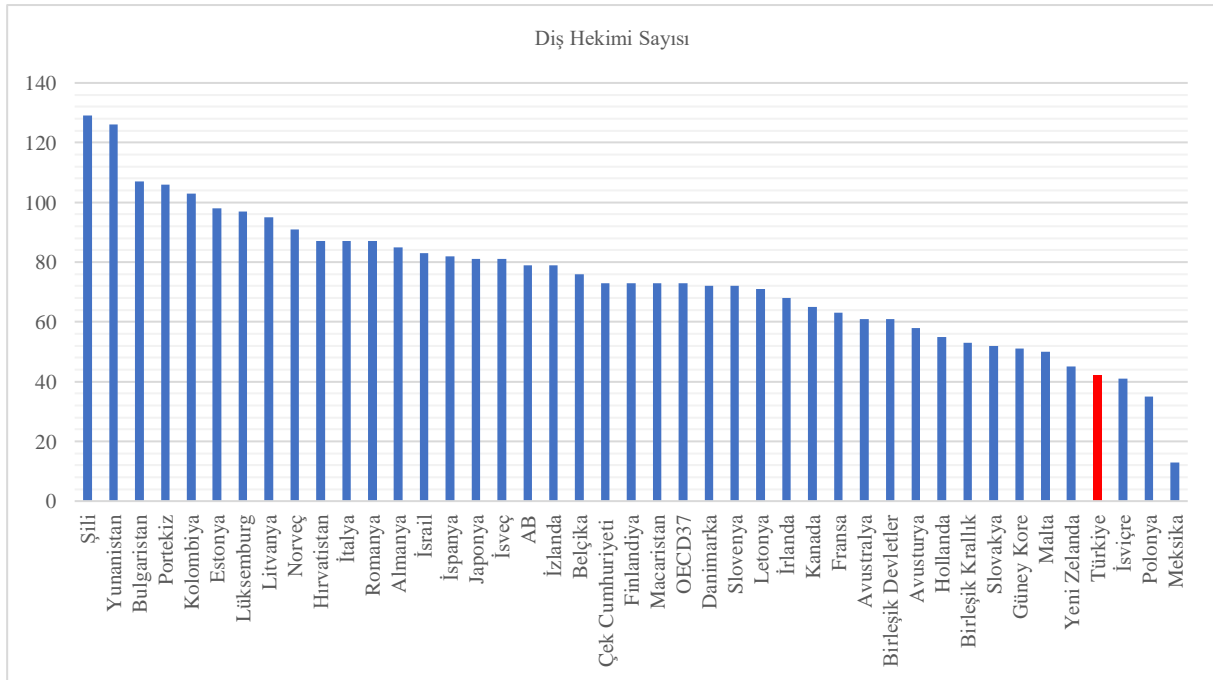
Kamu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna dair yapılan yatırımlar ve artmış istihdama rağmen diş hekimlerinin sektörlere göre dağılımı değerlendirildiğinde özellikle son yıllarda diş hekimlerinin ağırlıklı olarak özel sektörde çalıştığı görülmektedir (Grafik 1). Bu veriler özel sektörün Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda halen en önemli aktör olduğunu ortaya koymaktadır.



Şekil 1. Dış Hekimlerinin Sektörlere Göre Dağılımı

Kaynak: Türk Dış Hekimleri Birliği Yayınları, 2021

Türkiye’de 2007 yılı verilerine göre yüz bin kişi başına 27 dış hekimi düşerken bu sayı 2019 yılında 40’a yükselmiştir. Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyaslandığında bu değer oldukça düşüktür (Sağlık Bakanlığı, 2019).



Şekil 2. Türkiye ve Diğer Ülkelerde 100.000 Nüfusa Düşen Dış Hekimi Sayıları

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019:222

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ağırlıklı olarak tedavi ve rehabilite edici uygulamalar yer almıştır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri maalesef bütün nüfusu kapsayacak sistematik bir biçimde sunulmamış ve koruyucu hizmetlerin eksikliği pek çok soruna temel teşkil etmiştir (Ağırılan, 2013; Akar, 2014).

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sağlık sistemi içerisinde konumlandırılması toplum sağlığı ve sağlık hizmetlerinin yönetimi açısından önem taşımaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetleri içinde özellikle koruyucu uygulamalara vurgu yapılmakta ve “tüm dünyada ülkelerin sağlık sistemlerinin ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde koruyucu uygulamaları temel alarak yapılandırılması” savunulmaktadır (Öztaş vd., 2016).

Türkiye’de koruyucu hizmetlerin hedef kitlesinde çocuklar vardır. Okul sağlığı ile ilgili çalışmalar 1930 yılında çıkarılan “1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu” ile başlatılmıştır. Günümüzde “Ağız ve Diş Sağlığı Eğitimi ve Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Çalışmaları Programı” ile okul çağı çocuklarına koruyucu hizmetler kısmen sunulmaktadır. Bu program “Türkiye Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ile Mesleki ve Teknik Eğitim Genel Müdürlüğü” tarafından yürütülmektedir (Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı, 2017). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü 60 ayını doldurmuş ana sınıfı öğrencilerinden başlayarak ilkökul 4. sınıfın sonuna kadar okul çağı çocuklarına yılda iki kez flor vernik uygulanması ve ağız hijyeni eğitimleri gibi bazı hizmetleri sunmaktadır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2019). Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin birinci basamak sağlık hizmetlerine entegrasyonu amacıyla Türkiye’de 2004 yılında Aile Diş Hekimliği uygulaması gündeme gelmiş ancak o dönemde uygulamaya geçirilememiştir (Çam ve Kumru, 2020). 2022 yılının ağustos ayında Aile Diş Hekimliği Modeli üç pilot ilde denenmeye başlanmıştır. Oysaki gelişmiş ülkelerin çoğunda ağız ve diş sağlığını koruma ve geliştirmeye yönelik politikaların uzun yıllar önce hayata geçirildiği görülmektedir (Kavşur ve Sevimli, 2021; Kırıcı Çevik ve Yüksel, 2019).

3. AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞININ KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK HİZMETLERDE ÜLKE ÖRNEKLERİ

3.1. İngiltere

İngiltere’de sağlık hizmetlerinin büyük bir kısmı, sorumluluğu Sağlık Bakanlığı’na ait olan ve 1948 yılında kurulan “Ulusal Sağlık Hizmetleri (National Health Services, NHS)” kapsamında sunulmaktadır (Boyle, 2011; Cylus vd., 2015). 2012 yılında çıkarılan Sağlık ve Sosyal Bakım Yasası, özel hizmet sağlayıcılara da NHS sözleşmeleri kapsamında hizmet sunma hakkı tanımıştır. Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin büyük kısmının özel sağlık hizmet sunucuları tarafından ve belli miktar geri ödeme karşılığında NHS kuruluşları aracılığıyla sunulduğu karmaşık bir sistem söz konusudur. Bu sistemde hizmet temel olarak GDP (general dental practitioner) adı verilen diş hekimleri tarafından sunulmaktadır. Birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde diş hekimleri, dental terapistler, dental hemşireler, ağız diş sağlığı teknikerleri ve dental hijyenistler görev almaktadır (O’Connor vd., 2022). Toplum ağız ve diş sağlığı hizmetleri çocuklar ve özel bakım ihtiyacı bulunan yetişkinleri kapsamaktadır. Diş sağlığı taramaları ve ağız sağlığının teşvikine yönelik çeşitli uygulamaları içeren bu hizmetler maaşlı çalışan diş hekimleri tarafından sunulmaktadır (Gulabivala, 2018). “Ulusal Sağlık Hizmetleri Ağız ve Diş Sağlığı Topluluğu” çocukların diş taramalarını ve tedavilerini gerçekleştirmekte, sosyoekonomik nedenlerle hizmete erişim sağlayamayan vatandaşlara bu hizmetleri ücretsiz olarak sunmaktadır (Birch ve Anderson, 2005; Gulabivala, 2018).

İçme sularına florür ilave edilmesi, İngiltere’de 1960’lı yıllardan itibaren diş çürüğüne karşı bir koruma yöntemi olarak uygulanmaktadır (Kavşur ve Sevimli, 2021). İlk olarak Birmingham’da uygulanmaya başlanmış, sonrasında diğer bölgelerde yaygınlaşmıştır. 2016 yılından itibaren, İngiltere’deki 28 resmi yerel bölgede yaklaşık altı milyon kişiye florürlü içme suyu temin edilmiştir (Henein ve Landes, 2022).

Toplumun bazı kesimlerinde çocukların ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimlerinin kısıtlı olduğunun fark edilmesiyle birlikte “Çocuk Ağız Sağlığı Geliştirme Programı Aksiyon Planı 2016-2020” kapsamında pek çok koruyucu uygulama hayata geçirilmiştir (Sofi-Mohmudi vd, 2020). NHS İngiltere, ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu hizmetler odağında şekillendirmiştir. Ağız ve diş hastalıklarının önlenmesi ve etkilerinin azaltılması için yaşam boyu, kanıta dayalı koruyucu hizmetlerin sunumuna yönelik bir felsefe benimsenmiştir (Gulabivala, 2018).

3.2. Brezilya

Brezilya sağlık sistemi Birleşik Sağlık Sistemi (SUS) olarak isimlendirilmekte olup federal bir yapıya sahiptir. Brezilya’da sağlık anayasal bir haktır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hem özel hem de kamu kuruluşları rol almaktadır (Couttolenc, 2011). Ağız ve diş sağlığı hizmetleri birleşik sağlık sistemi kapsamında birinci basamak

kuruluşlar ve dental uzmanlık merkezleri aracılığıyla sunulmaktadır (Pucca Junior ve De Lucena 2010). Özellikle okul çocuklarını hedef alan ağız ve diş sağlığı programları 1952 yılından bu yana yürütülmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumu amacıyla 1994 yılında Aile Sağlığı Programı (FHP) faaliyete geçirilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve sunumu belediyelerin sorumluluğundadır. 2000 yılında Aile Sağlığı Programı bünyesine ağız sağlığı ekipleri (oral health teams, OHT) dahil edilerek Aile Diş Hekimliği Modeli kullanılmaya başlanmıştır. Brezilya vatandaşlarına diş bakım hizmetlerinden faydalanma hakkı sağlayan, “Smiling Brazil” adı verilen program 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından yürürlüğe koyulmuştur (Pucca Junior vd., 2009, Goes vd., 2012; Dos Reis vd., 2015). Bu programla birlikte çocuklar, gençler, yetişkinler ve yaşlı bireylerin diş sağlığını korumak ve geliştirmek için özel bakım programları organize edilmiştir. OHT’ler koruyucu hizmetler kapsamında, oral kanserlerin erken teşhisine yönelik uygulamalar da gerçekleştirmektedir. Bu sistemde 2 tür ağız sağlığı ekibi mevcuttur. OHT 1, bir diş hekimi ve bir ağız ve diş sağlığı teknikerinden oluşan ekiptir. OHT 2’de bir diş hekimi, bir ağız ve diş sağlığı teknikeri ve bir dental hijyenist yer almaktadır. Giderek artan taleple birlikte 2002-2008 yılları arasında birçok yeni OHT kurulmuş (Pucca Junior vd., 2009), 2019 yılında OHT sayısı yirmi altı bine ulaşmıştır (Brezilya Sağlık Bakanlığı, 2019).

Brezilya diş çürüklerinin önlenmesi amacıyla florür kullanımını benimsemiş bir ülkelerden biridir. İçme sularının florürlenmesi Brezilya’da 1950’li yıllardan itibaren kullanılmaya başlanmış ve 1980’li yıllarda tüm ülkede yaygınlaşmıştır (Pucca Junior vd., 2009). Florürlü ağız gargaraları kullanımı ve topikal florür uygulamalarının yanı sıra toplum ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik oral hijyen eğitimleri de koruyucu hizmetler içerisinde yer almaktadır. Belediyeler ailelere ve hamilelere oral hijyen eğitimleri verilmesinden ve bebeklerin 0-4 yaş arası takibini içeren çocuklara yönelik ağız ve diş sağlığını koruma programlarının yürütülmesinden sorumludur (Goes vd., 2012; Lemos vd., 2014).

3.3. Almanya

Almanya, 2012 yılında altmış dokuz bin iki yüz otuz altı, 2019 yılında yetmiş bir bin kırk çalışan diş hekimi sayısı ile Avrupa’nın en fazla diş hekimine sahip ülkesidir (Ziller vd., 2015; Michas, 2021). Ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel hizmet sunucularından sağlanmakta ve ulusal sosyal sağlık sistemi bünyesinde yer almaktadır. Devletin sunduğu hizmetler muayene, tanı ve koruyucu uygulamalar ile sınırlandırılmıştır. Almanya’da 1988 yılında grup ve bireysel koruma yöntemleri sosyal güvence kapsamına dahil edilmiştir (Patel, 2012). 1989 yılında Sosyal Güvenlik Yasası ile çocuklar için grup bazlı koruyucu diş sağlığı programları uygulamaya geçirilmiştir (Ziller vd., 2015). 2000 yılında yürürlüğe koyulan “Almanya Devlet Sağlık Sigortası (GKV) Sağlık Hizmetlerinde Reform Kanunu” ile koruyucu ağız ve diş sağlığı programları geliştirilmiştir (Kavsur ve Sevimli, 2021). 12 yaşın altındaki çocuklara yılda bir kez diş muayenesi, topikal florür uygulaması ve fissür örtücü uygulamasını içeren koruyucu hizmetler sigorta kapsamında sunulmaktadır (Nomura, 2008). Ayrıca Almanya, ADVOCATE (Added Value for Oral Care) projesinin uygulandığı ülkelerden biridir. Altı Avrupa Birliği Ülkesi’nde uygulanmakta olan bu proje, Avrupa Birliği Ülkeleri’nde ağız ve diş sağlığı sistemlerinin değerlendirilerek ağız ve diş hastalıklarından korunmak için en uygun sistemin tasarlanmasını, koruyucu hizmetlerin geliştirilmesine yönelik stratejilerin ekonomik değerlendirmelerinin yapılarak politika önerilerinde bulunulmasını hedeflemektedir (Legget vd., 2017).

Almanya’da koruyucu programlar grup bazlı geliştirilmiş olup eyaletlerde büyük ölçüde özel sektör tarafından sunulmaktadır. Grup bazlı programlarda oral hijyen eğitimleri, diş sağlığı taramaları ve topikal florür uygulamaları yer almaktadır (Ziller vd., 2015). Özel muayenehanelerinde çalışan diş hekimleri yerel okullar için koruyucu programlar yürütmektedir. Bölgesel diş hekimleri odaları tarafından bölgesel ve ulusal konseyler kurulmuştur. Federal düzeyde, “Çocuk Diş Hekimliği ve Diş Hijyenistleri Bölgesel Çalışma Grupları” grup koruma faaliyetlerini yürütmekte olup, bütün bu koruyucu programlar “Almanya Ağız Sağlığını Geliştirme Akademisi”nin sorumluluğundadır (Petersen ve Kwan, 2004; Ziller vd., 2015). Bu koruma programları kapsamında anaokullarında çocuklara florürlü diş macunu ile fırçalama alışkanlığı kazandırılmakta, ailelere ve öğretmenlere oral hijyen eğitimleri verilmekte, yılda iki kez flor vernik uygulaması yapılmaktadır (Petersen ve Kwan, 2004). Koruyucu hizmetlerin hedefinde sadece çocuklar değil yaşlı ve engelli bireyler de yer almaktadır (Ziller vd., 2015).

3.4. İsveç

İsveç sağlık sistemi; ulusal, bölgesel ve yerel olarak üç düzeyde örgütlenmiştir. Bölgesel anlamda eyalet meclisleri ve yerel düzeyde belediyeler sağlık hizmetlerinin organizasyonu, finansmanı ve sunumundan sorumludur. Genel sağlık politikalarının ülke çapında sorumlusu ise Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’dır (Anell vd., 2012). İsveç, ağız ve diş sağlığı politikalarını koruyucu hizmetler odağında şekillendirmiş bir ülke olması açısından örnek teşkil

etmektedir. 1974 yılında “Ulusal Diş Sağlık Sigortası” kurulmuştur ve diş tedavilerinin çoğu bu sigorta fonundan karşılanmaktadır (Holm-Pederson vd., 2005). Bu sistemin kuruluşundan sonra protez kullanan birey sayısı azalmış, diş hekimine giden yetişkinlerin sayısı artmıştır (Hjern vd., 2001).

İsveç’te ağız ve diş sağlığı hizmetleri, kamu tarafından, özel sağlık sigortalar tarafından veya cepten ödemelerle finanse edilmektedir (Ljung vd., 2019). Bu hizmetler 20 yaşına kadar olan bireyler için ücretsizdir. 20 yaşının üzerindeki bireylerin koruyucu ağız-diş sağlığı hizmetlerinden yararlanması için yaşa göre yıllık sabit bir sübvansiyon verilmektedir. Çocuklar ve gençler için diş çürüğüne karşı koruyucu programlar 1990’lı yıllardan itibaren uygulanmaya başlanmıştır (Ljung vd., 2019; Hjern, 2001). Son 50 yıldır diş çürüğü ve dişeti hastalıklarından korunmaya yönelik toplumsal bazda uygulanan koruyucu yöntemler toplum ağız ve diş sağlığı düzeyini belirgin şekilde arttırmıştır. Çocuklar için okul sağlığı programları, yaşlı bireyler için de ev ziyaretleri ile koruyucu uygulamalar gerçekleştirilmektedir (Birkhed, 2017). Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda diş hekimleri, dental hijyenistler ve özel eğitimli dental hemşireler görev almaktadır (Hjern vd., 2001).

3.5. Kanada

Kanada sağlık sistemi, ağırlıklı olarak kamu tarafından finanse edilmekte; yönetim, organizasyon ve hizmet sunumu bakımından yerleşmiş bir yapı göstermektedir. Eyaletler, kendi vergi fonlu ve evrensel Medicare planlarını yönetmekten sorumludur. Federal hükümet finansmandan, araştırma işlemlerinin yürütülmesinden, bazı özel gruplar için kamu sağlık sigortası temin edilmesinden sorumludur (Marchildon, 2013; Grignon vd., 2010).

Ağız ve diş sağlığı hizmetleri Medicare kapsamında bulunmamakta, büyük ölçüde özel sektör tarafından sunulmaktadır. Finansmanı cepten ödemeler ve özel sigortalar yoluyla gerçekleşmektedir. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri özel sigorta planı kapsamında da yer almaktadır (Garbin Neumann ve Quiñonez, 2014). Topluma yönelik koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde, en maliyet etkili yöntem olarak kabul edilen “içme sularının florlanması” yöntemi kullanılmaktadır. Ayrıca birçok eyalette çocuklar, yetişkinler ve yaşlılar için diş sağlığının koruma ve geliştirilmesine yönelik programlar uygulanmaktadır. Diş sağlığının korunma ve geliştirilmesine yönelik uygulanan programlara örnek olarak The Children In Need Of Treatment (CINOT) ve The Halton Oral Health Outreach (HOHO) Programları verilebilir (Kanada Sağlık Bakanlığı, 2012). Eyaletlerin farklı bölgelerinde yaşayan ve diş tedavilerini karşılayamayan çocuk ve gençlerin ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişim sağlaması amacıyla mobil diş klinikleri kullanılmaktadır. Bu mobil araçlar içerisinde topikal florür ve fissür örtücü uygulamaları, diş taşı temizliği gibi koruyucu hizmetler ücretsiz olarak sunulmaktadır (Main vd., 2006). 2004 yılında hayata geçirilen “Children Oral Health Initiative (COHI)”, kırsal kesimde yaşayan yerli halk için tasarlanmış ulusal bir programdır. 5-7 yaş grubu çocukları, gebeleri ve aileleri hedef almaktadır. Çocuklara diş çürüğünden korunma amacıyla topikal florür ve fissür örtücüler uygulanmakta, ailelere ağız hijyeni eğitimleri verilmektedir (Mathu Muju vd., 2016, Leck ve Randall, 2017).

3.6. Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

ABD sağlık sistemi, genel sağlık hizmetleri ile ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin ağırlıklı olarak piyasa ekonomisi dahilinde özel sektör tarafından sunulduğu bir sistemdir (Kavşur ve Sevimli, 2021). 2018 yılında ağız ve diş sağlığı hizmetlerine yapılan ödemelerin %10’u Medicare ve Medicaid kapsamında, %40’ı cepten ödemelerle, %46’sı özel sağlık sigortaları tarafından karşılanmıştır (Amerikan Diş Hekimleri Birliği, 2021). Çocukların diş tedavi hizmetleri Medicaid kapsamındadır. CHIP (Çocuk Sağlık Sigortası Programı) çocuklara yönelik bir kamu sigortası programıdır. Medicaid programları birinci basamakta anlaşmalı oldukları diş hekimlerinin sunduğu koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini karşılamaktadır (Edelstein, 2010). 2019 yılında diş hekimlerinin %43’ü Medicaid veya CHIP kapsamında hizmet sunmaktadır (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, 2021).

Eyalet Sağlık Merkezleri ağız ve diş sağlığı hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır. 2017 yılında düşük gelir seviyesindeki nüfusun %25’inin ihtiyaçları bu merkezler tarafından karşılanmıştır. Eyalet Sağlık Merkezlerinde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri de sunulmaktadır (HRSA, 2021). Çocuklar için birinci basamak koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumuna ilişkin politikaların belirlenmesinde “Amerikan Diş Hekimleri Birliği, Amerikan Perodontoloji Akademisi ve Amerikan Çocuk Diş Hekimleri Akademisi” gibi kuruluşlar da rol almaktadır. Okul tabanlı sağlık merkezleri (SBHC), çocukların ağız ve diş sağlığı da dahil olmak üzere bulaşıcı hastalıklar, sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini birinci basamak seviyede sunan interdisipliner sağlık kuruluşlarıdır. Okul tabanlı ağız ve diş sağlığı programları, diş sağlığı taramaları, oral hijyen eğitimi, florlu gargaraların kullanılması, fissür örtücü ve flor vernik uygulamalarını içermektedir. Bu programlar eyalet ve yerel yönetimler,

vakıflar, özel sağlık sigortaları, CHIP ve Medicaid tarafından finanse edilmektedir (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, 2021).

2000 yılından sonra toplum tabanlı sağlık programları içerisinde diş sağlığını korumaya ve geliştirmeye yönelik uygulamalar yer almaya başlamıştır. Bu programlarla özellikle “erken çocukluk çağı çürükleri”nin önlenmesi hedeflenmiştir (Lumsden vd., 2021). Programların çoğu oral hijyen eğitimleri ile koruyucu hizmetleri içermektedir. Örneğin Head Start Programları sığınmacı ebeveynler ve çocuklara oral hijyen eğitimleri verilmesi ve diş sağlığının korunması konusunda bilinç oluşturulmasını hedeflemekte, çocukların diş taramaları ile sağlık düzeylerinin takibinin yapılmasını sağlamaktadır. Diğer bir örnek 2009 yılında kurulan Future Smiles’in diş sağlığını korumaya yönelik programlarıdır (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, 2021). Yine benzer bir program olan MySmileBuddy Programı teletıp tabanlı olup, elektronik tabletler vasıtasıyla kırsal kesimlerde yaşayan halkın ağız diş sağlığı konusunda bilgilendirilmesini sağlamaktadır (Lumsden vd. 2019).

3.7. Japonya

Japonya’da toplum ağız ve diş sağlığı hizmetleri yerel yönetimlerle yapılan sözleşmeler vasıtasıyla özel sektörde görevli diş hekimleri tarafından sunulmaktadır (Tsuneishi vd., 2013). Diş hekimlerinin neredeyse tamamı kamu ulusal sağlık sigortası planına “sigortalı hekim” olarak kayıtlıdır ve hizmet başına ücret sistemine tabi olarak hizmet sunmaktadır (İkegami vd., 2011). Bölgesel sağlık hizmetlerinin sunumu çeşitli yasal düzenlemeler ile belirlenmiştir. Toplum Sağlığı Yasası (1947), Sağlığın Geliştirilmesi Yasası (2003), Ağız ve Diş Sağlığını Geliştirme Yasası (2011) tüm yaş gruplarındaki bireyleri hedef almaktadır. “Okul Sağlığı ve Güvenliği Yasası” (1958) okul çağı çocuklarını, “Anne ve Çocuk Sağlığı Yasası” (1965) okul çağı çocuklarını, bebekleri ve hamilelere sunulacak hizmetleri konu almaktadır (Zaitu vd., 2018).

Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sağlık sigortası kapsamına dahil olmadığı için hizmet sunumunda özel sektörün desteği önemli yer tutmaktadır. Koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri toplum sağlığı merkezlerinde yarı zamanlı görev yapan, aslen özel sektör çalışanı olan diş hekimleri tarafından sunulmaktadır. Oral hijyen eğitimlerinde dental hijyenistler görev almaktadır. Bu eğitimler diyet düzenlenmesi, ağız sağlığını ilgilendiren alışkanlıkların düzenlenmesi ve doğru diş fırçalama ile ilgili bilgilendirmeleri içermektedir. Çürükten korunma yöntemi olarak florür topikal olarak kullanılmakta, sistemik olarak kullanılmamaktadır. İlkokul ve liselerde okulda oral hijyen eğitimleri veren, öğrencilerin rutin diş kontrollerini yapan ve gerekli tedaviler için yönlendiren “okul diş hekimleri” mevcuttur (Zaitu vd., 2018).

Japonya’da yetişkin nüfusa yönelik koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerinden yararlanmak bireylerin kendi tercihine bırakılmış olup bu hizmetler genel sağlık sigortası kapsamında yer almamaktadır (Murakami vd., 2014). Yaşlılar için ise yaşlı nüfusun ağız sağlığını korumayı ve geliştirmeyi hedefleyen, “80-20 Kampanyası” adında ulusal bir kampanya başlatılmıştır. Bu ulusal kampanya ile zaman içerisinde toplumun ağız-diş sağlığı düzeyinin iyileştiği gözlenmiştir (Shinso, 2001). 2000 yılında “Sağlık ve Refah Bakanlığı” tarafından uygulamaya geçirilen “Healthy Japan 21” projesi kapsamında diş sağlığının korunması ve geliştirilmesi önemli yer tutmuş ve bu konudaki hedefler belirlenmiştir (Tsuji, 2020). Ağız ve Diş Sağlığını Geliştirme Yasası (2011) ile koruyucu ağız ve diş sağlığı tamamen sağlık politikaları içerisine dahil edilmiştir (Shinso, 2001).

5. SONUÇLAR, TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Ağız ve diş sağlığını ilgilendiren hastalıkların büyük bir kısmı önlenebilen kronik hastalıklardır. Bunun bilincine varmış olan ülkeler ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu felsefe temelinde yapılandırmış olup koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetlerini birinci basamak sağlık hizmetleri içerisine başarılı bir şekilde entegre etmişlerdir. Birçok ülke bu hizmetleri ulusal sağlık programları kapsamına dahil etseler bile özel sektör sunucularının desteğini almaktadır. Ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik olarak florürün topikal ve sistemik uygulanması, fissür örtücü uygulamaları, okul programları ve özellikle oral hijyen eğitimlerine ağırlık verildiği görülmektedir (Tablo 2).

Tablo 2. Koruyucu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Sunumunda Ülke Örnekleri

| | Koruyucu Uygulamalar | | | | | | Hizmet Sunumu | | | |
|----------|----------------------|--------|--------------------|-----------|------------------|-----------------|---------------|---------------|------|---------------------|
| | Topikal Uygulamaları | Florür | İçme Florürlenmesi | Sularının | Okul Programları | Oral Eğitimleri | Hijyen | Fissür Örtücü | Kamu | Kamu-Özel İşbirliği |
| A.B. D | + | | + | | + | + | | + | + | + |
| Almanya | + | | + | | + | + | | + | + | + |
| Brezilya | + | | + | | + | + | | + | + | - |

| | | | | | | | |
|-----------|---|---|---|---|---|--------|---|
| İngiltere | + | + | + | + | + | + | + |
| İsveç | + | + | + | + | + | + | - |
| Japonya | + | - | + | + | + | + | + |
| Kanada | + | + | + | + | + | + | + |
| Türkiye | + | - | + | + | + | Kısmen | - |

Oral hijyen eğitimlerinde yaş grubuna göre direkt olarak çocuklar hedef alınabildiği gibi, aileler, hamileler, öğretmenler, mental retarde, geriyatrik veya immobil engelli hastaların bakımını üstlenen kişiler de hedef kitle içerisinde yer almaktadır. Dolayısıyla gelişmiş ülkelerde koruyucu ağız ve diş sağlığı hizmetleri sadece çocukları değil, hamileleri, evde bakım ihtiyacı olan engelli ve yaşlı birey gruplarını da kapsayan geniş bir yelpazede sunulmaktadır.

Türkiye’de ağız ve diş sağlığı hizmetleri tedavi edici hizmetler üzerinde yoğunlaşmıştır. Koruyucu hizmetler, birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında henüz sistemli bir şekilde sunulmamaktadır.

Sonuç olarak:

- Pek çok gelişmiş ülke ağız ve diş sağlığı hizmetlerini koruyucu hizmetler odağında şekillendirmiştir. Ağız ve diş sağlığının korunmasına ve geliştirilmesine yönelik hizmetler öncelikli olarak kamu tarafından birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında sunulmaktadır.
- Birçok ülkede aile diş hekimliği benzeri bir sistem mevcut olup bazı ülkelerde birinci basamak ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin sunumunda kamu ile sözleşmeli olan ve özel sektörde çalışan diş hekimleri görev almaktadır.
- “Ağız ve diş sağlığı genel sağlığın ayrılmaz bir parçası” olarak kabul edildiği için Türkiye’de ağız ve diş sağlığının korunması ve geliştirilmesine yönelik hizmetler birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında ve yaygın şekilde sunulmalıdır. Mevcut duruma bakıldığında, geçmiş yıllarda uygulamaya geçirilmesi planlanan ancak netice alınamayan Aile Diş Hekimliği uygulaması ile ilgili gelişmelerin devam ettiği görülmektedir. Diş hekimlerinin sayıca çoğunluğunun özel sektörde çalıştığı göz önüne alındığında Aile Diş Hekimliği uygulamasının kamuda diş hekimi istihdamını da arttıracığı düşünülmektedir.
- Konunun tüm paydaşlarının görüşleri alınarak ulusal bir ağız ve diş sağlığı hizmet politikası belirlenmelidir.
- Koruyucu hizmet dendiğinde ilk akla gelen şüphesiz ki çocuklardır ancak farklı ihtiyaç grupları da dikkate alınmalıdır. Toplumun ağız ve diş sağlığına yönelik farkındalığı artırılmalı, bu konuda çocuklara, ebeveynlere, hamilelere ve evde bakım ihtiyacı olan bireylerin bakımından sorumlu kişilere ağız hijyeni eğitimleri verilmelidir. Bu da ancak koruyucu hizmetlerin sistematik bir biçimde sunumunun sağlanması ile mümkün olacaktır.

YAZARIN BEYANI

Katkı Oranı Beyanı: Yazarlar çalışmaya eşit oranda katkı sağlamıştır. Çalışmaya birinci yazar %50 oranında, ikinci yazar %50 oranında katkı sağlamıştır. Birinci yazar makalenin literatür taraması ve veri toplanması aşamalarından, ikinci yazar ise yöntemin belirlenmesi ve kontrolünden sorumlu olmuştur. Çalışmaya birinci yazar %50 oranında, ikinci yazar %50 oranında katkı sağlamıştır.

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

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

KAYNAKÇA

Ada.org American Dental Association, Health Policy Institute. Dentist Participation in Medicaid or CHIP, 2019. [Erişim Tarihi: 8.06.2021]. <https://www.ada.org>.

Akar Ç. Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı Hizmetlerinin Strateji Değerlendirmesi. Ankara: Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları; 2014.

Balasubramanian M, Brennan D, Short S, Gallagher J. A strife of interests: A qualitative study on the challenges facing oral health workforce policy and planning. Health Policy. 2019; 123(11): 1068-1075

- Başol E, Işık A. Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme ve Öneriler. *IAAOJ-Social Science*. 2015; 2(2):1-26
- Bphc.hrsa.gov. Health Resources and Services Administration. Health Center Program: Impact and Growth. 2021. [Erişim tarihi:06.04.2022]. <https://bphc.hrsa.gov>
- Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O’Neill C, Steel D. United Kingdom: Health System Review. *Health Systems in Transition*. 2015; 17(5): 1-126.
- Çam F, Kumru S. Ağız ve Diş Sağlığında Hasta Algısı ve Kamu Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Hasta Bakış Açısı ile Değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Derg*. 2020; 30(2): 123-139.
- Doğan Eren A, Karakaya A. Türkiye’de Ağız Ve Diş Sağlığı Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerin İncelenmesi. *International Social Sciences Studies Journal*, 2020; 73(6): 4834-4841.
- Dos Reis CMR, Da Matta-Machado ATG, Do Amaral JHL, Werneck MAF, De Abreu MHNG. Describing the Primary Care Actions of Oral Health Teams in Brazil. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2015; 12(1): 667-678. <https://doi.org/10.3390/ijerph120100667>
- Dosyasb.saglik.gov.tr. Türkiye: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 [Erişim tarihi: 18.04.2022] <https://dosyasb.saglik.gov.tr>
- Dosyasb.saglik.gov.tr. Türkiye: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2020 [Erişim tarihi: 18.04.2022] <https://dosyasb.saglik.gov.tr>
- Egestorab.saude.gov.br. Brezilya Sağlık Bakanlığı, 2019. [Erişim Tarihi: 09.04.2022] <https://egestorab.saude.gov.br>
- Gulabivala K. Dentistry in the United Kingdom, Oral Health and Dentistry in Other Countries 2018; 85(1): 8-18.
- Henein C, Landes D. NHS dental activity: a population marker for the effectiveness of community water fluoridation in children in England. *Br Dent J*. 2022. <https://doi.org/10.1038/s41415-021-3822-1>
- Hjern A, Grindefjord M, Sundberg H, Rose n M: Social inequality in oral healthand use of dental care in Sweden. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2001; 29:167–74.
- Hsgm.saglik.gov.tr. Okulda Sağlığın Korunması ve Geliştirilmesi Programı Uygulama Kılavuzu, Ankara 2017. [Erişim tarihi: 14.04.2022] <https://hsgm.saglik.gov.tr>
- Ikegami, N.; Yoo, B.K.; Hashimoto, H.; Matsumoto, M.; Ogata, H.; Babazono, A.; Watanabe, R.; Shibuya, K.; Yang, B.M.; Reich, M.R.; et al. Japanese universal health coverage: Evolution, achievements, and challenges. *Lancet* 2011, 378, 1106–1115.
- Jin LJ, Lamster IB, Greenspan JS, Pitts NB, Scully C, Warnakulasuriya S. Global burden of oral diseases: emerging concepts, management and interplay with systemic health. *Oral Diseases*. 2016; 22: 609–619 doi:10.1111/odi.12428
- Karabekiroğlu S, Ünlü N. Toplum Bazlı Koruyucu Ağız Diş Sağlığı Programlarında Erken Dönem Koruyucu Uygulamaların Yeri ve Önemi. *EÜ Diş Hek Fak Derg*. 2017; 38(2): 89-100.
- Kavsür Z, Sevimli E. Bazı Gelişmiş Ülkelerde ve Türkiye’de Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerinin Karşılaştırmalı Analizi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*. 2021; 3(1): 9-16
- Leck V, Randall GE. The rise and fall of dental therapy in Canada: a policy analysis and assessment of equity of access to oral health care for Inuit and First Nations communities. *Int J Equity Health*. 2017; 16(1):131. doi: 10.1186/s12939-017-0631-x.
- Leggett H, Duijster D, Douglas GVA, et al. (2017) Toward More Patient-Centered and Prevention-Oriented Oral Health Care: The ADVOCATE Project. *JDR Clinical & Translational Research*.;2(1):5-9. doi:10.1177/2380084416668167

- Lemos LVFM, MyaKi SÍ, Walter IR De F, Zuanon ACC. Oral health promotion in early childhood: age of joining preventive program and behavioral aspects. *Einstein (São Paulo)* 2014; 12: 6-10. <https://doi.org/10.1590/s1679-45082014ao289520>
- Lumsden C, Edelstein B, Basch CE, Wolf RL, Koch PA, McKeague I, et al. () Protocol for a family-centered behavioral intervention to reduce early childhood caries: the MySmileBuddy program efficacy tria. *BMC Oral Health*. 2021; 21(246): 1-12
- Main P, Leake J, Burman D. Oral health care in Canada - a view from the trenches. *J Can Dent Assoc*. 2006; 72(4): 319. <http://www.cda-adc.ca/JCDA/vol-72/issue-4/319.pdf>
- Marchildon GP. Canada: Health system review. *Health Systems in Transition* 2013; 15(1): 1-179
- Michas F. Number of dentists practicing in Europe in 2019, by country 2021. <https://www.statista.com/statistics/554977/dentists-in-europe/> Erişim tarihi: 16.04.2022.
- Murakami K, Aida J, Ohkubo T, Hashimoto H. Income-related inequalities in preventive and curative dental care use among working-age Japanese adults in urban areas: a cross-sectional study. *BMC Oral Health*. 2014;14(117): 1-8. <https://doi.org/10.1186/1472-6831-14-117>
- Nidcr.nih.gov. Ulusal Sağlık Enstitüleri Raporu, Oral Helath in America, 2021. [Erişim tarihi: 15.04.2022]. <https://www.nidcr.nih.gov>
- O'Connor C, Bridges-Smith F, Docherty C, Holliday R. General dental practitioner views on the current and future provision of advanced NHS restorative dentistry services: a cross-sectional survey in England. *Br Dent J*. 2022. <http://dx.doi.org/10.1038/s41415-022-4035-y>
- Öztaş D, Demiralp KÖ, Boncuk Güzeldemirci G, Üstü Y, Doğusan R, Karahan S, et al. Türkiye'de Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerindeki Hizmetlerin Finansmanı ve Harcamaların Değerlendirilmesi. *Ankara Med J*. 2016; 36(2): 170-181.
- Pucca-Junior GA, Costa JFR, Chagas L, Sivestre RM. Oral health policies in Brazil. *Braz. Oral Res*. 2009; 23: 9-16
- Shinso F. New strategy for better geriatric oral health in Japan: 80/20 Movement and Healthy Japan 21, *IDJ*. 2001; 51(3): 200-206.
- Tdb.org.tr. Türkiye: Türk Diş Hekimleri Birliği Yayınları, 2021[Erişim tarihi: 13.06.2022] <https://www.tdb.org.tr/>
- Tsuji I. Current status and issues concerning Health Japan 21 (second term), *Nutrition Reviews*. 2020; 78(3): 14-17. <https://doi.org/10.1093/nutrit/nuaa079>
- Tsuneishi M, Yamamoto T, Ishii T. Income and Expenditure in Private Dental Clinics in Japan. *Japanese Dental ScienceReview*. 2013; 49(3): 100-105.
- Watt RG, Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinants framework, *Community Dental Oral Epidemiology*. 2012; 40: 289-296
- Zaitsu T, Saito T, Kawaguchi Y. The Oral Healthcare System in Japan. *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2018; 6(79): 1-17. <https://doi.org/10.3390/healthcare6030079>
- Ziller, S. Eaton, K. E. & Widstrom, E. (2015). The Healthcare System and the Provision of Oral Healthcare in European Union MemberStates. Part 1: Germany. *British Dental Journal* (218), 239-244.