



# Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi



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

Yıl /Year: 2024

Cilt/Volume: 6

Sayı/No: 2

ISSN: 2667-8217



## **Derginin Sahibi / Owner of the Journal**

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

## **Baş Editör / Editor in Chief**

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

## **Editörler / Editors**

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Fadime ÇINAR  
Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. Ferhat ÖZBAY  
Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. 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. Murat KONCA  
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Mesut TELEŐ  
Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Ahmet YILDIZ  
Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. Taner ABİŐ  
Dr. Öğr. Üyesi / Assistant. Prof. Dr. İsmail BİÇER

## **Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor**

Öğr. Gör. / Lecturer Burcu ÇELİK

## **Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor**

Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Muhammed Felat AKTAN

## **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. Haşım  
ÇAPAR  
Dicle Üniversitesi  
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Ferhat  
ÖZBAY  
Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Cuma ÇAKMAK  
Dicle Üniversitesi  
Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi  
Doç. Dr. / Assoc. 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  
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

Dicle 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. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Dr. Cuma ÇAKMAK

Dicle Üniversitesi

Dr. Alhamzah ALNOOR

Southern Technical University

Dr. İbrahim DAĞLI

Öğr. Gör. / Lecturer Serkan AKIN

Kayseri Üniversitesi

## **Dergi Sekreteri / Journal Secretary**

Arş. Gör. / Res. Asst. Mehmet Aziz ÇAKMAK



## 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 Arş. Gör. Mehmet Aziz ÇAKMAK

## İletişim Adresi / Contact Info

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

Yenişehir, Diyarbakır / Türkiye

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

[hsmcpr07@hotmail.com](mailto: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

- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Halil İbrahim ŞENGÜN  
Dicle Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Selman KIZILKAYA  
Dicle Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Cuma SONGUR  
Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Nur KUBAN TORUN  
Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Hıdır APAK  
Mardin Artuklu Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Oktay TATLICIOĞLU  
Dicle Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Rojan GÜMÜŞ  
Dicle Üniversitesi
- Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Özlem ÖZER  
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Hatice MUTLU  
Beykent Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Deniz ACUNER  
İstanbul Işık Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Mehmet Akif ERİŞEN  
Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Mehmet Emin KURT  
Dicle Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Melek YAĞCI ÖZEN  
Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi
- Dr. Öğr. Üyesi / Asst. Prof. Murat ÖZTÜRK  
Hakkâri Üniversitesi

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

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



## İÇİNDEKİLER / CONTENTS

### **Araştırma Makalesi / Research Article**

Öğr. Gör. Bayram DENİZ

*Birey Örgüt Uyumu ve Örgütsel Özdeşleşmenin İşteki Mutluluğa Etkisi: Gemi İnşa Sanayi Çalışanları Üzerine Bir Uygulama*

*The Effect of Person-Organisation Fit and Organisational Identification on Happiness at Work: An Application on Shipbuilding Industry Employees*

119-128

### **Araştırma Makalesi / Research Article**

Uzm. Tayyip SAVAŞ

Doç Dr. Ahmet KAR

*Sağlık Krizlerine Hazırlık Algısı Ölçeğinin Geliştirilmesi, Türkçe Geçerlilik ve Güvenilirliğinin Değerlendirilmesi*

*Development of the Health Crisis Preparedness Perception Scale, Evaluation of Its Turkish Validity and Reliability*

129-141

### **Araştırma Makalesi / Research Article**

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ÇİFTÇİ KIRAC

Hacı Süleyman GÜNEŞ

Suzan AKKÜYÜN

Meliha ASLI ŞİMŞEK

*Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin İncelenmesi*

*Investigation of the Satisfaction Levels of Patients Applying to Family Health Centers*

142-153

### **Araştırma Makalesi / Research Article**

Dr. Öğr. Üyesi Hamza DOĞAN

*VZA Süper Etkinlik Modeli ile Türkiye'deki Şehirlerin Sağlık Hizmeti Etkinliklerinin İncelenmesi*

*Analyzing Health Service Efficiency in Turkish Cities Via the DEA Super Efficiency Model*

154-165

### **Araştırma Makalesi / Research Article**

Nejdet YILDIRIM

*Acil Servis Çalışanlarının Kurumlarına Güven ve Aidiyetlerinin Hizmet Sunumuna Yansıması*

*Reflection of Emergency Service Employees' Trust and Loyalty to Their Organizations on Service Provision*

166-180

### **Derleme Makalesi / Review Article**

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BAKTIR

Hüsna YILDIRIM

*Sağlık Sektöründe Depazarlama Kavramı: Uygulamaya İlişkin Bir İnceleme*

*The Concept of Demarketing in the Healthcare Industry: A Review of Practice*

181-193





## 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, yayım etiği kurallarına ve bilimsellik şartlarına uygun olarak hazırlanıp hazırlanmadığı kontrol edilmektedir. Yapılan değerlendirme çerçevesinde makalenin hakem değerlendirme sürecine geçebileceği, hakem değerlendirme sürecine geçebilmesi için belirtilen eksikliklerin giderilmesi gerektiği veya hakem değerlendirme sürecine alınması ve yayımlanmasının uygun olmadığı kararı verilebilmektedir. Makaleye ilişkin hakem değerlendirme sürecine geçebilmesi için belirtilen eksikliklerin giderilmesi gerektiği kararı verilirse yazarlar tarafından en geç 30 gün içerisinde bu eksikliklerin tamamlanması gerekmektedir. Aksi durumda makalenin değerlendirme süreci sonlandırılacak ve makale reddedilecektir.
11. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ön kontrol aşamasında Turnitin intihal programlarından geçirilmektedir. Benzerlik indeksi oranı % 20'den yüksek olan makaleler değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmektedir. Makaleye ilişkin intihal değerlendirmesi dergi tarafından yapılacak olup, yazarların herhangi bir intihal raporu göndermesine gerek bulunmamaktadır. Çalışmalarını gönderen yazarlar; makalede hiçbir şekilde intihal yapmadığını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş 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, düzeltilmenin 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 yayınlanma 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 yayınlamak üzere göndermemiş olmalıdır.
- Yazarlar makalelerinde kullandıkları tüm alıntılara kaynak göstermiş olmalıdır.
- Yazarlar makalenin kendi çalışmaları olduğunu, hiçbir şekilde intihal yapmadıklarını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
- Yazarlar makaleye bilimsel katkı verdiklerini garanti etmeli ve tüm yazarların makale üzerinde eşit sorumluluğa sahip olduğu bilinmelidir.
- Sorumlu yazar makalede adı geçen tüm ortak yazarların yayına ve ortak yazar olarak adlandırılmaya razı olduğunu garanti etmelidir. Çalışmaya önemli katkılar sağlayan tüm kişiler ortak yazar olarak adlandırılmalıdır. Bunun dışındaki kişilere teşekkür kısmında yer verilmelidir.
- Yazarlar gönderdikleri çalışmaları destekleyen kuruluşları, finansal kaynakları veya çıkar çatışmasını beyan etmelidir.
- Yazarlar gerekli görülmesi halinde makalede yer alan veri setlerine ulaşım imkânı sağlamalıdır.
- Yazarlar dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleleri araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlamış olmalıdır. Yapılan araştırmalar için ve etik kurul kararı gerektiren klinik ve deneysel insan ve hayvanlar üzerindeki çalışmalar için ayrı ayrı etik kurul onayı alınmış olmalı, bu onay makalede belirtilmeli ve belgelendirilmelidir.

#### Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

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

#### Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

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



## YAZIM KURALLARI

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



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

## Kitaplar:

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

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

Arslandoğlu, A. ve Gemlik H. N. ve Bektumur 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 Avrupalılaştırma. 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 harfi. (Yıl). Tez başlığı. Yüksek Lisans Tezi / Doktora Tezi, Kurum Adı, Yayın yeri. Çapar, H. (2018). Destinasyon Seçimini Etkileyen Faktörler: Yabancı Potansiyel Medikal Turistlerin Türkiye Algısını Ölçmeye Yönelik Bir Çalışma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

#### **Sempozyum/Konferanslar:**

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

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

#### **Araştırma Raporları:**

Yazarın soyadı, Yazarın adının baş harfi. (Yıl). Çalışmanın başlığı (Rapor No. xxx). Yayın yeri: Yayıncı.

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

#### **İnternet Kaynakları:**

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

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

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



## PUBLICATION PRINCIPLES

1. Journal of Health and Social Welfare Researches is an international, double-blind, peer-reviewed, free and open access e-journal published twice a year, in January and July.
2. Research articles and compilation articles prepared on all subjects related to the fields of health and social welfare, health economics, health management, public health, health tourism, health policies and health institutions management can be sent. The number of review articles published in the journal cannot exceed 25% of the total number of articles.
3. Evaluation fee and application fee are not collected from the articles sent to the journal.
4. An author sending an article to the journal cannot have two articles in a row or more than once in the same year. Therefore, authors who submit more than one article for publication in the journal are deemed to have accepted this rule.
5. Articles must be written in Turkish or English.
6. Articles should be prepared using the journal article template available on our website. Articles should be prepared in accordance with the writing rules of the journal and sent through the DergiPark system. Along with the articles, the Article Application Form signed by all authors must be uploaded to the system. Writers; should add their titles, institutions they work for, contact information and ORCID information to the system completely. Authors who cannot submit articles through the DergiPark system can receive technical support by sending an e-mail to [hsmcpr07@hotmail.com](mailto: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.

Arslanoğlu, 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

Avrupalaşma. 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

## BİREY ÖRGÜT UYUMU VE ÖRGÜTSEL ÖZDEŞLEŞMENİN İŞTEKİ MUTLULUĞA ETKİSİ: GEMİ İNŞA SANAYİ ÇALIŞANLARI ÜZERİNE BİR UYGULAMA

### THE EFFECT OF PERSON-ORGANISATION FIT AND ORGANISATIONAL IDENTIFICATION ON HAPPINESS AT WORK: AN APPLICATION ON SHIPBUILDING INDUSTRY EMPLOYEES

Öğr. Gör. Bayram DENİZ<sup>1</sup>

#### ÖZ

Bu çalışmada bir ilişkisel tarama metoduna dayalı olarak gemi inşa sanayi çalışanlarının birey örgüt uyumu ve örgütsel özdeşleşmenin birer öncül değişken olarak, işteki mutluluğa etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ölçümlerin gerçekleştirilmesi noktasında nicel araştırma kapsamında yüz yüze anket uygulamasına dayalı olarak, basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılmış ve 300 katılımcıdan veri elde edilmiştir. Araştırmada birey örgüt uyumu ve örgütsel özdeşleşmenin, işteki mutluluğa pozitif ve doğrusal etki ettiği bulgularına rastlanmıştır. Bunun yanı sıra birey-örgüt uyumunun işteki mutluluğa etkisinde örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolünün olduğu yani birey-örgüt uyumunun işteki mutluluğa olan pozitif etkisini daha da artırdığı görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** Birey-Örgüt Uyumu, Örgütsel Özdeşleşme, İşte Mutluluk.

**JEL Sınıflandırma Kodları:** M1, M12, M16, M19.

#### ABSTRACT

In this study, it is aimed to determine the effect of person-organization fit and organisational identification on happiness at work as antecedent variables of shipbuilding industry employees based on a relational survey method. At the point of carrying out the measurements, simple random sampling method was used based on face-to-face survey application within the scope of quantitative research and data were obtained from 300 participants. In the study, it was found that person-organisation fit and organisational identification have a positive and linear effect on happiness at work. In addition, it was determined that organisational identification has a mediating role in the effect of person-organization fit on happiness at work, that is, it further increases the positive effect of person-organization fit on happiness at work.

**Keywords:** Person-Organization Fit, Organizational Identification, Happiness at Work.

**JEL Classification Codes:** M1, M12, M16, M19.

<sup>1</sup>  Yalova Üniversitesi, Yalova Meslek Yüksekokulu, Deniz Ulaştırma ve İşletme Programı, [bdeniz@yalova.edu.tr](mailto:bdeniz@yalova.edu.tr)



## EXTENDED SUMMARY

### Purpose and Scope:

In this study, it is aimed to determine the effect of person-organization fit and organizational identification on happiness at work as antecedent variables of shipbuilding industry employees based on a relational survey method. At the point of carrying out the measurements, simple random sampling method was used based on face-to-face survey application within the scope of quantitative research and data were obtained from 300 participants. In the study, it was found that person-organization fit, and organizational identification have a positive and linear effect on happiness at work. In addition, it was determined that organizational identification has a mediating role in the effect of person-organization fit on happiness at work, that is, it further increases the positive effect of person-organization fit on happiness at work. Since the subject of the study constitutes current and important concepts, it is thought that the continuation of this study and similar studies to be carried out will make important contributions to the literature.

### Design/methodology/approach:

Hypotheses of the Research; H1: Individual-organization fit positively affects organizational identification, H2: Individual-organization fit positively affects happiness at work, H3: Organizational identification positively affects happiness at work, H4: Organizational identification has a mediating role in the effect of individual-organization fit on happiness at work. The cross-sectional study was conducted in Yalova between 01 July 2023 and 15 September 2023. The data were collected by questionnaire from the employees who accepted to participate in the research and volunteered. Within the scope of the research, data were collected from 300 employees. The research was carried out in a shipbuilding sector operating in Yalova-Altınova. The research population consisted of all employees in this organization. The duties of the participants were classified into 2 categories as blue-collar and white-collar employees working in the field. The research population consists of 700 employees. Simple random sampling method was used as the sampling method and the sample size representing the population is 248 people with 95% confidence interval. In this study, Cronbach's Alpha value of the scale was found to be 0.85 and it was determined that the scale was reliable. The research is relationship-seeking research and the data obtained were analyzed with SPSS and Process Macro statistical programs. In this context, descriptive statistics, correlation and mediation analyses were performed.

### Findings:

According to the findings of this study, 82.3% (n=247) of the participants were male, 39.3% (n=118) were undergraduate graduates and the average age was 32.25±8.36. 55.7% (n=167) of the participants were white collar. 75.3% of the participants (n=226) have been working in their organizations for 1-5 years. There is a positive relationship between individual-organization fit and organizational identification ( $r=0.709$ ). There is also a positive relationship between individual-organization fit and happiness at work ( $r=0.713$ ) and between organizational identification and happiness at work ( $r=0.651$ ). Person-organization fit ( $\beta=0.398$ ,  $p=0.000$ ) and organizational identification ( $\beta=0.263$ ,  $p=0.000$ ) positively affect employees' happiness at work. It was found that organizational identification has a mediating role in the effect of individual-organization fit on happiness at work ( $\beta=0.163$ ). It was found that organizational identification further increases the positive effect of individual-organization fit on happiness at work ( $\beta=0.561$ ,  $p=0.000$ ). Within the framework of the research findings, all hypotheses of the research were accepted.

### Conclusion and Discussion:

This study was conducted to reveal the effect of person-organization fit and organizational identification on happiness at work. According to the findings of this study, person-organization fit has a significant and positive effect on organizational identification. According to this finding, it can be said that employees who are in harmony with their organizations will show a higher level of identification with their organizations. This finding is also consistent with the results of previous studies. According to another finding of the study, person-organization fit has a significant and positive effect on employees' happiness at work. Positive emotions that individuals have developed within the organization they are in; issues such as job quality and characteristics or qualities of the job such as job satisfaction, person-job (organization) fit, job commitment are important determinants of workplace happiness. Similar results were found in the studies in the literature. According to the other finding of the study, organizational identification has a significant and positive effect on employees' happiness at work. According to this finding, it can be said that employees who identify with their organization will be happier at work. This finding is also supported by some studies. According to the results of this study, it can be said that organizational identification has a mediating role in the effect of person-organization fit on happiness at work. As the level of organizational identification of employees increases, this situation provides an indirect increase in the effect of person-organization fit on happiness at work. In line with the results obtained, all the research hypotheses were supported, and recommendations were made regarding the practices in organizations and future studies. In this context, in order to strengthen person-organization fit, organizational identification and to ensure employee happiness, it is recommended that top management should act fairly, set clear criteria for promotion and carry out the process meticulously, reward success, be open to technological innovations at the corporate level in order to make things as easy as possible, attach great importance to employee safety, care about qualified workforce, be fair in remuneration, give importance to socialization between persons and reduce difficulties.

## 1. GİRİŞ

Örgütsel yapı ile çalışanların faaliyet ve davranışlarının benzerliği, örgütün varlığı ve devamlılığı açısından büyük öneme sahiptir (Katz ve Kahn, 1978, s. 10). Birey örgüt uyumu, kişilik özellikleri, mesleki özellikler, yetenekler, beklentiler, öncelikler ve kişisel istekler ile örgütsel değerlerin birbiri ile örtüşmesi durumudur (Eagly ve Chaiken, 1993). Araştırmanın bir diğer değişkeni olan örgütsel özdeşleşme ise, örgüte tabii olma veya örgütün bir parçası olma hissi, çalışanların örgütlerine psikolojik bağlılığı veya örgüt amaçları ile birey amaçlarının zamanla daha fazla bütünleşmesi ve uyumlu hale gelmesi şeklinde ifade edilmektedir (Mael ve Ashforth, 1992, s. 105; Chatman, 1989, s. 339). Örgütleri ile özdeşleşmiş olan çalışanlar, örgüt dışında yer alan insanlar ile etkileşimlerinde örgütün temsilcisi gibi davranır, önemli kararlarda ve fırsatlarda kurumlarının menfaatini düşünürler, pozitif tutumlar içinde olurlar (Boutwell, 2003).

Bir diğer değişken olan işte mutluluk, geçici ruh hali ve duygulardan olabildiğince istikrarlı tutumlara ve kişi düzeyinde son derece istikrarlı bireysel eğilimlere ve birim düzeyinde toplu tutumlara varıncaya kadar birçok yapıyı içeren bir şemsiye kavramdır (Fisher, 2010, s. 386-387). Çalışma hayatında motivasyon, iş doyumunu, iş ortamı kalitesi, tükenmişlik, yabancılaşma gibi konular genelde ele alınırken işte mutluluk konusunu ele alan pek fazla çalışma olmadığı gözlenmiştir (Akduman ve Duran, 2017, s. 32). Özellikle ülkemizde işte mutluluğa neden olan etkenlere ilişkin çalışmaların sınırlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, birey örgüt uyumu ile örgütsel özdeşleşmenin işteki mutluluğa etkisini ortaya çıkarmak amaçlı bir çalışma konusunun alana önemli katkı sağlayacağı söylenebilir. Bu çalışmada amaç, birey örgüt uyumu ile örgütsel özdeşleşmenin işteki mutluluğa etkisini ortaya çıkarmaktır.

## 2. LİTERATÜR İNCELEMESİ

### 2.1. Birey-Örgüt Uyumu

Birey-örgüt uyumu, bireysel değerler ile örgütsel değerler, normlar, beklenti, öncelik ve istekler arasında uyumluluk olarak ifade edilmiştir (Chatman, 1989, s. 339). Bir başka tanımda birey-örgüt uyumu, örgütsel ve bireysel özelliklerde benzeşme, örgütsel ve bireysel amaç birliği, bireysel ihtiyaçlar ile örgüt yapısı uyumu, örgütsel yapı ile birey karakteristik özellikleri arasında uyum olarak belirtilmiştir (Kristof, 1996, s. 5,6). Birey-örgüt uyumu, belirli normları, kendine özgü kültürü ve stratejik olarak ihtiyaçları olan örgüt ile o örgütte bulunan bireylerin bireysel değerleri arasındaki uygunluk, bireyin kendisi ile çalıştığı iş çevresi arasında benzerlik kurması şeklinde açıklanmıştır (Yücel ve Çetinkaya, 2016, s. 18). Bir diğer çalışmada, birey-örgüt uyumu bütünleştirici ve tamamlayıcı olmak üzere iki farklı biçimde ele alınmıştır. Bütünleştirici uyum, bireylerin mensubu oldukları örgütlerin tutum, değer ve inanç gibi özelliklerine benzer özellikler gösterdiği, bu sayede bireylerin örgüte çekildiği ve sosyalizasyon sonrasında örgütte kalıcı oldukları, iş doyumunu ve örgütsel bağlılığın sağlandığı, performanslarının arttığı, işten ayrılma isteklerinin ise azaldığı şeklinde açıklanmıştır. Tamamlayıcı uyum ise, örgüt ve çalışan arasında karşılıklı olarak eksiklerin ve yetersizliklerin giderilmesi durumu olarak ifade edilmiştir (Liu, Liu ve Hu, 2010, s. 617; Bright, 2007, s. 363,364).

Birey-örgüt etkileşiminin oluşması ve uyum sağlanmış olması bireyler ile mensubu oldukları örgütler açısından son derece önemlidir (Akbaş ve Çetin, 2015, s. 84). Birey-örgüt uyumu sağlandığında düşük seviyede tükenmişlik ve yüksek oranda iş tatmini açığa çıkmış olacağı (Tınaz, 2013, s. 25,28), birey örgüt uyumunun işte başarı düzeyini de artıracığı ifade edilmiştir (Yücel ve Çetinkaya, 2016, s. 18). Çalışanların kendi özellikleri ile benzer yapıda olan örgütlerde kendilerini daha iyi hissedecekleri, burada kalıcı olmak için istekli olacakları, bu durumun yöneticiler tarafından da tercih edilen bir durum olduğu belirtilmiştir (Van Vianen, 2000, s. 113,118). Birey-örgüt uyumunun sağlanmadığı yapılarda, hedefe ulaşmanın güçleştiği, çalışanların örgütte mutsuz bir şekilde faaliyetini sürdürmeye devam edeceği ve ilk fırsatta örgütten ayrılacağı savunulmaktadır (Başaran, 2004).

### 2.2. Örgütsel Özdeşleşme

Örgütsel özdeşleşme, örgüt ile bir olma, örgütün bir parçası olma algısıdır (Karabey ve İşcan, 2007, s. 232). Başka bir tanıma göre örgütsel özdeşleşme, iyi günde kötü günde kader birliği, örgüt ile bütünleşme, aidiyet ya da birliktelik algısı, duygusal anlamda bireyin üyesi olduğu örgüte tabii olmaktan mutluluk ve gurur duymasıdır (Ashforth ve Mael, 1989, s. 21,22). Örgütsel özdeşleşme, bireylerin kendilerini tabii oldukları örgütün ayrılmaz birer parçası olarak görmeleri, bütün olma, bir olma ve devamında biz olma temalarının öne çıkmasıyla, bireylerin kendilerini örgüt içinde ailenin bir ferdi olarak hissetmeleri şeklinde açıklanmaktadır (Reade, 2001, s. 1270).

Ayrıca örgütsel özdeşleşmenin, bireysel ve örgüt amaç birliğinin giderek derinleştiği, başarı ve başarısızlıkta da bu bütünlük algısının içselleştirildiği bir süreç olduğu da ifade edilmektedir (Turunç ve Çelik, 2010, s. 187). Örgütleriyle özdeşleşen çalışanların, kendi istek ve iradeleriyle tabii oldukları örgütlerini destekleyici davranışlarda bulunacakları ve örgüt menfaatine daha yoğun çaba sarf edecekleri belirtilmiştir (Boen, Vanbeselaere, ve Cool, 2006, s. 548,549). Örgütsel özdeşleşmenin sonucunda, çalışan ile örgüt arasında oluşan psikolojik bağ nedeniyle örgütsel kimlik oluşur. Bu durumun çalışanlar arasında iş birliği ve güven duygusunu geliştirecek örgütün hedeflerine yönelmesinde motivasyon oluşturacağı belirtilmiştir (Tüzün ve Çağlar, 2008, s. 1016). Örgütsel özdeşleşme; iş tatmini, motivasyon, performans, rol çatışması, rol yönelimi, çalışan ilişkileri, hizmet süresi gibi iş ile ilgili tutumlar ve davranışlar ile ilişkilendirilmiştir (Cheney, 1983, s. 343,344).

### 2.3. İşte Mutluluk

TDK sözlüğüne göre mutluluk, ‘‘bütün özlemlere eksiksiz ve sürekli olarak ulaşılmaktan duyulan kıvanç durumu, ongunluk, kut, saadet, bahtiyarlık’’ olarak tanımlanmıştır (www.tdk.gov.tr, 2023). Mutluluk kavramı, pozitif örgütsel davranışın konusudur ve insanların mutlu olmalarına yönelik olarak güçlü yönlerini ortaya çıkarmaya ve yaşamlarını anlamlı kılmaya odaklanan bir husustur (Gavin ve Mason, 2004, s. 387,388). İşte mutluluk; geçici, bireysel düzeyde ve birim düzeyinde mutluluk olmak üzere üç boyutta ele alınmıştır. Geçici mutluluğun, iş yeri ortamında bireysel bazda değişen ve kısa periyotlarda yaşanan olumlu ruh durumu, memnuniyet, işinden tatmin olma, işini zevkle yapma ve motivasyon gibi duyguları içermekte olduğunu ifade eden araştırmacı, birey düzeyindeki mutluluk ile ilgili durumun duygusal anlamda bağlılık, işe dahil olma, iş tatmini, canlılık ve gelişme şeklinde duyguları içerdiğini belirtmektedir. Birim düzeyi işyeri mutluluğuna gelince, departman, takım veya örgütsel düzeydeki mutluluk algısı olarak ifade edilmektedir (Fisher, 2010, s. 386,387).

İşte mutluluk konusunda üç önemli noktaya vurgu yapılmıştır. Bunlardan ilki, çalışanların sergilediği yaklaşım ve farkındalık durumu, ikincisi işteki mutluluk durumunun yalnızca bireysel değil grup içi roller ile de ilişkili olduğu, üçüncüsü de olası rahatsızlıklar ve zorlukların tüm süreçlerde işleyişin bir parçası olduğunu kabullenmesi şeklinde ifade edilmiştir (Erer, 2021, s. 217). Ücret, çalışma saatleri, pozisyon, iş arkadaşları, çalışılan ortam ve yöneticilerin tutumları, çalışanların kişilik özellikleri gibi faktörler çalışanların işteki mutluluklarını etkilemektedir (Suojanen ve Yliopisto, 2012, s. 40,44). Özellikle ağır çalışma ortamlarında çalışanlara yönelik ödüllendirme ve takdir etmenin olumlu etkisinin olacağı, eğitim ve terfinin aidiyeti artıracağını, sosyal aktiviteler ile de desteklendiğinde stres seviyesinin düşeceğini ve mutluluğun artacağını (Uçkun, 2016), çalışanlar arasında amaç birlikteliği sağlanmasının işte mutluluk ve çalışan performansı üzerinde önemli olumlu etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Yorulmaz ve Karabacak, 2020, s. 128). İşinde mutluluğu yakalamış olan bireyler, işlerinden keyif almanın yanı sıra zorlu işlerde de yılmamakta ve bu zorlukların üstesinden gelmekte, zor şartlarda bile stresleri ile başa çıkmasını başarmaktadırlar (Januwarsono, 2015, s. 10).

## 3. YÖNTEM

### 3.1. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Çalışmanın amacı, birey örgüt uyumu ile örgütsel özdeşleşmenin işteki mutluluğa etkisini ortaya çıkarmaktır. Bu kapsamda araştırmanın bağımsız değişkeni, birey-örgüt uyumu; bağımlı değişkeni işte mutluluk, aracı değişkeni ise örgütsel özdeşleşmedir.

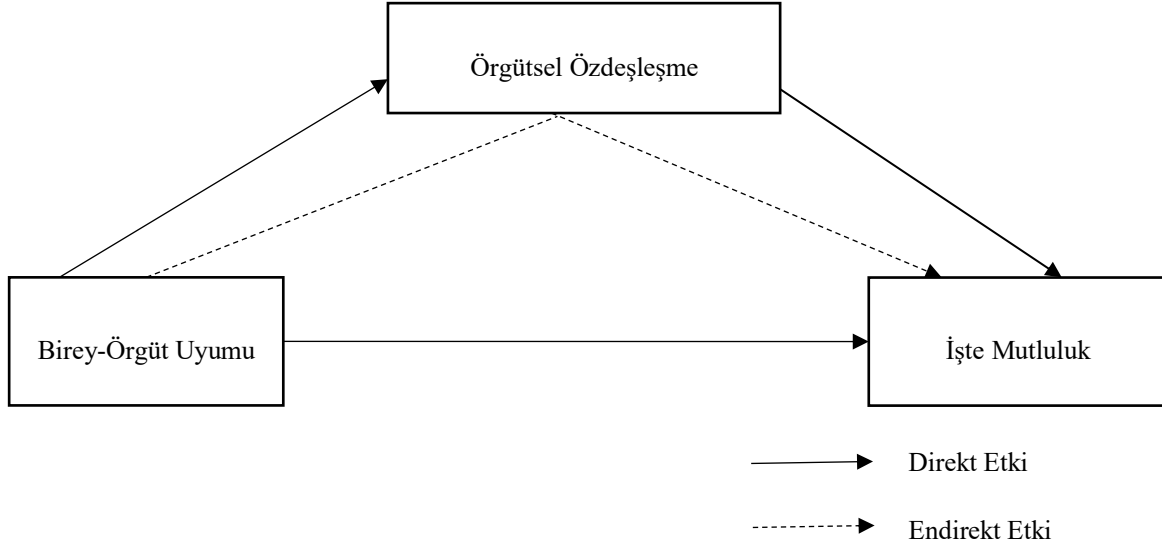
Araştırmanın amacı ve kavramsal çerçevesi doğrultusunda geliştirilen hipotezlere ve Şekil-1’ deki araştırma modeline aşağıda yer verilmiştir:

H1: Birey-örgüt uyumu örgütsel özdeşleşmeyi pozitif etkiler.

H2: Birey-örgüt uyumu işte mutluluğu pozitif etkiler.

H3: Örgütsel özdeşleşme işte mutluluğu pozitif etkiler.

H4: Birey örgüt uyumunun işte mutluluğa etkisinde örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolü vardır.



Şekil 1. Araştırma Modeli

### 3.2. Araştırmanın Kapsamı

Kesitsel tipte planlanan araştırma 01 Temmuz 2023- 15 Eylül 2023 tarihleri arasında Yalova ilinde gerçekleştirilmiştir. Veriler araştırmaya katılmayı kabul eden ve gönüllü olan çalışanlarından anket yolu ile toplanmıştır. Araştırma kapsamında 300 çalışandan veri toplanmıştır.

### 3.3. Evren ve Örneklem

Araştırma Yalova-Altınova'da faaliyet gösteren bir gemi inşa sektöründe gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini bu kurumdaki tüm çalışanlar oluşturmuştur. Katılımcıların görevleri sahada çalışan mavi yakalı ve beyaz yakalı olmak üzere 2 kategoride sınıflandırılmıştır. Araştırma evreni 700 çalışandan oluşmaktadır. Basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak örnekler elde edilmiş ve evreni temsil eden örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında 248 kişi olarak belirlenmiştir (Sekaran, 1992).

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırma verilerini toplamak için kullanılan anket formu dört bölümden oluşmaktadır. Anket formunun ilk bölümde katılımcıların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular yer almaktadır. Diğer bölümlerde ise ölçekler kullanılmış ve bu ölçeklere ilişkin bilgilere aşağıda yer verilmiştir:

#### 3.4.1. Birey-Örgüt Uyumu Ölçeği:

Ölçek Netemeyer vd. (1997) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Turunç ve Çelik (2012) tarafından yapılmıştır. Ölçek tek boyut ve 4 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek, 5'li Likert seçenekleriyle değerlendirilmiştir ("1= kesinlikle katılmıyorum", "5= kesinlikle katılıyorum"). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,93 bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

#### 3.4.2. Örgütsel Özdeşleşme Ölçeği:

Ölçek Mael ve Ashforth (1992) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması Fettahlıoğlu ve Koca (2015) tarafından yapılmıştır. Ölçek tek boyut ve 6 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek, 5'li Likert seçenekleriyle değerlendirilmiştir ("1= kesinlikle katılmıyorum", "5= kesinlikle katılıyorum"). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,91 bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

### 3.4.3. İşte Mutluluk Ölçeği:

Ölçek Polatçı ve Ünüvar (2021) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek tek boyut ve 8 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek, 5'li Likert seçenekleriyle değerlendirilmiştir ("1= kesinlikle katılmıyorum", "5= kesinlikle katılıyorum"). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,85 bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu belirlenmiştir.

### 3.5. İstatistiksel Analiz

Araştırma ilişki arayıcı bir araştırma olup, elde edilen veriler SPSS ve Process Macro istatistik programlarıyla analiz edilmiştir. Bu kapsamda demografik özelliklerin dağılımı, tanımlayıcı istatistikler, korelasyon ve aracılık analizleri yapılmıştır.

### 3.6. Çalışmanın Etik Durumu

Yalova Üniversitesi İnsan Araştırmaları ve Etik Kurulunun 22.06.2023 tarihli toplantısında, 2023/99 karar numarası ile akademik etik yönünden uygun olduğuna karar verilmiştir.

## 5. BULGULAR

Veri analizleri sonucunda elde bulgular aşağıda verilmiştir.

Araştırmaya katılanlara ait demografik özelliklerin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1.** Demografik Özellikler (n=300)

Değişkenler	n	%	
Cinsiyet	Erkek	247	82,3
	Kadın	53	17,7
Eğitim Durumu	Lise	110	36,7
	Önlisans	52	17,3
	Lisans	118	39,3
Görev	Lisansüstü	20	6,7
	Beyaz Yaka	167	55,7
	Mavi Yaka	133	44,3
Kurumdaki Çalışma Süresi	1-5 Yıl	226	75,3
	6-10 Yıl	42	14,0
	11-15 Yıl	21	7,0
	≥ 16 Yıl	11	3,7

Tablo 1'e göre araştırmaya katılanların %82,3'ü (n=247) erkek, %39,3'ü (n=118) lisans mezunu ve yaş ortalaması 32,25±8,36'dır. Katılımcıların %55,7'si (n=167) beyaz yakadır. Katılımcıların %75,3'ünün (n=226) kurumlarındaki çalışması süresi 1-5 yıl aralığındadır.

Bu çalışmada yer alan değişkenlere ait tanımlayıcı bulgular ile değişkenler arasındaki ilişkiyi gösteren korelasyon analizi bulguları aşağıdaki tabloda sunulmuştur.

**Tablo 2.** Tanımlayıcı İstatistikler ve Korelasyonlar

Değişkenler	Ort.	S.S.	1	2
1. Birey-Örgüt Uyumu	3,983	0,832		
2. Örgütsel Özdeşleşme	4,202	0,728	0,709*	
3. İşte Mutluluk	4,085	0,654	0,713*	0,651*

\*p<0,001

Tablo 2’de yer alan araştırma sonuçlarına göre birey-örgüt uyumu ile örgütsel özdeşleşme arasında pozitif ilişki vardır ( $r= 0,709$ ). Birey-örgüt uyumuyla işte mutluluk arasında ( $r= 0,713$ ) ve örgütsel özdeşleşmeyle işte mutluluk arasında da ( $r= 0,651$ ) pozitif ilişki vardır.

**Tablo 3.** Birey-Örgüt Uyumu ve Örgütsel Özdeşleşmesinin İşteki Mutluluğa Etkisi

Etki	$\beta$	S.H.	t	p	LLCI	ULCI
Sabit	1,396	0,151	9,231	0,000	1,098	1,694
BÖU → İM	0,398	0,043	9,158	0,000	0,312	0,483
ÖÖ → İM	0,263	0,050	5,301	0,000	0,165	0,361

**BÖU:** Birey-Örgüt Uyumu, **ÖÖ:** Örgütsel Özdeşleşme, **İM:** İşte Mutluluk

Tablo 3’de yer alan araştırma bulgularına göre birey-örgüt uyumu ( $\beta= 0,398$ ,  $p=0,000$ ) ve örgütsel özdeşleşme ( $\beta= 0,263$ ,  $p=0,000$ ) çalışanların işteki mutluluklarını pozitif etkilemektedir.

**Tablo 4.** Aracılık Etkisi Analizi

Etki		$\beta$	S.H.	t	p	LLCI	ULCI
Direkt Etki	BÖU→İM	0,398	0,043	9,158	0,000	0,312	0,483
Endirekt Etki	BÖU→ÖÖ→İM	0,163	0,047			0,080	0,263
Toplam Etki	BÖU→İM	0,561	0,032	17,549	0,000	0,498	0,624

**BÖU:** Birey-Örgüt Uyumu, **ÖÖ:** Örgütsel Özdeşleşme, **İM:** İşte Mutluluk



Tablo 4'e göre birey-örgüt uyumunun işte mutluluğa etkisinde örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolünün olduğu bulunmuştur ( $\beta = 0,163$ ). Örgütsel özdeşleşmenin, birey-örgüt uyumunun işte mutluluğa olan pozitif etkisini daha da arttırdığı bulunmuştur ( $\beta = 0,561$ ,  $p=0,000$ ). Araştırma bulguları çerçevesinde araştırmannın tüm hipotezleri kabul edilmiştir.

## 6. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Gemi inşa sektörü oldukça karmaşık işlevlerin yürütüldüğü ve ülke ekonomisi açısından önemli faaliyetler yürüten bir sektör olup, işlerin kesintisiz yürütülmesi ve verimliliği açısından çalışanlar büyük önem arz etmektedir. Bu sektörde yürütülen birçok iş tecrübe ve devamlılık gerektirdiğinden çalışanların bu duruma uygun davranış ve tutum sergilemeleri oldukça büyük öneme sahiptir. Bu çalışma, birey örgüt uyumu ile örgütsel özdeşleşmenin işteki mutluluğa etkisini ortaya çıkarmak amacı ile yapılmıştır.

Bu araştırmannın bulgularına göre, birey-örgüt uyumu örgütsel özdeşleşmeyi anlamlı ve pozitif etkilemektedir. Bu bulguya göre, içinde bulunduğu örgüt ile uyumlu olan çalışanların örgütleri ile özdeşleşme seviyelerinin de yüksek olacağı söylenebilir. Bu sonuç önceden yapılmış olan çalışmaların sonuçları ile de uyumludur (Baş, 2022; Kanbur, 2017; Pamuk ve Marşap, 2023). Araştırmannın diğer bulgusuna göre birey-örgüt uyumu çalışanların işteki mutluluklarını anlamlı ve pozitif etkilemektedir. Bireylerin buldukları örgüt içerisinde edindikleri olumlu duygular, yaptığı işi sevmeye, birey-iş (örgüt) uyumu, işine bağlı olma, işin nitelik ve özelliklerine uyum gibi hususların işyeri mutluluğunun önemli belirleyicileri olduğu vurgulanmaktadır (Erer, 2021). Literatürdeki araştırmalarda da benzer sonuçlara ulaşılmıştır (Baş ve Alagöz, 2022; Yıldız ve Uzunbacak, 2021).

Araştırmannın bir diğer bulgusuna göre, örgütsel özdeşleşme çalışanların işteki mutluluklarını anlamlı ve pozitif yönde etkilemektedir. Bu bulguya göre, örgütü ile özdeşleşen çalışanların işlerinde daha mutlu olacağından bahsetmek mümkündür. Yine bu bulgu da yapılmış olan bazı çalışmalar tarafından da desteklenmektedir (Erer, 2021; De Giorgia ve diğerleri, 2022). Bu çalışma sonuçlarına göre, birey örgüt uyumunun işte mutluluğa etkisinde örgütsel özdeşleşmenin aracılık rolünün olduğu söylenebilir. Çalışanların örgütsel özdeşleşme düzeyi arttıkça bu durum birey-örgüt uyumunun işteki mutluluğa olan etkisinin dolaylı artmasını da sağlamaktadır.

Elde edilen sonuçlar doğrultusunda, araştırma hipotezlerinin tamamı desteklenmiş olup, örgütlerde yürütülen uygulamalara ilişkin süreçler ve bundan sonra yapılacak olan çalışmalara ilişkin tavsiyelerde bulunulmuştur. Bu kapsamda birey-örgüt uyumu, örgütsel özdeşleşmeyi güçlendirmek ve bunlara bağlı olarak çalışan mutluluğunu sağlamak için; üst yönetimin adil davranışlarda bulunmaları, terfi konusunda belirgin kriterler ortaya koymaları ve süreci titizlikle yürütmeleri, işleri olabildiğince kolaylaştırmak adına kurumsal düzeyde teknolojik yeniliklere açık olmaları, çalışan güvenliğine büyük ölçüde önem vermeleri, nitelikli işgücünü önemsemeleri, ücretlendirme konusunda adil olmaları, bireyler arası sosyalleşmeye önem vermeleri, güçlükleri azaltmaları yönünde düzenlemeler yapmaları önerilmektedir. Çalışma konusunun güncel ve önemli kavramları teşkil etmesi nedeniyle bu çalışmanın ve yapılacak olan benzer çalışmaların devamının literatüre önemli katkılar sağlayacağı, ayrıca işte mutluluk ile farklı değişkenler arasındaki ilişkileri belirlemeye yönelik çalışmaların da yararlı olacağı, araştırmannın Yalova ilindeki gemi inşa çalışanları üzerinde yapıldığından yola çıkarak farklı örneklem kitleleri üzerinde yeni çalışmalar yapılabileceği belirtilebilir. Bunun yanında, işteki mutluluğun dışında farklı değişkenler de inceleme konusu olabilir. İşteki mutluluğun aracı role sahip olduğu bulgusundan yola çıkarak” memnuniyeti ortaya koyacak anketler yapılarak, çalışanların hangi alanlardan memnun olduğu ve hangi alanların geliştirilmesi gerektiği ortaya konulmuş olacaktır. Bu sonuçlar, iyileştirme alanlarının belirlenmesi ve çalışan mutluluğunu arttırmada temel oluşturabilir.

## YAZARLARIN BEYANI

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

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** Bu çalışma için herhangi bir kurumdan destek alınmamıştır.

**Çatışma Beyanı:** Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

## KAYNAKÇA

- Akbaş, T., & Çetin, A. (2015). İş tatmini ve kişi-örgüt uyumunun örgütsel özdeşleşmeye etkisi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1(16), 81-101.
- Akduman, G., & Duran, N. (2017). Organizasyonlarda Çalışan Mutluluğunun Önemi ve İnsan Kaynaklarında Yeni Bir Kavram: Mutluluk Departmanı. (s. 30-35). Uşak: Sosyal araştırmalar.
- Ashforth, B., & Mael, F. (1989). Social identity theory and the organization. *Academy of management review*, 14(1), 20-39.
- Baş, M. (2022). Kişi-Örgüt Uyumu ve Örgütsel Özdeşleşme Arasındaki İlişkide Psikolojik Sahiplenmenin Aracı, Yaşam Doyumunun Düzenleyici Rolü. *AÜİİBFD Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, 23(2), 81-102.
- Baş, M., & Alagöz, G. (2022). Çalışan Motivasyonu ve İşyeri Mutluluğu Arasındaki İlişkide Kişi-Örgüt Uyumunun Aracı Rolü. *Verimlilik Dergisi*, 4, 693-706.
- Başaran, İ. (2004). Yönetimde İnsan İlişkileri. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Boen, F., Vanbeselaere, N., & Cool, M. (2006). Group status as a determinant of organizational identification after a takeover: A social identity perspective. *Group processes & intergroup relations*, 9(4), 547-560.
- Boutwell, D. (2003). *Organizational Identity, self-concept, and commitment among teachers in northwest Florida (Doctoral dissertation)*. Florida: University of West Florida.
- Bright, L. (2007). Does person-organization fit mediate the relationship between public service motivation and the job performance of public employees? *Review of public personnel administration*, 27(4), 361-379.
- Chatman, J. (1989). Improving interactional organizational research: A model of person-organization fit. *Academy of management Review*, 14(3), 333-349.
- Cheney, G. (1983). On the various and changing meanings of organizational membership: A field study of organizational identification. *Communications Monographs*, 50(4), 342-362.
- Eagly, A., & Chaiken, S. (1993). The psychology of attitudes. *Harcourt Brace Jovanovich College Publishers*. içinde Washington: American Psychological Association.
- Erer, B. (2021). İşyeri Mutluluğunun Öncülleri ve Sonuçları Üzerine Nitel Bir Çalışma. *Pamukkale Üniversitesi İşletme Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 215-229.
- Fettahlıoğlu, Ö. O., & Koca, N. (2015). Örgütsel özdeşleşme ve örgütsel vatandaşlık ilişkisinde örgütsel desteğin düzenleyici etkisi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(4), 1-10.
- Fisher, C. (2010). Happiness at work. *International journal of management reviews*, 12(4), 384-412.
- Gavin, J., & Mason, R. (2004). The Virtuous Organization:: The Value of Happiness in the Workplace. *Organizational dynamics*, 33(4), 379-392.
- Januwarsono, S. (2015). Analytical of factors determinants of happiness at work case study on PT. PLN (persero) region Suluttenggo, Sulawesi, Indonesia . *European Journal of Business and Management*, 7(8), 9-17.
- Kanbur, E. (2017). Psikolojik Güçlendirmenin Örgütsel Özdeşleşme Üzerindeki Etkisi: Birey-Örgüt Uyumunun Aracı Rolü. *Innovation and Global Issues in Social Sciences* (s. 241-248). Antalya: Kültür ve Tuzm Bakanlığı, Kaş Beleeyesi, Akdeniz Üniversitesi, North Kaakhstan State University, Association of Patara Culture and Tourism.
- Karabey, C. N., & İşcan, Ö. F. (2007). Örgütsel Özdeşleşme, Örgütsel İmaj Ve Örgütsel Vatandaşlık Davranışı İlişkisi: Bir Uygulama. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 21(2), 231-241.
- Katz, D., & Kahn, R. (1978). The social psychology of organizations. Newyork: Wiley.
- Kristof, A. (1996). Person-organization fit: An integrative review of its conceptualizations, measurement, and implications. *Personnel psychology*, 49(1), 1-49.

- Liu, B., Liu, J., & Hu, J. (2010). Person-organization fit, job satisfaction, and turnover intention: An empirical study in the Chinese public sector. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 38(5), 615-625.
- Mael, F., & Ashforth, B. (1992). Alumni and their alma mater: A partial test of the reformulated model of organizational identification. *Journal of Organizational Behavior*, 13(2), 103-123.
- Netemeyer, R. G. (1997). An investigation into the antecedents of organizational citizenship behaviors in a personal selling context. *Journal of Marketing*, 61(3), 85-98.
- Pamuk, M. M., & Marşap, A. (2023). İş-Yaşam Dengesi, Kişi-Örgüt Uyumu ve Kişi-İş Uyumunun Örgütsel Özdeşleşme Üzerindeki Etkileri. *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 21(3), 73-99.
- Polatçı, S., & Ünüvar, H. (2021). İşte Mutluluk Ölçeği (İmö): Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Journal Of Research In Business*, 6(1), 177-202.
- Reade, C. (2001). Antecedents of organizational identification in multinational corporations: Fostering psychological attachment to the local subsidiary and the global organization. *International Journal of Human Resource Management*, 12(8), 1269-1291.
- Sekaran, U. (1992). Research Methods For Business. *A Skill-Building Approach*, John Wiley & Sons, 253.
- Suojanen, I., & Ylipisto, T. (2012). Work for your happiness. Theoretical and empirical study defining and measuring happiness at work. Tutkielma, 127 s. 12 liites.: University of Turku.
- Tınaz, P. (2013). *Çalışma Yaşamından Örnek Olaylar, Genişletilmiş 3. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Turuç, Ö., & Çelik, M. (2010). Çalışanların Algıladıkları Örgütsel Destek ve İş Stresinin Örgütsel Özdeşleşme ve İş Performansına Etkisi. *Yönetim ve Ekonomi*, 17(2), 183-206.
- Tüzün, İ. K., & Çağlar, İ. (2008). Örgütsel özdeşleşme kavramı ve iletişim etkinliği ilişkisi. *Journal of Yasar University*, 3(9), 1011-1027.
- Uçkun, C. (2016). Gemi Adamlarının İşten Ayrılma Nedenleri Üzerine Bir Uygulama. *International Multidisciplinary Congress of Eurasia, Honor Committee*, (s. 109).
- Van Vianen, A. (2000). Person-Organization Fit: The Match Between Newcomers'and Recruiters'preferences For Organizational Cultures. *Personnel Psychology*, 53(1), 113-149.
- www.tdk.gov.tr. (2023, 10 15). [www.tdk.gov.tr](https://tdk.gov.tr/). <https://tdk.gov.tr/> adresinden alındı
- Yorulmaz, M., & Karabacak, A. (2020). Liman Çalışanlarında Örgütsel Güven ile İş Performansı Arasındaki İlişki: İş Tatmini ve Örgütsel Bağlılığın Rolü. *Balkan & Near Eastern Journal of Social Sciences (BNEJSS)*, 6(2), 121-130.
- Yücel, İ., & Çetinkaya, B. (2016). Birey-örgüt uyumu ile örgütsel bağlılık arasındaki ilişkide cinsiyetin rolü: Kayseri örneği. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(3), 17-30.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

## SAĞLIK KRİZLERİNE HAZIRLIK ALGISI ÖLÇEĞİNİN GELİŞTİRİLMESİ, TÜRKÇE GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ\*

### DEVELOPMENT OF THE HEALTH CRISIS PREPAREDNESS PERCEPTION SCALE, EVALUATION OF ITS TURKISH VALIDITY AND RELIABILITY

Uzm. Tayyip SAVAŞ<sup>1</sup>

Doç. Dr. Ahmet KAR<sup>2</sup>

#### ÖZ

Belirsizliğin yüksek olduğu sağlık sistemi içerisinde sağlık çalışanlarının karşılaşılabilecek her türlü krize her zaman hazır olmak durumundadır. İnsan kaynağının bu tür krizlere hazır hale getirilmesi, hazırlık durumlarının tespit edilmesi kriz sürecinin en az hasarla giderilmesinde büyük katkı sağlayacaktır. Bu çalışmada, sağlık personelinin sağlık krizlerine hazırlık algısını değerlendirmek için ulusal ve uluslararası literatürden derlenerek hazırlanan soru formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin analizi ile sağlık yöneticilerinin ve tüm paydaşların kullanımına önemli bir veri toplama aracının sunulması amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın evrenini Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki 1350 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında yüz yüze ve çevrimiçi yöntemlerle kullanılabilir özellikte toplam 255 anket formu elde edilmiştir. Hem Türkçe hem de İngilizce literatür taranarak ilgili çalışmaların incelenmesi sonucu 10 adet Türkçe 10 adet İngilizce ifade uyarlanarak aday ölçeğin maddeleri bir araya getirilmiştir. Başlangıçta 20 soru ile oluşturulan form, hesaplama sonuçlarında çıkarılan 6 maddeden sonra 14 soruluk bir forma dönüştürülmüştür. Ölçeğin yapı geçerliliği ise sırasıyla açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin güvenilirliği Cronbach Alpha kat sayısı ile değerlendirilmiştir. Analiz neticesinde ölçeğin 3 faktör altında toplandığı ve toplam varyansın %65,293'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Sağlık krizlerine hazırlık algısı ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha değeri ile 0,873 olarak hesaplanmıştır. Geçerliliği ve güvenilirliği ortaya koyulmuş olan bu ölçeğin kullanılması ile sağlık çalışanlarının sağlık krizleri henüz ortaya çıkmadan bu tür krizlere hazırlık durumunun ne düzeyde olduğunu değerlendirmek mümkün olacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Krizleri, Krizlere Hazırlık, Geçerlilik, Güvenilirlik

**JEL Sınıflandırma Kodları:** I10, I11, L40, P46.

#### ABSTRACT

Within the healthcare system, where uncertainty is high, health workers must always be prepared for any crisis they may encounter. Preparing human resources for such crises and identifying preparedness will make a major contribution to eliminating the crisis process with the least possible damage. The study aims to provide an analysis of the validity and reliability of the questionnaire, which has been compiled from national and international literature to assess the perception of healthcare personnel's preparedness for health crises, as well as an important data collection tool for use by healthcare managers and all stakeholders. The universe of this work consists of 1350 health workers at the Ankara Educational and Research Hospital. A total of 255 questionnaire forms were obtained, available in face-to-face and online methods. As a result of the study of the related studies by scanning both Turkish and English literature, 10 Turkish 10 English phrases were adapted, and the candidate scale items were assembled. The form, originally formed with 20 questions, was converted into a form of 14 questions after 6 items were extracted from the analysis results. The structure validity of the scale was evaluated by explanatory and confirmatory factor analyses, respectively. The reliability of the scale was measured by the Cronbach Alpha coefficient. The analysis found that the scale was collected under three factors, explaining 65.293 per cent of the total variance. The reliability of the preparedness scale for health crises is calculated at 0.873 with the Cronbach's Alpha value. Using this scale of validity and reliability, it will be possible to assess the level of preparedness of health workers for such crises before health crises arise.

**Keywords:** Health Crises, Preparedness to Crises, Validity, Reliability.

**JEL Classification Codes:** I10, I11, L40, P46.

\* Bu çalışma Doç. Dr. Ahmet KAR danışmanlığında Tayyip SAVAŞ tarafından hazırlanan ve 25.07.2022 tarihinde savunulan "Yapısal ve psikolojik güçlendirmenin sağlık krizlerine hazırlık algısına etkisinin değerlendirilmesi" başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

<sup>1</sup> Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD, tayyipsavas06@gmail.com

<sup>2</sup> Kırıkkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ahmetkar@kku.edu.tr

## EXTENDED SUMMARY

### Purpose and Scope:

The dynamic nature of the healthcare sector, international and regional developments in the health sector, increasing population and predictable or unpredictable potential health threats are conditions that indicate that health systems need to be organized to manage health crises. Increasing natural hazards affect health and push the limits of health facilities, such as human resources and equipment. Health personnel play a key role in preparing healthcare institutions for health crises. The high level of crisis preparedness is the most important factor for the coordinated implementation of crisis management plans. In order to manage health workers' preparedness for health crises, they must first be able to measure the current state of affairs. The aim of this study is to develop a scale that will enable health workers to evaluate their preparedness for health crises in a valid and reliable manner.

### Design/methodology/approach:

The study aims to provide an analysis of the validity and reliability of the questionnaire, which has been compiled from national and international literature to assess the perception of health workers' preparedness for health crises, as well as an important data collection tool for use by healthcare managers and all stakeholders. There is no Turkish scale in the literature that directly assesses the perception of health workers' preparedness for health crises. The study is therefore expected to contribute to literature in this area. The universe of this work consists of 1350 health workers at the Ankara Educational and Research Hospital. No samples were selected for the study and all health workers in the hospital were tried to reach between 03.06.2021 and 25.08.2021. A total of 255 questionnaire forms were obtained for face-to-face and online methods. The questionnaire questions were answered in the likert style. The study was conducted with the ethical approval of the Non-Enterprise Research Ethics Board of the University of Kırıkkale. As a result of the study of the related studies by scanning both Turkish and English literature, 10 Turkish, 10 English phrases were adapted and the candidate scale items were assembled. For the linguistic validity of the candidate scale, the scale's English expressions have been translated into Turkish by three academics. A single Turkish survey was then obtained by an expert academic who selected Turkish expressions that best matched the original topic. The survey was compared to the original in English after it was translated back into English by a translator. The statements were found to be very close to each other, and after small corrections, the scale was finalised. Eight different experts were consulted on the validity of the scale. In accordance with Lawshe's technique, experts have expressed their views on the substances as "appropriate", "suitable but to be corrected" and "should be removed". The scale validity indices have been calculated and the final form has been established after the scope validity rates for the items have been computed. The form, originally formed with 20 questions, was converted into a form of 14 questions after 6 items were extracted from the calculation results. The structure validity of the scale was evaluated by explaining and verifying factor analyses, respectively. The reliability of the scale was measured by the cronbach alpha number.

### Findings:

69.8 per cent (n=178) of participants in the study were women and 30.2 per cent (n=77) were males. More than half of the participants (53.3%) were from 20 to 29 years of age and consisted of undergraduates (56.9%). The number of nurses is 42.4 per cent compared to the number of doctors is 29 per cent. Working experience of the participants in the profession and in the institution is most frequently between two and four years. As a result of expert opinions obtained for content validity, six items whose content validity ratio was lower than the validity criterion was removed from candidate scale. After these items were removed, the scale's content validity ratio was calculated at 0.875. As a result of the explanatory factor analysis, it was determined that the scale is consisted of 3 factors and explains 65.293 % of the total variance. The factor loads of the items range from 0.566 to 0.881. The factors have been named in the form of perception of institutional preparedness, influence and psychological preparedness, and individual preparedness. The structural validity of the preparedness scale for health crises has also been tested using the SPSS Amos 21 program for confirmatory factor analysis. Thus, the relevance of the factors identified by the explanatory factor analysis was assessed. The confirmatory factor analysis was carried out with 70% of the population (179 people) randomly selected from the study sample. The confirmatory factor analysis included 14 questions in three dimensions, and the values were found to meet acceptable limit values. The reliability of the preparedness scale for health crises is calculated at 0.873 with the Cronbach's Alpha score.

### Conclusion and Discussion:

Although there have been numerous tools to measure concepts such as crisis management or crisis preparedness in various fields, there is no Turkish scale in the literature that directly assesses the perception of health workers prepared for health crises. It also requires more specific measurement tools because many types of crises are directly or indirectly related to health and because health crises also are assessed by differences such as pre-post, individual-property or man-made-natural. When examining the studies carried out in Turkey, it is apparent that more health workers are assessed in their preparedness for various disasters and the crises that these catastrophes will cause. Within the framework of this study, a candidate scale with a total of 20 questions, collected from relevant studies, has been created by scanning national and foreign literature. As a result of the scope validity analyses carried out on the basis of the expert opinion, 6 questions were selected from the candidate scale. The scale obtained is valid and reliable as a result of the reliability analysis carried out, the explanatory and verifying factor analyses. The final scale was composed of 3 factors, including institutional preparedness perception (8 items), individual preparedness perception (3 items) and influence and psychological preparation dimensions (3 items), consisting of 14 questions.



## 1. GİRİŞ

Örgütsel araştırmalar uzun zamandır krizler ve kriz yönetimi ile ilgilenmekte; krizlere neden olan faktörlere, sonuçlarına ve krizi yönetimine ilişkin önemli bulgular ortaya koymaktadır (Bundy, Pfarrer ve Coombs, 2017). Krizler, tüm kuruluşların hazırlanması gereken başlıca sorunlardan birisidir. Yöneticilerin, kriz ortaya çıktığında bu durumla nasıl başa çıkacakları konusunda yeterli bilgiye sahip olması gerekmektedir (Ozanne, Ballantine ve Mitchell, 2020).

Kriz; genellikle istenmeyen ve beklenmedik bir durumu ifade etmektedir: Kriz hakkında konuşulduğunda, kötü bir şeyin bir kişiyi, grubu, organizasyonu, kültürü, toplumu veya küresel olarak düşünüldüğünde tüm dünyayı tehdit ettiği kastedilmektedir (Boin, Hart, Stern ve Sundelius, 2016). Krizler, yıkıcı tehditlere dönüşebilen birden çok etkenin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Potansiyel bir krize yol açan süreçte, görünüşte masum faktörler birleşebilir ve sistemi tehdit eden çarpıcı biçimde yıkıcı güçlere dönüşebilir. Tehdit altındaki değerler veya yapılar ne kadar önemli olursa, kriz duygusu da o kadar derin olmaktadır (Stein, 2008). Krizlerin ortaya çıkmasında etkili olan faktörler genellikle içsel faktörler ve dışsal faktörler olmak üzere iki sınıfa ayrılmaktadır. Ekonomik, teknolojik, hukuki ve politik, sosyo-kültürel ve doğal afetler gibi unsurlar dışsal faktörleri oluştururken; örgütsel yapı ve yönetimin niteliği gibi unsurlar içsel faktörleri oluşturmaktadır (Güneş ve Güder, 2023).

Bakış açıları ve entelektüel geleneklerin çeşitliliğine rağmen, son 20 yıl içinde krizlerin ve kriz yönetiminin çoklu tanımlarının benzer kavramlar etrafında şekillendiği görülmektedir. Bu kavramlardan yola çıkarak, organizasyonel bir kriz yöneticiler ve paydaşlar tarafından son derece belirgin, beklenmedik ve potansiyel olarak yıkıcı olarak algılanan bir olay olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca krizlerin dört temel özelliği olduğu ifade edilmektedir (Bundy vd., 2017);

- Krizler beraberinde belirsizlik, bozulma ve değişim getirir,
- Krizler, çakışan ihtiyaç ve talepleri olan kuruluşlar ve paydaşları için zararlı veya tehdit edicidir,
- Krizler sosyal sonuçlar barındırır,
- Krizler, ayrık olaylardan ziyade daha büyük süreçlerin parçalarıdır.

Krizler baş gösterdiğinde, örgüt kargaşaya sürüklenebilir. Bu nedenle hazırlıklı olmak önemlidir. Krizlere hazırlıklı olmayı sağlayacak “kriz hazırlık uygulamaları” geliştirilmelidir. Tüm krizler farklı olduğundan, hazırlık sürecine rehberlik edecek tek bir evrensel kılavuz söz konusu değildir. Daha çok krizin başlangıç aşamasında daha hızlı bir tepkiye izin veren spesifik kılavuzlardan söz etmek mümkündür. Kriz hazırlık uygulamaları şunları içerir (Ozanne vd., 2020):

- Yıllık olarak güncellenen bir kriz yönetimi planına sahip olmak,
- Belirlenmiş, eğitilmiş bir kriz yönetimi ekibine sahip olmak,
- Kriz yönetimi planını ve ekibini test etmek için tatbikatlar yapmak,
- İletişim bildirimleri için kriz yönetimi mesajlarının ve şablonlarını önceden hazırlamak.

Örgütsel kriz hazırlığı, belirli bir kriz türünün doğasının anlaşılmasıyla başlamaktadır (Mitroff ve Pearson, 1993). Örgütsel krizler karmaşıktır çünkü belirsizliğin yüksek olduğu durumlardır, anında müdahale gerektirebilir, nadiren ortaya çıkabilir, ancak beklenmeyen sonuçlara yol açabilir ve önemli organizasyon değişikliklerine neden olacak kararlar gerektirebilir (Wisittigars ve Siengthai, 2019).

Son yıllarda yaşanan küresel çaplı hastalıklar; kriz, afet ya da istenmeyen olaylarla ilgili gündemin sağlık alanına kaymasına neden olmuştur. Küresel ölçekte bireyleri etkileyen yüksek profilli bulaşıcı hastalıkların çoğu, insan yaşamı ve ekonomileri üzerinde yüksek etkiye sahip acil durum yönetiminin son derece önemli olduğu vakalardır. Bu ölçekteki sağlık krizlerinin başlangıcı, toplumlar üzerinde derin bir etkiye sahiptir. Özellikle pandemilerde yaşanan hızlı yayılma ve yüksek mortalite oranları risk algısının daha da artmasına neden olmaktadır (Simon, Arlikatti, Chatterjee ve Ismayilov, 2018).

Sağlık alanının dinamik doğası, sağlık sektöründeki uluslararası ve bölgesel gelişmeler, artan nüfus ve öngörülen ya da öngörülemeyen potansiyel sağlık tehditleri, sağlık sistemlerinin sağlık krizi yönetimine uygun organize edilmesi gerektiğini gösteren koşullardır. Sağlık krizi yönetimi, belirli insan gruplarının koordineli ve etkili bir operasyonel eylem planının mevcut olduğunu, nedenine ve kapsamına bakılmaksızın sağlık sistemlerini etkileyen bir tehdit durumunda bu planın bu kişiler tarafından uygulanacağını ifade etmektedir (Panos, Dafni, Kostas ve Zacharoula, 2009). Giderek artan doğal tehlikeler sağlığı etkilemekte ve sağlık tesislerinin insan kaynağı ve



donanım gibi sınırlarını zorlamaktadır. Hastaneler ise sağlık krizlerinin yönetiminde hem kendi kurumlarını hem de sağlık sisteminin diğer bileşenlerini güçlendirici hazırlıklar ile süreci başarılı şekilde idare etmeyi amaçlamaktadır (Achour ve Price, 2011). Hastaneler kritik altyapı görevi görmekte ve bir felaket sırasında acil yardım sağlamak için müstakil birimler olarak çalışması beklenmektedir. Bu nedenle hastanelerin, ilk 72 saat içinde meydana gelebilecek mekanik arızalar için mühendislik planlarını hazırlaması veya tıbbi yardımın sürekliliğini sağlamak için dış yardım gelmeden önce en az sınırlama ile hizmet sunmaya devam etmesi gerekmektedir (Nuzzo vd., 2019). Sağlık tesislerinin en önemli özelliklerinden biri, oldukça bağımlı sistemler olmalarıdır. Çalışmak için birçok sisteme bağımlıdırlar (örneğin elektrik, su ve telekomünikasyon). Bu bağımlılığı azaltmak ve dayanıklılığı artırmak için, birçok sağlık tesisi acil durumlarda ana kaynakların yerini alması beklenen alternatif kaynaklarla donatılmıştır (Achour, Miyajima, Pascale ve Price, 2014). Sağlık sistemleri içinde dayanıklılığı artırmak, sağlık sistemi aktörlerinin krizlere yanıt vermeye hazır olmalarını artırmak için önceden var olan güçlü yönleri geliştirilmeli ve aynı zamanda temel işlevlerin de korunması sağlanmalıdır (Meyer vd., 2020). Sağlık sistemlerinin dayanıklılık derecesi kadar esneklikleri de önem arz etmektedir. Esnek bir sağlık sistemi güçlendirme çabalarıyla bütünleşmiş, hızlı bir şekilde destek çağırabilen, farklı popülasyonlara bakım sağlayabilen, tehditleri izole edip temel işlevleri koruyabilen ve sağlık krizlerine uyum sağlayabilen bir sistem olarak tanımlanmaktadır. Hastanelerin esnekliğinin, toplumun doğal afetler ya da salgın hastalıklar gibi birçok felakete karşı müdahale ve iyileşme yeteneği üzerinde doğrudan bir etkisi vardır. Bu nedenle, hastanelerin bu tür krizlere karşı dayanıklılığının ve esnekliğinin artırılması, eylem için en büyük önceliğe sahiptir (Nuzzo vd., 2019). Sağlık kuruluşlarının sağlık krizlerine hazır hale getirilmesinde sağlık personeli kilit rol oynamaktadır. Kriz yönetimine ilişkin planların koordineli bir şekilde yürütülebilmesi için krizlere hazırlık düzeyi yüksek personelin mevcudiyeti en önemli faktör konumundadır. Sağlık çalışanlarının sağlık krizlerine hazırlık durumunu yönetebilmek için öncelikle mevcut durumun ölçülebilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda yürütülen bu çalışma ile sağlık çalışanlarının sağlık krizlerine hazırlık durumunu geçerli ve güvenilir şekilde değerlendirmeye olanak sağlayacak bir ölçeğin geliştirilmesi amaçlanmaktadır.

## 2. YÖNTEM

Hastaneler, sağlık sisteminin en önemli öğelerinden birisidir. Belirsizliğin yüksek olduğu sağlık sistemi içerisinde karşılaşılabilecek her türlü krize her zaman hazır olmak durumundadırlar. Bunun için de özellikle sağlık çalışanlarına çok önemli roller düşmektedir. Sağlık çalışanları giderek artan bir şekilde hem doğal hem de insan kaynaklı krizlerle yüzleşme tehdidiyle karşı karşıyadır. Sağlık çalışanlarının ne zaman, ne kadar süreyle ya da ne şekilde mücadele vereceğinin belirsiz olduğu sağlık krizlerinde yönetilmesi zor olan insan kaynağının bu tür krizlere hazır hale getirilmesi, hazırlık durumlarının tespit edilmesi kriz sürecinin en az hasarla giderilmesinde büyük katkı sağlayacaktır.

Çalışma kapsamında, sağlık personelinin sağlık krizlerine hazırlık algısını değerlendirmek için ulusal ve uluslararası literatürden derlenerek hazırlanan soru formunun geçerlilik ve güvenilirliğinin analizi ile sağlık yöneticilerinin ve tüm paydaşların kullanımına önemli bir veri toplama aracının sunulması amaçlanmaktadır. Literatürde sağlık çalışanlarının sağlık krizlerine hazırlık algısını doğrudan değerlendiren Türkçe bir ölçeğe rastlanılmamıştır. Dolayısıyla çalışmanın literatüre bu alanda katkı sağlaması beklenmektedir.

Bu çalışmanın evrenini Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesindeki 1350 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Çalışma kapsamında örneklem seçilmemiş olup 03.06.2021 – 25.08.2021 tarihleri arasında hastanede çalışan tüm sağlık çalışanlarına ulaşılmaya çalışılmıştır. Yüz yüze ve çevrimiçi yöntemlerle kullanılabilir özellikte toplam 255 anket formu elde edilmiştir. Ölçekte yer alan madde sayısının 5-10 kat büyüklüğünde bir örneklem sayısını ulaştırması yeterli görülmektedir (Tavşancıl, 2014). Anket soruları 1 değerinin ilgili ifadeye en düşük katılma düzeyini, 10 değerinin ise en yüksek katılma düzeyini gösterdiği onlu likert tarzında yanıtlanmıştır. Çalışmanın yürütülebilmesi için Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 25.03.2021 tarihli 2021.03.22 karar numaralı etik onayı alınmıştır.

Hem Türkçe hem de İngilizce literatür taranarak ilgili çalışmaların incelenmesi sonucu 10 adet Türkçe 10 adet İngilizce ifade uyarlanarak aday ölçeğin maddeleri bir araya getirilmiştir. Elde edilen sağlık krizlerine hazırlık algısı aday ölçeğinin dil geçerliliği için ölçeğin İngilizce ifadeleri İngilizceye hâkim üç akademisyen tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Daha sonra alanında uzman bir akademisyen tarafından orijinal maddeyi en iyi şekilde karşılayan Türkçe ifadeler seçilerek tek bir Türkçe anket elde edilmiştir. Elde edilen bu anket de bir tercüman

tarafından tekrar İngilizce 'ye çevrildikten sonra İngilizce orijinaliyle karşılaştırılmıştır. İfadelerin birbirine çok yakın olduğu görülmüş ve küçük düzeltmelerin ardından ölçeğe son şekli verilmiştir.

Aday ölçeğin kapsam geçerliliği için 8 farklı uzmandan görüş alınmıştır. İlgili uzmanlar ulusal ve uluslararası sağlık krizlerinde gönüllü sağlık yardım faaliyetlerinde bulunma tecrübesi olan sağlık personelinden oluşmaktadır. Lawshe tekniğine uygun olarak uzmanlar maddelerle ilgili “uygun”, “uygun ancak düzeltilmeli” ve “çıkartılmalı” şeklinde görüş belirtmiştir. Maddelere ilişkin kapsam geçerlilik oranları hesaplandıktan sonra ölçeğe ilişkin kapsam geçerlilik indeksleri hesaplanmış ve nihai form oluşturulmuştur. Başlangıçta 20 soru ile oluşturulan form, hesaplama sonuçlarında çıkarılan 6 maddeden sonra 14 soruluk bir forma dönüştürülmüştür. Ölçeğin yapı geçerliliği ise sırasıyla açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile değerlendirilmiştir. Ölçeğin güvenilirliği cronbach alpha kat sayısı ile değerlendirilmiştir. Çalışma kapsamında analizlerin yürütülebilmesi için IBM SPSS 23.0 ve Amos 21 paket programları kullanılmıştır.

### Çalışmanın Etik Durumu ve İzinler

Bu çalışma için, Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulundan 2021.03.22 sayılı ve 25.03.2021 tarihli etik kurul onayı alınmıştır. Ankara İl Sağlık Müdürlüğünden E-93471371 sayılı ve 26/05/2021 tarihli araştırma izni ayrıca alınmıştır.

### 3. BULGULAR

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların %69,8'i (n=178) kadınlardan, %30,2'si (n=77) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların yarısından fazlası (%53,3) 20-29 yaş aralığında yer almakta ve lisans mezunlarından (%56,9) oluşmaktadır. Hemşirelerin oranı %42,4 hekimlerin oranı %29'dur. Katılımcıların meslekteki ve kurumdaki çalışma süreleri incelendiğinde büyük çoğunluğunun 2-4 yıl arası tecrübeye sahip olduğu görülmektedir.

**Tablo 1.** Katılımcıların Demografik ve Mesleki Özellikleri

Cinsiyet	n	%
Erkek	77	30,2
Kadın	178	69,8
Yaş	n	%
20-29	136	53,3
30-39	63	24,7
40-49	41	16,1
50 ve üzeri	15	5,9
Eğitim	n	%
Lise ve altı	37	14,5
Ön lisans	8	3,1
Lisans	145	56,9
Lisansüstü	64	25,1
Görev	n	%
Hekim	74	29,0
Hemşire	108	42,4
İdari	27	10,6
Destek/Teknik	46	18,0
Kurumdaki çalışma süresi (ort=5,63 ss=6,79)	n	%
1 yıl ve altı	72	28,2

2- 4 yıl	89	34,9
5- 7 yıl	22	8,6
8 - 10 yıl	28	11,0
11 yıl ve üzeri	44	17,3
Meslekteki çalışma süresi (ort=9,33 ss=20,1)	n	%
1 yıl ve altı	46	18,0
2- 4 yıl	70	27,5
5- 7 yıl	34	13,3
8 - 10 yıl	34	13,3
11 yıl ve üzeri	71	27,8

Tablo 2’ de yer alan kapsam geçerlilik oranları “Nu” bir maddeye uygun yanıtını veren uzman sayısını ifade etmek üzere  $Nu/(N/2)-1$  formülü ile hesaplanmıştır. Veneziano ve Hooper (1997) tarafından 8 kişilik uzman grubu için minimum kapsam geçerlilik ölçütü 0,75 olarak belirtilmektedir. Tablo 2.1’de yer alan bulgulara göre madde 4, madde 5, madde 8, madde 17, madde 18 ve madde 19 kapsam geçerlilik oranı geçerlilik ölçütünden daha düşük olduğu için aday ölçekten çıkartılmıştır. Bu maddeler çıkartıldıktan sonra ölçeğin kapsam geçerlilik oranı 0,875 olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 2.** Uzman Görüşleri Doğrultusunda Aday Ölçeğin Kapsam Geçerlilik Ölçüt ve Oranları

	Uygun	ancak Uygun düzeltilmeli	Çıkartılmali	KGO		Uygun	ancak Uygun düzeltilmeli	Çıkartılmali	KGO
Madde 1	8	0	0	1	Madde 11	8	0	0	1
Madde 2	8	0	0	1	Madde 12	8	0	0	1
Madde 3	7	1	0	0,75	Madde 13	7	1	0	0,75
Madde 4	5	3	0	0,25	Madde 14	7	1	0	0,75
Madde 5	6	2	0	0,5	Madde 15	7	1	0	0,75
Madde 6	8	0	0	1	Madde 16	8	0	0	1
Madde 7	8	0	0	1	Madde17	6	1	1	0,5
Madde 8	6	2	0	0,5	Madde 18	4	3	1	0
Madde 9	8	0	0	1	Madde 19	6	2	0	0,5
Madde 10	8	0	0	1	Madde 20	8	0	0	1
Uzman sayısı				8					
Kapsam geçerlilik ölçütü				0,75					
Kapsam geçerlilik oranı				0,7625					
Maddeler çıkarıldıktan sonra kapsam geçerlilik oranı				0,9285					

Açıklayıcı faktör analizini uygulayabilmek için ölçek madde sayısının en az 5 katı kadar örneklem büyüklüğüne ihtiyaç olduğu ifade edilmektedir (Tavşancıl, 2006). Ölçek madde sayısının 14 olması ve 255 kişilik örnekleme ulaşılmış olması bu koşulu sağlamaktadır.

**Tablo 3.** Uzman Görüşleri Doğrultusunda Aday Ölçeğin Kapsam Geçerlilik Ölçüt ve Oranları

	Faktör Yükleri
Faktör 1: Kurumsal hazırlık algısı (Açıklanan Varyans: 49,729)	
1. Kurumumun bana koruyucu giysiler sağlayacağına ve bir felaket sırasında güvenliğimi korumak için önlemler alacağına dair kurumuma güvenirim.	0,830
2. Kurumumun sağlık krizine hazırlık için verdiği eğitimler yeterlidir.	0,881
3. Kurumum sağlık krizi sırasında işini sürdürecektir kadar istikrarlı kalır.	0,848
4. Sağlık krizi sırasında işgücünü geliştirmek için hazırlanan prosedürlerin faydalı olacağını düşünürüm.	0,566
5. Kurumum sağlık krizine yardımcı olmak için ilgili kurumlarla (AFAD – Belediye-Diğer sağlık kuruluşları- Danışmalık Şirketleri) ortaklıkları vardır.	0,700
11. Kriz sırasında işlerin yerine getirilmesinde kurum çalışanlarının gerekli bilgiye sahip olduğunu düşünmekteyim.	0,699
12. Kriz sırasında malzeme ve personel eksikliği yaşanmayacağını düşünmekteyim.	0,669
14. Yönetim ile çalışanlar arası kriz sırasında bir uyum olacağını düşünmekteyim.	0,700
Faktör 2: Etkilenim ve Psikolojik Hazırlık (Açıklanan Varyans: 17,039)	
8. Kriz döneminde morallerin bozulacağını, psikolojik sorunların yaşanabileceğini düşünmekteyim	0,832
9. Kriz döneminde karar sürecinin bozulacağını düşünmekteyim	0,857
10. Kriz döneminde korku ve panik yaşanabileceğini düşünmekteyim	0,876
Faktör 3: Bireysel Hazırlık Algısı (8,238)	
6. Sağlık krizi endişelerini karşılamak için geliştirdiğim ve uygulamayı düşündüğüm planlarım var	0,652
7. Kurumdaki fiziki eksiklikleri bilirim	0,767
13. Krizlerin olumsuz yanlarından korunma yollarını bilirim	0,788

Not: Kaiser-Meyer-Olkin (KMO): 0,936 Barlett Küresellik Testi Ki Kare: 2757,09  $p < 0,001$  Açıklanan Toplam Varyans: 65,293

Yapılan analiz neticesinde KMO değerinin 0,60'ın üzerinde olduğu, yani ölçeğin faktör analizi için uygun olduğu ve örneklem yeterliliğinin sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır. Barlett Küresellik Testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı ( $p < 0,001$ ) bulunmuştur (Çokluk, Şekercioğlu ve Büyüköztürk, 2012). Analiz neticesinde ölçeğin 3 faktör altında toplandığı ve toplam varyansın %65,293'ünü açıkladığı belirlenmiştir. Maddelere ilişkin faktör yükleri ise 0,566 ile 0,881 arasında değişmektedir. Faktörler, kapsadığı maddelerin ilgili olduğu kavramlar baz alınarak sırasıyla kurumsal hazırlık algısı, etkilenim ve psikolojik hazırlık, bireysel hazırlık algısı şeklinde isimlendirilmiştir.

Sağlık krizlerine hazırlık algısı ölçeğinin yapı geçerliliği ayrıca SPSS Amos 21 programı kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi ile de test edilmiştir. Böylelikle açıklayıcı faktör analizi ile ortaya koyulan faktörlerin uygunluğu değerlendirilmiştir. Doğrulayıcı faktör analizi çalışma örneklemini içerisinden tesadüfi olarak seçilen %70'lik popülasyon (179 kişi) ile yürütülmüştür. Doğrulayıcı faktör analizine 14 soru 3 boyut dahil edilerek şekil 1'de yer alan değerler elde edilmiştir. Elde edilen değerlerin kabul edilebilir sınır değerleri karşıladığı görülmektedir (Hooper, Coughlan ve Mullen, 2008).



Şekil 1. Sağlık Krizlerine Hazırlık Algısı Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.

Modele ilişkin uyum indeksleri Tablo 4' te gösterilmektedir.

Tablo 4. Modele İlişkin Uyum İndeksleri

Uyum İndeksleri	Kabul Edilebilir Sınırlar*	Elde Edilen Değerler
$\chi^2/df$	5	2,22
GFI	>0,90	0,916
CFI	>0,90	0,947
TLI	>0,90	0,935
RMSEA	<0,08	0,069

Kaynak\*: Hooper vd., 2008

Hata tahminlerinin kareköklerinin ortalaması (RMSEA), Tucker-Lewis İndeksi (TLI), Karşılaştırmalı uyum indeksi (CFI), Uyum iyiliği indeksi (GFI) değerleri açıklayıcı faktör analizi ile ortaya koyulan yapının uygunluğunu doğrulamaktadır. Sağlık krizlerine hazırlık algısı ölçeğinin güvenilirliği Cronbach's Alpha değeri ile 0,873 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 5. Sağlık Krizlerine Hazırlık Algısı Ölçeği Güvenilirlik Analizi

Madde	Ortalama	S.Sapma	Madde Çıktığında Ölçek Ortalaması	Madde Çıktığında Ölçek Varyansı	Madde-Toplam Korelasyonu	Madde Çıktığında Ölçek Cronach's Alpha
1	5,725	2,674	78,969	397,668	0,723	0,642

2	5,059	2,656	79,635	397,162	0,735	0,758
3	5,627	2,651	79,067	398,149	0,726	0,707
4	6,137	2,662	78,557	411,964	0,582	0,382
5	5,976	2,514	78,718	411,566	0,628	0,508
6	4,898	2,548	79,796	422,155	0,509	0,374
7	6,627	2,510	78,067	428,669	0,452	0,353
8	8,039	2,359	76,655	439,353	0,375	0,527
9	7,114	2,417	77,580	450,567	0,249	0,578
10	7,616	2,477	77,078	446,112	0,284	0,584
11	5,733	2,502	78,961	413,400	0,613	0,457
12	4,545	2,724	80,149	414,702	0,539	0,430
13	6,239	2,176	78,455	428,107	0,546	0,425
14	5,357	2,770	79,337	415,311	0,523	0,417

Ölçekte yer alan maddelerden herhangi birinin ölçekten çıkartılması güvenilirlik düzeyinin düşmesine neden olmaktadır.

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık sistemlerinin yapısı Türkiye’de ve dünyada dinamik unsurları nedeni ile sürekli izlenmekte, değerlendirilmekte ve uyumlandırılmaktadır. Bu sistemler üzerinde sürekli iyileştirme ve geliştirme çalışmalarının yapılması çevresel değişim hızının artmış olmasından ötürü daha elzem hale gelmiştir. Sağlık sisteminde yaşanan tüm değişimlerde en çok etkilenen unsur ise insan kaynağıdır. Son yıllarda Türkiye’de ve dünyada sağlık sistemi ve insan gücü üzerinde büyük etki oluşturan doğal afetler, krizler ve salgınlar sıklıkla görülmeye başlamıştır. Bu yaşanan krizler sağlık sistemi üzerinde büyük çapta sağlık krizlerine neden olmaktadır. Sağlık kurumlarında çalışan insan gücünün krizlere hazırlık algısı yüksek olduğunda sistem ve süreçler üzerinde daha aktif rol ve sorumluluk alarak bu sağlık krizlerinin sağlık sisteminde oluşturabileceği zararları en aza indirmesi mümkün olacaktır. Bu kapsamda sağlık çalışanlarının sağlık krizlerine hazırlık algısını geçerli ve güvenilir şekilde değerlendirebilmek hazırlık sürecinin ilk ve en önemli basamağını oluşturacaktır.

Çeşitli alanlarda kriz yönetimi veya krize hazırlık gibi kavramları ölçmek üzere çok sayıda araç geliştirme çalışması olmasına rağmen, literatürde sağlık çalışanlarının sağlık krizlerine hazırlık algısını doğrudan değerlendiren Türkçe bir ölçeğe rastlanılmamıştır. Ayrıca birçok kriz türünün doğrudan ya da dolaylı olarak sağlıkla ilişkili olması ve sağlık krizlerinin de öncesi-sonrası, bireysel-örgütsel ya da insan kaynaklı-doğa kaynaklı gibi ayrımlar ile değerlendiriliyor olması daha spesifik ölçüm araçlarını gerekli kılmaktadır.

Türkiye’de yürütülen çalışmalar incelendiğinde daha çok sağlık çalışanlarının çeşitli afetlere ve bu afetlerin yaratacağı krizlere hazırlık durumlarının değerlendirildiği görülmektedir. Aslan, Küçükaltan ve Uzun (2020) sadece sağlığa özgü olarak değil genel olarak krizlerin öncesi ve sonrasını da kapsayacak şekilde yönetim sürecini değerlendirmeye yönelik bir ölçek geliştirme çalışması yürütmüştür. Doğal afetler de dahil olmak üzere çok çeşitli kaynaklardan doğabilecek krizlere yönelik 7 farklı ölçeğin geliştirdiği çalışmada incelenen kriz türleri ise genellikle operasyonel, teknik, finansal ya da teknolojik boyutlarda işletme düzeyinde değerlendirilebilecek şekilde ele alınmıştır. Tercan ve Şahinöz (2021) hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin afetlere hazırlık algısını belirlemeye yönelik bir ölçek geliştirme çalışması yürütmüştür. 71 maddelik soru formu uzman görüşleri neticesinde 55 maddeye düşürülmüş. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri ile istek, önem, öz yeterlilik, müdahale becerisi ve yarar olarak isimlendirilen 5 boyut 28 maddelik ölçek elde edilmiştir. Nihai ölçeğin güvenilirlik düzeyi ise iç tutarlılık katsayısı ile 0,80 olarak hesaplanmıştır. İnal, Altıntaş ve Doğan (2018) sağlık inanç modeline dayalı olarak genel afetlere hazırlık inanç ölçeğini geliştirmeyi amaçlamıştır. Çalışmada toplam varyansın %59,2’sini açıklayan ve güvenilirlik düzeyleri 0,74 ile 0,90 arasında değerler alan 6 boyutlu 31 maddelik bir ölçek elde edilmiştir. Boyutlar öz yeterlilik, eylem ipuçları, algılanan duyarlılık, algılanan engeller, algılanan faydalar ve algılanan ciddiyet şeklinde isimlendirilmiştir.

Şentuna ve Çakı (2020) Balıkesir örnekleme üzerinden afet hazır bulunuşluk ölçeğini geliştirmiştir. Çalışma neticesinde toplam varyansın %59,9’unu açıklayan 15 soru 4 boyuttan oluşan bir ölçek elde edilmiştir. Ölçek boyutları afet fiziksel koruma, planlama, afet yardım, afet uyarı ve sinyaller şeklinde adlandırılmıştır. Yürütülen güvenilirlik ve faktör analizlerinin sonuçlarına göre geliştirilen aracın geçerli ve güvenilir olduğu ifade edilmiştir. Çalışkan (2020) sağlık, eğitim ve sanayi sektöründen belirlemiş olduğu örneklem grubu üzerinden kriz yönetimine



yönelik olarak ölçek geliştirme çalışması yürütmüştür. Çalışma neticesinde gerçekleştirdiği keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizleri ile 23 maddelik 3 boyuttan oluşan geçerli ve güvenilir bir ölçek elde edilmiştir.

Turan, Doğan, Bulut, Öztürk ve Şahinöz (2018) afet ve acil durumlara hazırlık çalışmaları ve etkinliklerine yönelik algıyı değerlendirmiştir. Sağlık bilimleri fakültesi ve öğrencileri üzerinden yürütülen çalışmada araştırmacılar tarafından literatür derlemesi neticesinde oluşturulan anket formu aracılığı ile katılımcıların afete hazırlık düzeyi algısı beş üzerinden ortalama 3,55 ( $\pm 2,22$ ) olarak bulunmuştur. Derlenen soruların katılımcıların acil ve afet durumlarına yönelik olarak önceden bilgi ve eğitim alabilme düzeylerini, iletişim süreçlerini, malzeme ve alt yapı yeterliliğini değerlendirmeye yönelik olduğu görülmüştür. Ancak bu çalışmada bir ölçek geliştirilmemiş her soru münferit olarak analiz edilmiştir. Taş (2023) yürütmüş olduğu yüksek lisans tez çalışmasında Balıkesir Eğitim ve Araştırma Hastanesi acil servisinde görev alan personellerin afete hazırlık algı düzeyini değerlendirmiştir. 20 maddelik afete hazırlık algısı ölçeğinin kullanıldığı çalışmada acil servis personelinin afetlere hazırlık evresi için algı düzeylerinin çok yüksek olduğu, müdahale ve afet sonrası evre için hazırlık algılarının ise yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Yabancı literatürde sağlık krizlerine hazırlık durumunu değerlendiren ölçeklerin ise genellikle pandemi veya doğal afetler gibi kriz kaynaklarına hazırlık durumunu ele aldığı görülmektedir. Zarei (2016) Tahran'daki hastanelerin acil durumlara hazırlık düzeyini ve bunun kriz yönetimi önlemleriyle ilişkisini hemşireler üzerinden değerlendirmiştir. El Idrissi, Manzani, Maatalah ve Lissaneddine (2023) Covid 19 pandemisinde işletmelerin örgütsel krizlere hazırlık durumunu değerlendirmiştir. Hazırlık durumunun odak noktasına dinamik yetenekler ve kurumsal çeviklik rolleri alınmıştır. Ginter, Welle-Newton ve Lees (2006) büyük çaplı felakete müdahalede yüksek güvenilirlikte hazırlık ağlarına olan ihtiyacı değerlendirmiştir. Çalışmada; operasyonların planlanması, koordinasyonu, bütçelenmesi ve personelin eğitiminin kritik faktörler olduğu ifade edilmiştir. Sağlık krizlerine neden olabilecek afet yaşam döngüsünün tüm aşamalarının yönetilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Çalışmaya göre tüm paydaşları ortak bir raporlama yapısı ile ortak bir hedefe yönlendiren bir komuta kontrol sistemi kuran detaylı planlar ve protokoller ağı geliştirilmelidir.

McGill vd. (2022) sağlık hizmetlerinin pandemiye hazırlık durumunu değerlendirmek üzere bir anket geliştirmiştir. Çalışma kapsamında hazırlığı beş ölçekte değerlendirmek için 32 maddelik çevrimiçi anket geliştirilmiştir. Ölçekler klinik, iletişim çevre, insan kaynakları ve genel hazırlık boyutları olmak üzere beş başlıktan oluşmaktadır. Geliştirilen ölçme aracına verilen yanıtlara göre sağlık hizmetlerini beklenmedik olaylara hazırlarken koordineli bir "bütüncül kurum müdahalesi", erişilebilir ve kapsayıcı iletişim, eğitim, yeterli kaynak sağlama ve çalışan refahına yönelik desteklerin en önemli unsurlar olduğu ortaya koyulmuştur.

Bu çalışma kapsamında ulusal ve yabancı literatür taranarak ilgili çalışmalardan derlenen toplam 20 soru ile aday ölçek oluşturulmuştur. Uzman görüşüne dayalı olarak gerçekleştirilen kapsam geçerlilik analizleri neticesinde 6 soru aday ölçekten çıkartılmıştır. Elde edilen ölçeğin yürütülen güvenilirlik analizi, açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri neticesinde geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Nihai ölçek kurumsal hazırlık algısı (8 madde), bireysel hazırlık algısı (3 madde) ile etkilenim ve psikolojik hazırlık (3 madde) boyutları olmak üzere 3 faktör, 14 sorudan oluşmuştur.

Günümüzde görülme sıklığı artan salgınlar, depremler, yangınlar, seller ve çeşitli aykırı doğa olayları hem sağlık hizmetleri sunumunu etkilemekte hem de sağlık hizmetleri kapasitesini bir anda aşan yoğun bir talep meydana getirmektedir. Bu tür sağlık krizlerinin başarılı şekilde yönetiminde krizlere hazırlık durumu yüksek iş gücü en önemli aktör olacaktır. Geçerliliği ve güvenilirliği ortaya koyulmuş olan bu ölçeğin kullanılması ile sağlık çalışanlarının sağlık krizleri henüz ortaya çıkmadan bu tür krizlere hazırlık durumunun ne düzeyde olduğunu değerlendirmek mümkün olacaktır. Ölçeğin oluşturulması sürecinde yapılan literatür taramaları ve ortaya çıkan ölçeğin boyutları krizlere hazırlık durumunun bireyin sadece kendisini ne derece hazır hissettiği ile sınırlı olmadığı, çalıştığı kurumda yapılan hazırlıkların ve psikolojik algıların da bu yapının önemli bileşenleri olduğunu göstermiştir.

Bu çalışmanın veri toplama süreci pandemi döneminde gerçekleştirilmiştir. Normal şartlar altında dahi yoğun mesai harcayan sağlık çalışanlarının pandemi döneminde iş yüklerinin daha yoğun olduğu ve bu tür akademik çalışmalara gönüllü katılım oranlarının daha düşük olabildiği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca ölçekte yer alan sorulara verilen yanıtların pandemi dönemi içerisinde bir eğitim araştırma hastanesinde görevli sağlık çalışanları tarafından algılanan kriz durumuna göre verildiği de göz önünde bulundurulmalıdır. Bu kapsamda

geliştirilmiş olan sağlık krizlerine hazırlık algısı ölçeğinin görece normal şartlar altında farklı türde sağlık kurumlarında görevli sağlık çalışanları üzerinde de uygulanması önerilmektedir.

#### **YAZARLARIN BEYANI**

**Katkı Oranı Beyanı:** Makalenin tüm yazarları makale sürecine eşit oranda katkıda bulunmuştur.

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** alışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

**Çatışma Beyanı:** alışmada herhangi bir potansiyel çıkar atışması söz konusu değildir.

## KAYNAKÇA

- Achour, N., Miyajima, M., Pascale, F., & Price, A. (2014). Hospital resilience to natural hazards: classification and performance of utilities. *Disaster Prevention and Management*, 40-52.
- Achour, N., & Price, A. D. (2011). Healthcare resilience to natural hazards: an achievable target. *International Journal of Disaster Resilience in the Built Environment*, 2(3), <https://doi.org/10.1108/ijdrbe.2011.43502caa.001>.
- Aslan, M., Küçükaltan, D., & Uzun, D. (2020). Kriz Yönetim Süreci Değerlendirme Ölçekleri Geliştirilme Çalışması. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 12(3), 2382-2406.
- Boin, A., Hart, P., Stern, E., & Sundelius, B. (2016). Managing Crises: Five Strategic Leadership Tasks. A. Boin, P. Hart, E. Stern, & B. Sundelius içinde, *In The Politics of Crisis Management: Public Leadership under Pressure* (s. 3-22). Cambridge: Cambridge University Press.
- Bundy, J., Pfarrer, M., & Coombs, W. (2017). Crises and Crisis Management: Integration, Interpretation, and Research Development. *Journal of Management*, 43(6), 1661-1692.
- Çalışkan, A. (2020). Kriz Yönetimi: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 108-123.
- Çokluk, Ö., Şekercioglu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2012). *Sosyal Bilimler İçin Çok Değişkenli İstatistik: SPSS ve Lisrel Uygulamaları*. Ankara: Pegem Akademi Yayıncılık.
- El Idrissi, M., El Manzani, Y., Maatalah, W. A., & Lissaneddine, Z. (2022). Organizational crisis preparedness during the COVID-19 pandemic: an investigation of dynamic capabilities and organizational agility roles. *International Journal of Organizational Analysis*, 31(1), 27-49.
- Ginter, P. M., Duncan, W. J., McCormick, L. C., Rucks, A. C., Wingate, M. S., & Abdolrasulnia, M. (2006). Effective response to large-scale disasters: the need for high-reliability preparedness networks. *International Journal of Mass Emergencies & Disasters*, 24(3), 331-349.
- Güneş, D., Güder, M. (2023). Kriz yönetimi. İçinde. Ed. (Durmuş, A., Amarat, M.). Olağan Dışı Durumlarda Sağlık Yönetimi. İstanbul: Efe Akademi Yayınları.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. R. (2008). Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electron J Bus Res Methods* 6: 53–60.
- İnal, E., Altıntaş, K. H., & Dogan, N. (2018). The development of a general disaster preparedness belief scale using the health belief model as a theoretical framework. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 5(1), 146-158.
- McGill, N., Weller-Newton, J., & Lees, C. (2022). A new survey tool for evaluating pandemic preparedness in health services. *BMC Health Services Research*, 22(1), 708.
- Meyer, D., Bishai, D., Ravi, S., Rashid, H., Mahmood, S., Toner, E., & Nuzzo, J. (2020). A checklist to improve health system resilience to infectious disease outbreaks and natural hazards. *BMJ global health*, 5(8), e002429.
- Mitroff, I., & Pearson, C. (1993). From crisis prone to crisis prepared: A framework for crisis management. *Academy of Management Perspectives*, 7, 48-59.
- Nuzzo, J., Meyer, D., Snyder, M., Ravi, S., Lapascu, A., Souleles, J., . . . Bishai, D. (2019). What makes health systems resilient against infectious disease outbreaks and natural hazards? Results from a scoping review. *BMC public health*, 19(1), 1310.
- Ozanne, L., Ballantine, P., & Mitchell, T. (2020). Investigating the Methods and Effectiveness of Crisis Communication. *Journal of Nonprofit & Public Sector Marketing*, 32(4), 379-405.
- Panos, E., Dafni, P., Kostas, G., & Zacharoula, M. (2009). Crisis management in the Health Sector; Qualities and characteristics of. *International Journal of Caring Sciences*, 2(3), 105-107.

- Simon , A., Arlikatti, S., Chatterjee, V., & Ismayilov, O. (2018). Ebola crisis response in the USA: Communication management and SOPs. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 243-250.
- Stein, J. (2008). Crisis Management: Looking Back to Look Forward. *Political Psychology*, 29(4), 553-569.
- Şentuna, B., & Çakı, F. (2020). Balıkesir örnekleminde bir ölçek geliştirme çalışması: Afet hazırbulunuşluk ölçeği. *İdealkent*, 11(31), 1959-1983.
- Taş, E. (2022). Bir eğitim ve araştırma hastanesi acil servis personellerinin afete hazırlık algı düzeyi. Yüksek Lisans Tezi. Bezmialem Vakıf Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Tavşancıl, E. (2006). *Tutumların ölçülmesi ve SPSS ile veri analizi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Tercan, B., & Şahinöz, S. (2021). Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinde çalışan personelin afetlere hazırlık algılarını belirlemeye yönelik ölçek geliştirme: metodolojik bir çalışma. *Hastane Öncesi Dergisi*, 6(3), 367-379.
- Turan, M., Doğan, G., Bulut, Y., Öztürk, G., & Şahinöz, S. (2018). Yükseköğretim kurumlarında afet ve acil durumlara hazırlık çalışmaları ve etkinlikleri Gümüşhane Üniversitesi örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 1-11.
- Wisittigars, B., & Siengthai, S. (2019). Crisis leadership competencies: the facility management sector in Thailand. *Facilities*, Vol. 37 No. 13/14, 881-896.
- Zarei, V. (2016). Emergency preparedness of hospitals in Tehran and its relation with crisis management measures. *Int J Med Res Health Sci*, 5(9S), 471-478.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

## AILE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYLERİNİN İNCELENMESİ

### INVESTIGATION OF THE SATISFACTION LEVELS OF PATIENTS APPLYING TO FAMILY HEALTH CENTERS

Dr. Öğr. Üyesi Fatma ÇİFTÇİ KIRAÇ<sup>1</sup>

Hacı Süleyman GÜNEŞ<sup>2</sup>

Suzan AKKÜYÜN<sup>3</sup>

Meliha Aslı ŞİMŞEK<sup>4</sup>

#### ÖZ

Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti hem hizmet kalitesinin hem de hizmet sunucuların değerlendirilmesi için etkili bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Hastaların sağlık hizmeti sunumundan memnuniyetine ilişkin ölçümler, bakım kalitesinin iyileştirilmesine katkı sağlamaktadır. Araştırmanın amacı aile sağlığı merkezine başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen demografik değişkenleri ve aile sağlığı merkezinde verilen hizmetlerden memnuniyet düzeyini belirlemektir. Çalışma kesitsel nitelikte olup, nicel araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırmada kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırma kapsamında 403 katılımcıya ulaşılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular neticesinde aile sağlığı merkezine en sık başvuru nedeni sürekli kullanılan ilaçları yazdırmak için olmuştur. Hastaların %92,6'sının aile hekimini tanıdığı tespit edilmiştir. Katılımcıların %85,6'sı hekimine anlayamadığı konuda soru sorabildiğini ifade etmiştir. Hastaların en memnun olduğu alanlar "aile hekiminin onları dinlemesi", "kayıt ve bilgilerini gizli tutması" ve "işini tam yapması" alt başlıkları olduğu görülmüştür. Evli olan bireylerin memnuniyet ortalaması bekâr olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. 18-24 yaş aralığındaki hastaların memnuniyet düzeyi 35-44 ve 55 yaş ve üstü katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Öğrencilerin memnuniyet düzeyi ev hanımı ve diğer meslek gruplarına göre düşük tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda aile sağlığı merkezine başvuran hastaların genel olarak hizmetlerden memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Sağlığı Merkezi, Aile Hekimi, Hasta, Memnuniyet Düzeyi

**JEL Sınıflandırma Kodları:** I00, I18, I19.

#### ABSTRACT

In family medicine, patient satisfaction is considered an effective indicator for evaluating both service quality and service providers. Measurements of patients' satisfaction with healthcare delivery contribute to improving the quality of care. The aim of the research is to determine the demographic variables affecting the satisfaction of patients applying to the family health center and the level of satisfaction with the services provided in the family health center. The study is cross-sectional and a quantitative research design was used. Convenience sampling method was used in the research. Within the scope of the research, 403 participants were reached. As a result of the findings of the research, the most common reason for applying to the family health center was to get prescriptions for regularly used medications. It was determined that 92.6% of the patients knew their family physician. 85.6% of the participants stated that they could ask questions to their physicians about issues they did not understand. It was observed that the areas in which the patients were most satisfied were the subheadings "the family doctor listens to them", "keeps their records and information confidential" and "does his job thoroughly". The satisfaction average of married individuals was found to be higher than that of single participants. The satisfaction level of patients aged 18-24 was found to be lower than that of participants aged 35-44 and 55 and over. The satisfaction level of the students was found to be lower than that of housewives and other professional groups. As a result of the research, it was concluded that the satisfaction level of the patients applying to the family health center was generally high with the services.

**Keywords:** Family Health Center, Family Physician, Patient, Satisfaction Level

**JEL Classification Codes:** I00, I18, I19.

<sup>1</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ciftcifatma50@gmail.com

<sup>2</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sgunes84@gmail.com

<sup>3</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sakkuyun53@gmail.com

<sup>4</sup> Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aaslisimsekk01@gmail.com

## EXTENDED SUMMARY

### **Purpose and Scope:**

Family physicians contribute to the coordination of primary health care services with other health services and to improving the quality of health services. Family medicine practice is widely used in most countries in the world and is important for the effective provision of primary health care and preventive health services. In family medicine, patient satisfaction has become important in terms of evaluating both service quality and service providers. When the literature is examined, it is seen that studies on patient satisfaction generally focus on secondary and tertiary healthcare services. It is important to conduct studies on family health centers, which are the first point of contact for health services, to identify deficiencies and failing points in services. The aim of this research is to determine the demographic variables that affect the satisfaction level of patients applying to the family health center and to measure the level of satisfaction with the services.

### **Design/methodology/approach:**

The research is cross-sectional, and a quantitative research design was used. The EUROPEP scale was used as a data collection tool in the research. The scale was developed by the European Working Party on Quality in Family Practice (EQuIP) in 1999 and was developed by Aktürk et al (2002). It was translated into Turkish by (2002). The Cronbach Alpha value of the scale was found to be 0.951. Easy sampling method was used in the research. The population of the research is 18,000 patients who applied to two family health centers in Dulkadiroğlu and Onikişubat districts of Kahramanmaraş between 02/01/2023-02/03/2023. 206 participants who agreed to participate in the research were included in the study from the family health center in Onikişubat and 197 participants from the family health center in Dulkadiroğlu district and formed the sample of the research. Within the scope of the study, 500 surveys were distributed and the surveys of 403 participants who completed the survey form completely were evaluated. After it was determined that the data was suitable for normal distribution, descriptive statistics, T-test and One-Way Variance analysis were performed on the data.

### **Findings:**

As a result of the findings of the research, the most common reason for applying to the family health center was to get prescriptions for regularly used medications. It was determined that 92.6% of the patients knew their family physician. 85.6% of the participants stated that they could ask questions to their physicians about issues they did not understand. 75.9% of the participants stated that they applied to the family doctor to be examined, and 52.9% stated that they applied to the family health center to get medication prescribed. 82.9% of the participants reported that they had knowledge about choosing and changing their family doctor. 55.8% of the participants stated that they would first go to their family doctor when faced with any health problem. It was observed that the areas in which the patients were most satisfied were the subheadings "the family doctor listens to them", "keeps their records and information confidential" and "does his job thoroughly".

### **Conclusion and Discussion:**

According to the results of the research, the average satisfaction level of married individuals with services was found to be higher than that of single participants. It is thought that the reason for the high satisfaction average of married individuals is that these people frequently apply to the family health center for reasons such as vaccination and health screening of their children and see the services provided there in more detail. The satisfaction level of patients aged 18-24 was found to be lower than that of participants aged 35-44 and 55 and over. The satisfaction level of the students was found to be lower than that of housewives and other professional groups. The satisfaction level of individuals with incomes between 0-5500 Turkish Liras was found to be lower than those with incomes of 5501-7500 Turkish Liras, 7501-9500 Turkish Liras and 9501 Turkish Liras and above. The satisfaction level of patients who applied to 10 or more physicians in the last year was determined to be higher than that of patients who applied to 1-3 physicians in the last year. As a result of the results of the research, it was concluded that the patients who applied to the family health center generally had a high level of satisfaction with the services.



## 1. GİRİŞ

Aile hekimliği uygulaması sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, birinci basamak sağlık hizmetlerinin organize edilmesi için ülkemiz koşulları ve ihtiyaçları dikkate alınarak 2004 yılında hayata geçirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2023). Aile hekimleri sağlık hizmetinin ilk başvuru noktasını oluşturmakta ve birinci basamak sağlık hizmetlerinin diğer sağlık hizmetleriyle koordine edilmesine, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesine katkıda bulunmaktadır (Maç ve Öztürk, 2018). Aile hekimleri yaşadıkları toplumdaki bireylere erişilebilir, kapsamlı ve sürekli sağlık bakımı sağlar (Espinosa Gonzalez, 2015). Aile hekimliği uygulaması, dünyadaki çoğu ülkede yaygın olarak kullanılmakta birinci basamak sağlık hizmetlerinin ve koruyucu sağlık hizmetlerinin etkili bir biçimde verilebilmesi için önem arz etmektedir. Avrupa'da aile hekimliğinden alınan hizmetlerin sonuçlarının uluslararası karşılaştırmasını yapabilmek amacıyla uluslararası standartlaştırılmış bir ölçek olan Avrupalı Hastalar Genel/Aile Hekimliği Değerlendirmesi (EUROPEP) ölçeği geliştirilmiştir (Bulut ve Oguzoncul, 2014). Uygulandığı ülkelerdeki hekimlere geri bildirim sağlayan ve karşılaştırma yapılmasına olanak sağlayan EUROPEP ölçeği ulusal ve uluslararası standartlara sahip, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış, uluslararası kabul görmüş bir ölçektir (Aktürk ve ark., 2002). Aile hekimliğinde hasta memnuniyeti hem hizmet kalitesinin hem de hizmet sunucuların değerlendirilmesi açısından önemli hale gelmiştir. Tıbbi bakımın giderek tüketici odaklı ve rekabetçi hale gelmesiyle hastaların sağlık hizmeti sunumundan memnuniyetine ilişkin ölçümler, kişilerarası bakım kalitesinin kritik göstergeleri olarak ortaya çıkmıştır (Orlando ve ark., 2002).

Tıbbi teşhis ve tedaviye yönelik gelişmiş teknolojiler tanı ve tedaviye yardımcı olsa da hekim ve hasta arasındaki iletişim, bilgi alışverişinin temel aracı olmaya devam etmektedir (Street, 1991). Hekim ile hasta arasındaki etkili iletişim hem tedavi başarısı hem de hasta memnuniyeti için önemli kriterlerden biridir. Hastaların sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyeti ise sıklıkla sağlık hizmetlerinin bir hedefi ve sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde en önemli ölçütlerden biri olarak kabul edilmektedir (Tabekhan ve ark., 2018). Hastaların sağlık hizmeti deneyimlerine ilişkin değerlendirmeleri, bakım kalitesini değerlendirme aracı olarak giderek daha da önemli hale gelmiştir (Orlando ve ark., 2002). Yapılan araştırmalar, aldığı hizmetlerden memnun olan hastaların, sağlık hizmetlerini kullanmaya devam etme, hizmet sunucularla ilişkilerini sürdürme ve bakım rejimlerine uyma olasılıkları, memnun olmayanlara göre daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır (Al-Doghaiter ve ark., 2001). Bu noktada hasta memnuniyeti hekimlerin ve hastanelerin başarısını ölçmek için etkili bir gösterge olarak kabul edilmektedir (Mohammad ve ark., 2020). Literatür incelendiğinde, hasta memnuniyeti ile ilgili çalışmaların genelde ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin ilk başvuru noktasını oluşturan aile sağlığı merkezleri üzerine çalışmaların yapılması hizmetlerdeki eksikliklerin ve aksayan noktaların tespiti adına önem arz etmektedir. Bu bağlamda bu araştırmanın amacı aile sağlığı merkezine başvuran hastaların hizmetlerden memnuniyet düzeyini etkileyen demografik değişkenleri belirlemek ve hizmetlerden memnuniyet düzeyini ölçmektir.

## 2. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Araştırmanın amacı aile sağlığı merkezine başvuran hastaların memnuniyetini etkileyen demografik değişkenleri ve aile sağlığı merkezinde verilen hizmetlerden memnuniyet düzeyini belirlemektir. Araştırma kesitsel nitelikte olup, nicel araştırma deseni kullanılmıştır.

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni Kahramanmaraş'ın Dulkadiroğlu ve Onikişubat ilçelerinde bulunan iki aile sağlığına merkezine 02/01/2023-02/03/2023 tarihleri arasında başvuru yapan 18.000 hastadır. Örneklem büyüklüğü belirlenirken farklı evrenler için kabul edilebilir asgari örneklem büyüklüğü 10.000.000 geçse bile %95 güven aralığında örneklem sayısı 384'tür (Gürbüz ve Şahin,2018). Araştırmaya katılmayı kabul eden 206 katılımcı Onikişubat, 197 katılımcı Dulkadiroğlu ilçesindeki aile sağlığı merkezinden araştırmaya dâhil olmuş ve araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi 403 kişiden oluşmaktadır.

### 2.3. Verilerin Toplanması ve Analizi

Çalışma kapsamında 500 anket dağıtılmış, anket formunu eksiksiz bir şekilde dolduran 403 katılımcının anketleri değerlendirmeye alınmıştır. Araştırma verileri, araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Araştırma verileri SPSS paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılıma

uygun olduğu tespit edildikten sonra veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, T-testi ve Tek Yönlü Varyans analizleri yapılmıştır.

## 2.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak EUROPEP ölçeği kullanılmıştır. Ölçek European Working Party on Quality in Family Practice (EQUIP) tarafından 1999 yılında geliştirilmiş olup Aktürk ve ark. (2002) tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,951 olarak bulunmuştur. Araştırmada kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır.

## 2.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmaya dâhil edilme kriterleri katılımcıların 18-85 yaş aralığında olması, belirtilen tarih aralığında belirlenen aile sağlığı merkezine hizmet almak için başvuru yapması ve etkili iletişim kurabilmesi olarak belirlenmiştir. Hariç tutma kriterleri katılımcıların anketi doldurmak istememesi, anket sorularını okuyamaması ya da anlayamaması, herhangi bir nedenle anketi yarım bırakılması olarak belirlenmiştir. Bu araştırmadan, elde edilen sonuçlar örneklem ile sınırlıdır. Ayrıca araştırma, kullanılan ölçme araçları ve bu ölçme araçlarına katılımcıların verdikleri yanıtlarla sınırlıdır.

## 2.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma kapsamında 07.12.2022 tarih ve E.178741 sayılı ile Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler etik kurulundan izin alınmıştır.

## 3. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde çalışmaya dâhil olan katılımcılara ait bulgular aşağıda tablolar şeklinde verilmiştir.

**Tablo 1.** Araştırmaya Dâhil Olan Katılımcılara Ait Demografik Bulgular

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	209	51,9
Kadın	194	48,1
Yaş	Sayı (n)	Yüzde (%)
18-24	61	15,1
25-34	105	26,1
35-44	106	26,3
45-54	62	15,4
55 ve üstü	69	17,1
Medeni durum	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evli	306	75,9
Bekar	97	24,1
Öğrenim durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
İlkokul	151	37,5
Lise	91	22,6
Önlisans	39	9,7
Lisans	105	26,1
Lisansüstü	17	4,1
Meslek	Sayı (n)	Yüzde (%)
Memur	101	25,1
Ev Hanımı	101	25,1
Öğrenci	33	8,2
Diğer	168	41,6
Aylık gelir	Sayı (n)	Yüzde (%)
0-5500	43	10,7
5501-7500	44	10,9
7501-9500	101	25,1

9501 ve üzeri	215	53,3
<b>Sağlık güvencesi</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Genel Sağlık Sigortası	344	85,4
Sosyal Güvence Yok	17	4,2
Diğer (Özel sigorta vb.)	42	10,4
<b>Son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
1-3	138	34,2
4-6	113	28,0
7-9	49	12,2
10 ve üstü	103	25,6
<b>Kronik hastalık durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Var	114	28,3
Yok	289	71,7
<b>Ailede kronik hastalık durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Var	203	50,4
Yok	200	49,6
<b>Sürekli kullanılan ilaç</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Var	140	34,7
Yok	263	65,3
<b>Genel sağlık durumu</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
1-5 Puan arası	61	15,1
6-10 Puan arası	342	84,9
<b>Toplam</b>	<b>403</b>	<b>100</b>

Tablo 1’de görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olan hastaların ölçek sorularına verdiği cevaplar üzerinde tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Katılımcıların %51,9’u erkek ve %75,9’u evlidir. Katılımcıların %26,3’ü 35-44 yaş aralığında, %53,3’ünün geliri ise 9501 TL ve üzerindedir. %37,5 oranında katılımcı ilkököl mezunu olup, %25,1’inin mesleği memur ve ev hanımıdır. Hastaların %85,4’ü genel sağlık sigortası kapsamında olup, %71,7’sinin kronik bir rahatsızlığı yoktur. Hastaların %34,2’sinin son bir yıl içinde aile hekimine gitme sıklığı 1-3 aralığında ve %84,9’unu genel sağlık durumunu 6-10 puan aralığında değerlendirmiştir. Katılımcıların %65,3’ünün sürekli kullandığı bir ilacı yoktur ve %50,4’ünün ailesinde kronik bir hastalık bulunmaktadır.

**Tablo 2.** Araştırmaya Dâhil Olan Katılımcılara Ait Bulgular

<b>Aile hekimliğinizden aldığınız hizmet</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Hamilelik	33	8,2
Bebek anneliği (Aşı, kontrol vb)	55	13,6
Çocuk anneliği (Aşı, kontrol vb)	64	15,9
Aile planlaması	19	4,7
Sürekli kullandığım ilaçları yazdırmak için	105	26,1
Diğer hizmetler (İlk muayene, kontrol, sevk vb)	127	31,5
<b>Aile hekiminizi tanıyor musunuz</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Evet	373	92,6
Hayır	30	7,4
<b>Ne sıklıkta aile hekimine gidersiniz</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Haftada bir veya daha sık	38	9,4
Ayda bir	191	47,4
Altı ayda bir	119	29,5
Yılda bir veya daha az	55	13,6
<b>Hekiminize anlayamadığı konuda soru sorma</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Evet	345	85,6

Hayır	26	6,5
Bazen	32	7,9
<b>Hekimin görüşme sırasında isimle hitap etme</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Evet	283	70,2
Hayır	58	14,4
Bazen	62	15,4
<b>Aile hekimini seçme ve değiştirme konusunda bilginiz var mı?</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Evet	334	82,9
Hayır	32	7,9
Kısmen	37	9,2
<b>Tercih hakkınız olsa aynı aile hekimini seçer misiniz?</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Evet	349	86,6
Hayır	54	13,4
<b>Herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığınızda ilk olarak hangi sağlık kuruluşuna gidersiniz?</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Özel hastaneye	49	12,2
Devlet hastanesine	113	28,0
Üniversite hastanesine	26	4,0
Aile hekimliğine	225	55,8
<b>Aile hekiminizin sağlık bilgi ve kayıtlarınızı (izlemesi, aşı, bebek - gebe takip, hastalık takip gibi) konusunda nasıl değerlendirirsiniz?</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Çok iyi	194	48,1
İyi	142	35,2
Orta	59	14,8
Kötü	8	1,9
<b>Aile hekiminize başvuru nedeniniz</b>	<b>Sayı (n)</b>	<b>Yüzde (%)</b>
Hastaneye sevk	24	6,0
İlaç yazdırma	213	52,9
Rapor	48	11,9
Muayene	306	75,9
Kontrol	79	19,6
Aşı	126	31,3
Enjeksiyon	88	21,8
Pansuman	62	15,4
Aile planlaması	20	5,4

Tablo 2'e göre araştırmaya dâhil olan katılımcıların ölçek sorularına verdiği cevaplar üzerinde tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Hastaların %26,1'i sürekli kullandığı ilaçları yazdırmak için aile hekimliğinden hizmet almış, %92,6'sı ise aile hekimini tanımaktadır. 29,5'i altı ayda bir aile hekimliğinden hizmet aldığını dile getirmiş, hastaların %85,6'sı hekimine anlayamadığı konuda soru sorduğunu ifade etmiştir. Katılımcıların %70,2'si hekiminin görüşme sırasında kendisine isimle hitap ettiğini, %82,9'u aile hekimini seçme ve kayıt değiştirme konusunda bilgisi olduğunu bildirmiştir. %86,6 oranında hasta tercih hakkı olsa yine aynı aile hekimini seçeceğini, %55,8 oranında katılımcı herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığında ilk olarak aile hekimliğine gideceğini ifade etmiştir. Hastaların %48,1'i aile hekiminin sağlık bilgi ve kayıtlarını izlemesi konusunda çok iyi olduğunu, %75,9'u aile hekimine muayene olmak için başvurduğunu bildirmiştir.

**Tablo 3.** Tanımlayıcı İstatistikler

İfadeler	n	Min.	Maks.	Ort.	SS
Doktorunuza telefonla ulaşabilmeniz.	399	1,00	5,00	3,9799	1,16248
Muayenehaneye telefonla ulaşabilmeniz.	399	1,00	5,00	4,0075	1,10387
Bekleme odasında harcadığınız zaman.	401	1,00	5,00	4,0249	1,02195

Uzmana ya da hastaneye sevkten beklemeniz gerekenler konusunda sizi hazırlaması.	399	1,00	5,00	4,1228	,96546
Doktor dışı personelin yardımı.	402	1,00	5,00	4,1318	0,94224
Acil sağlık sorunları için hızlı hizmet sunması.	402	1,00	5,00	4,1418	0,96951
Tavsiyelerine uymamanızın önemini kavramanıza yardımcı olması.	401	1,00	5,00	4,1496	0,96827
Test ve tedavilerin amaçlarını açıklaması.	403	1,00	5,00	4,1712	0,99149
Sizin özel durumunuzla ilgilenmesi.	402	1,00	5,00	4,1741	0,94197
Sağlık durumunuza bağlı duygusal sorunlarla başa çıkmanıza yardımcı olması.	403	1,00	5,00	4,1762	1,79724
Şikâyetlerinizi çabuk geçirmesi.	401	1,00	5,00	4,1796	0,90702
Tıbbi bakımınızla ilgili kararlara sizi de katması.	402	1,00	5,00	4,1841	0,89662
Görüşmeler sırasında yeterli zamanınızın olduğunu hissettirmesi.	403	1,00	5,00	4,1911	0,89816
Önceki görüşmelerde yaptıklarını ve söylediklerini bilmesi.	402	1,00	5,00	4,1940	2,23711
Günlük ihtiyaçlarınızı görece kadar iyi hissetmenize yardım etmesi.	400	1,00	5,00	4,1950	0,94297
Hastalıklardan korunmanız için sunduğu hizmetler (sağlık taraması, sağlık kontrolü, aşılama gibi).	403	1,00	5,00	4,2035	0,93484
Şikâyetleriniz veya hastalığınız hakkında istediğiniz bilgileri vermesi.	403	1,00	5,00	4,2109	0,94510
Size uygun zamanlara randevu alabilmeniz.	403	1,00	5,00	4,2233	0,86947
Sizi muayene etmesi.	403	1,00	5,00	4,2333	0,95687
Sorunlarınızı ona söylemenizi kolaylaştırması.	402	1,00	5,00	4,2488	1,30329
İşini tam yapması.	401	1,00	5,00	4,2643	0,96693
Kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması.	402	1,00	5,00	4,2960	0,90685
Sizi dinlemesi.	402	1,00	5,00	4,3607	2,70342

Tablo 3'e göre araştırmaya dâhil olan katılımcıların ölçek sorularına verdiği cevaplar üzerinde tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Araştırmaya katılan hastalar tarafından ifadelerine minimum 1 (çok kötü) ile maksimum 5 (mükemmel) arasında puan verilmiştir. En düşük puan ortalamaları sırasıyla doktora telefonla ulaşabilme, muayenehaneye telefonla ulaşabilme ve bekleme odasında harcanılan zaman ifadeleri için verilmiştir. En yüksek puan ortalamaları sırasıyla sizi dinlemesi, kayıt ve bilgilerinizi gizli tutması, işini tam yapması ifadeleri için verilmiştir.

**Tablo 4.** Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri ile EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Ölçeği Ortalamalarının Değerlendirilmesi

Bağımsız değişken	n	Ort.	S.S	t	p	F	Games Howell / Scheffe
<b>Cinsiyet</b>							
Erkek	209	4,23	0,89				
Kadın	194	4,10	0,81	1,559	0,120		
<b>Medeni durum</b>							
Evli	306	4,25	0,77				
Bekar	97	3,90	1,04	3,048	0,003		
<b>Kronik hastalık durumu</b>							
Var	114	4,30	0,83				
Yok	289	4,12	0,86	1,862	0,630		
<b>Yaş</b>							
18-24 <sup>1</sup>	61	3,77	1,11				
25-34 <sup>2</sup>	105	4,12	0,81				

35-44 <sup>3</sup>	106	4,31	0,92	0,001	5,85	1<3,5
45-54 <sup>4</sup>	62	4,14	0,66			
55 ve üstü <sup>5</sup>	69	4,42	0,56			
<b>Öğrenim durumu</b>						
İlkokul	151	4,29	0,68			
Lise	91	4,18	0,94			
Önlisans	39	4,02	1,20	0,104	1,93	
Lisans	105	4,02	0,86			
Lisansüstü	17	4,33	0,65			
<b>Meslek</b>						
Memur <sup>1</sup>	101	4,03	0,83			
Ev hanımı <sup>2</sup>	101	4,24	0,71			
Öğrenci <sup>3</sup>	33	3,68	1,14	0,001	6,56	3<2,4
Diğer <sup>4</sup>	168	4,31	0,84			
<b>Aylık gelir</b>						
0-5500 <sup>1</sup>	43	3,58	1,10			
5501-7500 <sup>2</sup>	44	4,23	1,08			
7501-9500 <sup>3</sup>	101	4,28	0,83	0,018	3,01	1<2,3,4
9501 ve üzeri <sup>4</sup>	215	4,21	0,83			
<b>Son bir yıl içerisinde hekime başvuru sayısı</b>						
1-3 <sup>1</sup>	138	4,06	0,89			
4-6 <sup>2</sup>	113	4,10	0,92			
7-9 <sup>3</sup>	49	4,18	0,90	0,023	3,21	1<4
10 ve üstü <sup>4</sup>	103	4,39	0,66			

\*<0,05, SS: Standart sapma; Ort.: Ortalama

Tablo 4'te görüldüğü üzere araştırmaya dâhil olan katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine EUROPEP-TR Hasta Memnuniyeti Ölçeğinden aldıkları ortalama puanlar arasındaki farkların tespiti için yapılan bağımsız gruplarda t testi ve bağımsız gruplarda tek yönlü varyans (ANOVA) analizi sonuçlarına yer verilmiştir. Katılımcıların cinsiyetlerine, kronik hastalık durumlarına, öğrenim durumlarına göre EUROPEP-TR hasta memnuniyeti ölçeği puan ortalamasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Katılımcıların medeni durumuna göre ölçek puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Bu sonuca göre evli olan bireylerin memnuniyet ortalaması bekâr olanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Hastaların yaşlarına göre ölçek ortalamasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu farklılığın hangi değişkenlerden kaynaklandığını bulmak için yapılan Games Howell test sonuçlarına göre 18-24 yaş aralığındaki hastaların memnuniyet düzeyi 35-44 ve 55 yaş ve üstü katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda katılımcıların mesleği, aylık geliri ve son bir yıl içinde hekime başvuru sayısı ile ölçek ortalamasında anlamlı bir fark tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Farklılığın tespiti için yapılan scheffe test sonucuna göre öğrencilerin memnuniyet düzeyi ev hanımı ve diğer meslek gruplarına göre düşük bulunmuştur. Geliri 0-5500 TL arasındaki bireylerin memnuniyet düzeyi geliri 5501-7500 TL, 7501-9500 TL ve 9501 TL ve üzerindeki bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Son bir yıl içerisinde 10 ve üstü sayıda hekime başvuru yapan hastaların memnuniyet düzeyi, son bir yıl içerisinde 1-3 arasında hekime başvuru yapan hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir.



#### 4. TARTIŞMA

Hasta memnuniyeti, sağlık hizmetinin sunumunda önemli bir unsurdur. Bu bağlamda bu çalışmada aile sağlığı merkezine başvuran hastaların hizmetlerden memnuniyet düzeyi araştırılmıştır. Araştırmadan elde edilen bulgular neticesinde aile sağlığı merkezine en çok başvuru nedeni sürekli kullanılan ilaçları yazdırmak için olmuştur. Durmuş ve ark. (2018) bu sonuçla benzer biçimde aile hekimine en çok başvuru nedenini ilaç yazdırmak (%58,4) olarak tespit etmiştir. Hastaların %92,6'sı ise aile hekimini tanımakta ve hastaların %85,6'sı hekimine anlayamadığı konuda soru sorabilmektedir. Bawakid ve ark.(2017) hastaların %70'inin aile hekimini tanıdığı sonucunu elde etmişlerdir. Katılımcıların %75,9'u aile hekimine muayene olmak için başvurduğunu, %52,9'u ilaç yazdırmak için aile sağlığı merkezine başvuru yaptığını dile getirmiştir. Bulut (2014) araştırmasında %24,7 oranında hastanın aile sağlığı merkezlerine ilaç yazdırmak için başvuru yaptığı sonucunu bulunmuştur. Katılımcıların %82,9'u aile hekimini seçme ve değiştirme konusunda bilgisi olduğunu bildirmiştir. %55,8 oranında katılımcı herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaştığında ilk olarak aile hekimliğine gideceğini ifade etmiştir. Ardahan ve ark. (2018) araştırmasında bu sonucu destekler nitelikte hastaların %83,9'unun ilk başvurdukları sağlık kurumunun aile sağlığı merkezi olduğunu saptamışlardır. Hastaların en memnun olduğu alanlar "aile hekiminin onları dinlemesi", "kayıt ve bilgilerini gizli tutması" ve "işini tam yapması" alt başlıkları olduğu görülmüştür. Hastaların en az memnun olduğu alanlar "doktora telefonla ulaşabilme", "muayenehaneye telefonla ulaşabilme" ve "bekleme odasında harcanılan zaman" dır. Baltacı ve ark. (2011), Turgu ve ark. (2018), Kırılmaz ve Öztürk (2018), Üstün ve Cezlan (2021), Aktürk ve ark. (2015) yaptıkları araştırmalarda bu sonucu destekler nitelikte benzer sonuçlar elde etmişlerdir.

Araştırma sonucuna göre evli olan bireylerin hizmetlerden memnuniyet ortalaması bekâr olan katılımcılara göre daha yüksek bulunmuştur. Evli olan bireylerinin memnuniyet ortalamasının yüksek olmasının sebebi bu kişilerin çocukları ile ilgili aşılama, sağlık taraması gibi sebeplerle sık sık aile sağlığı merkezine başvuru yapması ve burada verilen hizmetleri daha detaylı görmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Turgu ve ark. (2018), Üstün ve Cezlan (2021) yaptıkları araştırmalarda evli olan hastaların memnuniyet puan ortalamalarını, bekâr olan hastalara göre yüksek tespit etmişlerdir.18-24 yaş aralığındaki hastaların memnuniyet düzeyi 35-44 ve 55 yaş ve üstü katılımcılara göre daha düşük bulunmuştur. Bu sonucu destekler nitelikte Çiftçi Kıraç ve ark. (2021) aile hekimliğinden hizmet alan bireyler üzerinde yaptığı çalışmada, 18-29 yaş aralığındaki bireylerin hizmetlerden memnuniyet düzeyini diğer yaş gruplarından daha düşük tespit etmişlerdir. Bu sonuç 18-24 yaş aralığındaki bireylerin hizmet beklentilerinin yüksek olması ile açıklanabilir. Öğrencilerin memnuniyet düzeyi ev hanımı ve diğer meslek gruplarına göre düşük bulunmuştur. Geliri 0-5500 TL arasındaki bireylerin memnuniyet düzeyi geliri 5501-7500 TL, 7501-9500 TL ve 9501 TL ve üzerindeki bireylere göre daha düşük bulunmuştur. Son bir yıl içerisinde 10 ve üstü sayıda hekime başvuru yapan hastaların memnuniyet düzeyi, son bir yıl içerisinde 1-3 arasında hekime başvuru yapan hastalara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Aile sağlığı merkezlerinden daha fazla hizmet alan bireylerin memnuniyet ortalamasının yüksek olmasının sebebi bu hizmeti alan hastaların personeli yakından tanıma fırsatı bulması ve verilen hizmetlerden daha fazla faydalanmasından kaynaklanabilir.

#### 5. SONUÇ

Hastaların sağlık sistemiyle ilk temas noktasını oluşturan aile sağlığı merkezleri ülke içerisindeki tüm bireylerin eşit hakkaniyete uygun bir biçimde sağlık hizmeti alabilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Aile sağlığı merkezlerinden alınan hizmetlerden hastaların memnuniyet düzeyinin tespit edilmesi bu araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır. Hastaların hizmetlerden memnuniyet düzeyi ve geri bildirimlerin hizmet kalitesine ilişkin önemli bir bilgi kaynağı olduğu artık kabul edilen bir gerçek haline gelmiştir (Coulter ve ark., 2009). Hastalardan gelen geri bildirim ve girdiler, algılanan boşlukların belirlenmesinde anlamlı ve temel bir bilgi kaynağı olarak giderek daha fazla ilgi görmektedir (Alsayali ve ark., 2019). Hastaların memnuniyetinin araştırılması, hastaların görüşlerine değer verildiği izlenimini vermesi ve aynı zamanda sağlık hizmeti alıcılarının memnuniyetinin değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir (Cilović Lagarija ve ark., 2020).

Araştırmadan elde edilen sonuçlar neticesinde aile sağlığı merkezine başvuran hastaların genel olarak hizmetlerden memnuniyet düzeyinin yüksek olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu memnuniyetin devam edebilmesi için yöneticiler, politika yapıcılar ve hükümetler hastaların hizmetlerden memnuniyet düzeyinin sık aralıklarla araştırılmalı, hastaların görüşleri ve geri bildirimlerini hizmet kalitesinin artırılması için bir fırsat olarak görmelidirler. Dahası hasta ve yakınlarından gelen eleştiri ve şikâyetler dikkate alınmalı ve anlayışla

yanıtlanmalıdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde mükemmelliğe ulaşmaya çalışan yöneticiler ve hükümetler hasta algısını ve geri bildirimlerini dikkate almalıdır.

#### **YAZARLARIN BEYANI**

**Katkı Oranı Beyanı:** alışmaya birinci yazar %35 oranında, ikinci yazar %30 oranında, üçüncü yazar %20 oranında, dördüncü yazar %15 oranında katkı sağlamıştır.

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** alışmada herhangi bir kurum ya da kuruluştan destek alınmamıştır.

**Çatışma Beyanı:** alışmada herhangi bir potansiyel çıkar atışması söz konusu değildir.

## KAYNAKÇA

- Aktürk, Z., Ateşoğlu, D., ve Ciftci, E. (2015). Patient Satisfaction with Family Practice in Turkey: Three-Year Trend from 2010 to 2012. *European Journal of General Practice*, 21(4), 238-245.
- Aktürk, Z., Dağdeviren, N., Şahin, M.E., Özer, C., Yaman, H., Göktaş, O., Filiz, M.T., Topsever, P., Onganer, E., Aydın, S., Yarış, F., ve Maraş, İ. (2002). Hastalar Hekimi Değerlendiriliyor: EUROPEP Ölçeği. *DEU Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(3), 153-160.
- Al-Doghaiter, A. H., Abdelrhman, B. M., Saeed, A. A., Al-Kamil, A. A., and Majzoub, M. M. (2001). Patients' Satisfaction with Primary Health Care Centers Services in Kuwait City, Kuwait. *Journal of Family & Community Medicine*, 8(3), 59.
- Alsayali, M. M., Al-Sahafi, A., Mandoura, N., Shah, H. B. U., Rashid, O. A. A., AlSharif, K., ... and Mohammad, A. I. (2019). Patients' Satisfaction After Primary Health Care Centers' Integration with Ministry of Health Hospitals. Jeddah. *Journal of Epidemiology and Global Health*, 9(2), 135.
- Ardahan, M., Arabacı, Z., ve Saka, M. C. (2018). Bir Aile Sağlığı Merkezine Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(40), 53-70.
- Baltacı, D. (2011). Düzce İlinde Birinci Basamakta Sağlık Hizmeti Alan Hastaların Aile Hekimi ve Muayenehanesi Hakkındaki Görüşlerinin Belirlenmesi; Pilot Çalışma. *Konuralp Medical Journal*, 3(2), 9-15.
- Bawakid, K., Rashid, O. A., Mandoura, N., Shah, H. B. U., Ahmed, W. A., and Ibrahim, A. (2017). Patients' Satisfaction Regarding Family Physician's Consultation in Primary Healthcare Centers of Ministry of Health, Jeddah. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(4), 819.
- Bulut, A., ve Oguzoncul, A. F. (2014). Evaluating The Level of Satisfaction of Patients Utilizing First-Level Health Facilities as a Function of Health System Performance Rating in The Province of Elazığ, Turkey. *Patient Preference and Adherence*, 1483-1492.
- Bulut, A. (2014). Elazığ İl Merkezinde Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastalarda Memnuniyetin Değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Fırat Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Elazığ.
- Cilović Lagarija, Š., Kuduzović, E., Hasanica, N., Begagić, S., Džubur-Alić, A., and Lisica, D. (2020). A Study of Patient Satisfaction with Healthcare in Zenica-Doboj Canton. *Southeastern European Medical Journal: SEEMEDJ*, 4(2), 129-135.
- Coulter, A., Fitzpatrick, R., and Cornwell, J. (2009). *The Point of Care Measures of Patients' Experience in Hospital: Purpose, Methods and Uses*, King's Fund, London, 7-9.
- Çiftçi Kıraç, F., Uyar, S., Kıraç, R., ve Söyler, S. (2021). Patient Satisfaction with Family Medicine System: A Cross-Sectional Study. *Konuralp Medical Journal*, 13(2), 281-291.
- Durmuş, H., Timur, A., Yıldız, S., ve Çetinkaya, F. (2018). Erciyes Üniversitesi Hastanesi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Aile Hekimliği Uygulamasından Memnuniyet Durumu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(1), 2-11.
- Espinosa Gonzalez, A. (2015). *Family Medicine For Universal Health Coverage: The Case of The Health Transformation Programme in Turkey*, Doctoral Dissertation, The University of Dublin.
- Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2018). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. Ankara: (5. Baskı): Seçkin Yayıncılık.
- Kırılmaz, H., ve Öztürk, K. (2018). Aile Hekimliğinde Hasta Memnuniyetine Yönelik Bir Araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(1), 60-70.
- Maç, Ç. E., ve Öztürk, G. Z. (2018). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Aile Hekimliği Poliklinikleri ile Eğitim Aile Sağlığı Merkezi Polikliniklerine Başvuran Hastaların Kayıtlarının Karşılaştırılması. *Ankara Medical Journal*, 18(1), 14-21.
- Mohammad, M. Y., Ali, F. H., and Yahia, A. H. (2020). Patients Satisfaction to Quality of Health Services of Family Doctors in Family Medicine Centers in Left Side of Mosul City. *Annals of the College of Medicine*, 42(1), 76-81.

- Orlando, M., and Meredith, L. S.(2002). Understanding The Causal Relationship Between Patient-Reported Interpersonal and Technical Quality of Care For Depression. *Medical Care*, 696-704.
- Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Aile Hekimliği Uygulama ve Geliştirme Daire Başkanlığı (2023). Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/aile-hekimi-tanimi.html>, (10.11.2023).
- Street Jr, R.L. (1991). Information-Giving in Medical Consultations: The Influence of Patients' Communicative Styles and Personal Characteristics. *Social Science & Medicine*, 32:541-8.
- Tabekhan, A. K., Alkhalidi, Y. M., and Alghamdi, A. K. (2018). Patients Satisfaction with Consultation At Primary Health Care Centers in Abha City, Saudi Arabia. *Journal of Family Medicine and Primary Care*,7(4), 658.
- Turgu, S., Öztora, S., Çaylan, A., ve Dağdeviren, H. N.(2018). Birinci Basamakta Hasta Memnuniyeti ve Hekim İş Doyumu ile İlişkisi. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 22(2), 78-91.
- Üstün, S., ve Cezlan, E. Ç. (2021). Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti: İstanbul İlinde Bir Araştırma. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*,10(3), 353-364.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

## VZA SÜPER ETKİNLİK MODELİ İLE TÜRKİYE'DEKİ ŞEHİRLERİN SAĞLIK HİZMETİ ETKİNLİKLERİNİN İNCELENMESİ

### ANALYZING HEALTH SERVICE EFFICIENCY IN TURKISH CITIES VIA THE DEA SUPER EFFICIENCY MODEL

Dr. Öğr. Üyesi Hamza DOĞAN<sup>1</sup>

#### ÖZ

Bu çalışmada, Türkiye'deki şehirlerin sağlık hizmetleri etkinlikleri, seçilen girdi ve çıktı değişkenleri çerçevesinde incelenmiştir. Girdi değişkenleri hastane sayısı, aile hekimliği birim sayısı, acil yardım istasyonu sayısı, acil yardım ambulansı sayısı, yatak sayısı, uzman hekim sayısı, pratisyen hekim sayısı, diş hekimi sayısı, eczacı sayısı, hemşire sayısı, ebe sayısı ve diğer sağlık personeli sayısıdır. Çıktı değişkenleri ise birinci basamak müracaat sayısı, ikinci ve üçüncü basamak müracaat sayısı, diş hekimine müracaat sayısı, yatan hasta sayısı, yatılan gün sayısı, ameliyat sayısı, yatak doluluk oranı ve kaba ölüm hızıdır. Bu değişkenler, en güncel veriler kullanılarak Veri Zarflama Analizi (VZA) girdi odaklı CCR süper etkinlik modeli ile karşılaştırılmıştır. Buna göre Türkiye'deki şehirlerin yaklaşık %83'ü etkin, %17'si ise etkinsiz bulunmuştur. Büyükşehirlerin yaklaşık %77'sinin etkin olduğu tespit edilirken %23'ünün ise etkin olmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer taraftan, Karadeniz Bölgesi'nde bulunan beş şehir, en fazla etkinsizliği gösteren şehirler arasında yer almaktadır. Çalışmada etkin olan ve olmayan şehirler belirlenerek etkin olmayanlar için iyileştirme yolları sunulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Hizmetleri, VZA Süper Etkinlik Modeli, Etkinlik Analizi, Stratejik Planlama

**JEL Sınıflandırma Kodları:** C14, C44, I10

#### ABSTRACT

This study examines the efficiency of healthcare in Turkish cities, employing a framework that incorporates selected input and output variables. The input variables include the number of hospitals, the number of family medicine units, the number of emergency stations, the number of emergency ambulances, the number of beds, the number of specialists, the number of general practitioners, the number of dentists, the number of pharmacists, the number of nurses, the number of midwives, and the number of other health personnel. The output variables include the number of primary care visits, the number of secondary and tertiary care visits, the number of dental visits, the number of inpatients, the number of days of hospitalization, the number of surgeries, the bed occupancy rate, and the crude mortality rate. The variables were then subjected to a comparison with the input-oriented CCR super efficiency model of data envelopment analysis (DEA), utilizing the most recent data. Consequently, approximately 83% of the cities in Turkey were identified as efficient, while 17% were deemed inefficient. While 77% of the metropolitan cities were found to be efficient, 23% were found to be inefficient. Five cities in the Black Sea region are among the most inefficient cities. The study identified both efficient and inefficient cities and presented potential avenues for improvement for the latter.

**Keywords:** Health Services, DEA Super-Efficiency Model, Efficiency Analysis, Strategic Planning

**JEL Classification Codes:** C14, C44, I10

<sup>1</sup>  Dicle Üniversitesi, İİBF Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, [hamza.dogan@dicle.edu.tr](mailto:hamza.dogan@dicle.edu.tr)

## EXTENDED SUMMARY

### Purpose and Scope:

The aim of this study is to evaluate the efficiency of health services in Turkish cities and identify areas for improvement. To achieve this, we will analyze input and output variables. It is crucial to select variables that accurately reflect the process when assessing the efficiency of health services in cities. To this end, we identified commonly used variables through a literature review. In addition, this study includes variables related to dental, pharmacy, and emergency health services, which distinguishes it from other studies. This approach aims to provide a more comprehensive analysis of health service efficiency. The evaluation aims to suggest ways to improve the efficiency of cities by making comparisons between them. For this study, we identified 12 input variables and 8 output variables. The input variables include the number of hospitals, family medicine units, emergency stations, emergency ambulances, beds, specialists, general practitioners, dentists, pharmacists, nurses, midwives, and other health personnel. The output variables comprise the number of primary care visits, secondary and tertiary care visits, dental visits, inpatients, hospitalization days, surgeries, bed occupancy rate, and crude mortality rate. The study used the 2021 Health Statistics from the Ministry of Health as the most recent available data.

### Design/methodology/approach:

There are various methods for assessing the performance of health institutions. In this study, the efficiency of hospitals in Türkiye is analyzed on a provincial basis using the Data Envelopment Analysis (DEA) method, which is a nonparametric analysis method based on a linear programming model that allows measuring the relative efficiency of decision-making units (DMUs) that produce similar outputs with similar inputs. To account for the greater control hospital administrations, have over input variables, an input-oriented DEA approach is adopted. The approach evaluates health service efficiency based on input variables. The objective of this approach is to measure the efficiency of each hospital in utilizing its resources. The assessment is used to determine the input-oriented efficiency scores of hospitals. In this study, the input-oriented CCR super-efficiency model is used to evaluate health service efficiency on a city-by-city basis. This model allows for the identification of efficient and inefficient cities, as well as ranking the efficient ones among themselves.

### Findings:

After conducting the analysis, it was found that 67 out of 81 cities in Türkiye are efficient in terms of health services, while 14 are not. According to the results of the super-efficiency model, the ranking of efficient cities, their efficiency scores and reference frequencies are shown in the study. Since the 67 efficient cities use their resources efficiently, they do not need to change their inputs. The top ten cities with the highest scores among the efficient cities are Bayburt, Kilis, Şanlıurfa, Tunceli, Ardahan, Isparta, Bartın, İstanbul, Yalova, and Erzurum. The inefficient cities are Kırklareli, Balıkesir, Antalya, Trabzon, Kastamonu, Malatya, Çanakkale, Ordu, Çorum, Muğla, Yozgat, Diyarbakır, Gümüşhane, and Burdur. The study found that around 83% of cities in Türkiye were efficient, while 17% were inefficient. In terms of metropolitan cities, 77% were efficient and 23% were inefficient. Notably, the Black Sea Region had the highest number of inefficient cities, with a total of five. The study presents a detailed ranking of cities based on their efficiency scores, as well as their actual and targeted input values to become more efficient.

### Conclusion and Discussion:

Efficient cities demonstrate that efficient management of healthcare resources can improve performance and provide valuable insights for healthcare policymakers and hospital leaders. To elevate health services in less efficient cities, it is essential to adopt measures such as optimizing resource use and minimizing unnecessary inputs. Emulating the successful strategies of efficient cities could guide enhancements in these areas. The study's findings could support strategic initiatives to improve health service efficiency. By analyzing successful practices in efficient cities, other cities can learn and adopt best practices, thereby enriching the caliber of health services. Identifying and addressing shortcomings in less efficient cities is crucial for enhancing their service efficiency and productivity. The quality and accessibility of healthcare services have a significant impact on the overall health of a nation and the quality of life of individuals. Therefore, it is essential to continuously strive to improve the efficiency of healthcare services to achieve national health goals. Future studies can confirm and extend the findings of this study by applying DEA in different time periods and with different input-output combinations.



## 1. GİRİŞ

Dünya genelinde sağlık hizmetlerine ayrılan kaynaklar genellikle yetersiz kalırken, ekonomide kıt kaynakların etkin kullanımı zorunludur. Sağlık teknolojisindeki ilerlemeler ve artan yaşam beklentileri, sınırlı kaynaklarla başa çıkmak için karmaşık optimizasyon sorunları yaratmaktadır (Tıraş, 2013). Sağlık sektörü, diğer sektörler gibi sürekli değişim ve gelişim içindedir; bu nedenle sağlık birimlerinin bu değişikliklere dinamik bir şekilde uyum sağlaması gerekmektedir. Performans ölçümleri, kamu sağlık sektöründe daha etkili ve verimli bir yönetim sağlamak amacıyla giderek daha fazla kullanılmaktadır.

Hastaneler, sağlık harcamalarının büyük bir kısmını temsil ettiğinden, kaynakların etkin kullanımı ve performansın doğru ölçülmesi büyük önem taşımaktadır (Ayanoglu vd., 2010). Sağlık politikası belirleyicileri ve hastane yöneticileri, hastanelerin performansını düzenli olarak gözden geçirmelidir. Düşük performans gösteren hastanelerin verimsizlik sebepleri belirlenmeli ve iyileştirme için önlemler alınmalıdır. Ayrıca, verimsiz hastaneler için yöneticiler tarafından etkin eylem planları oluşturulmalı ve bu planlar düzenli olarak değerlendirilmelidir (Yiğit, 2016).

Sağlık kurumlarının performansını değerlendirmek için çeşitli metotlar mevcuttur. Bu metotlardan bir tanesi, çok sayıda girdi ve çıktıyı içeren karar verme birimlerinin (KVB) göreceli performanslarını ölçmek amacıyla kullanılan parametrik olmayan bir yaklaşım olan Veri Zarflama Analizi (VZA)'dır (Cooper vd., 2007). Veri Zarflama Analizi (VZA), çoklu girdileri ve çıktıları olan karar verme birimlerinin (KVB) etkinliklerini ölçmek için kullanılır. Her KVB'nin etkinlik puanı, en iyi performans gösteren KVB'lerin oluşturduğu etkin sınır ile karşılaştırılarak hesaplanır. VZA, ayrıca her KVB'deki verimsizlik alanlarını belirleyerek, iyileştirme yolları sunar (Charnes vd., 1978).

Sağlık hizmetlerinin kalitesi, bir ülkenin veya bölgenin gelişmişlik seviyesini yansıtan kritik göstergelerden biridir. Sağlık hizmetleri, hizmetin doğası gereği, zaman içinde ve farklı bölgeler veya şehirler arasında değişiklik gösterir ve gelişir. Sağlık turizmi bağlamında da bir ülkenin veya şehrin tercih edilmesi, sağlık alanındaki performanslarına dayalı verilerle desteklenebilir (Keleş, 2023). Bu çalışmada Türkiye'deki şehirlerin sağlık hizmetleri etkinlikleri seçilen girdi ve çıktı değişkenleri çerçevesinde en güncel veriler kullanılarak VZA yöntemi ile karşılaştırılmıştır. Söz konusu veriler Sağlık Bakanlığı tarafından en son yayımlanan 2021 Sağlık İstatistikleri Yıllığı (Sağlık Bakanlığı, 2023) ve TÜİK'in 2021 Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistiklerinden (TÜİK, 2023) derlenmiştir. Analiz sonucunda etkin olan ve olmayan şehirler belirlenerek etkin olmayanlar için iyileştirme yolları sunulmuştur.

Sağlık hizmetlerinin etkinliği, sadece bireysel sağlık için değil, aynı zamanda ulusal ekonominin ve toplum refahının da temel taşlarından biridir. Bu nedenle, Türkiye'nin sağlık sektöründeki performansını detaylı bir şekilde incelemek ve değerlendirmek son derece önemlidir. Bu çalışma, Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin etkinliğini ve performansını kapsamlı bir çerçeve ile ele alarak, bu alandaki mevcut durumu analiz etmeyi ve gelecekteki politika kararlarına ışık tutmayı amaçlamaktadır.

Bu analiz, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak için gerekli adımların belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Türkiye'nin farklı şehirlerindeki sağlık hizmetlerinin durumunu karşılaştırmalı olarak değerlendiren çalışma, sağlık politikası yapımcılarına ve hastane yöneticilerine kaynakların daha etkin kullanılması ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması için somut veriler sunmaktadır. Bu veriler, sağlık sektöründeki mevcut zorlukların aşılmasına ve tüm vatandaşlara yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunulmasına yönelik stratejik planlamalar yapılmasına da olanak tanımaktadır.

## 2. LİTERATÜR TARAMASI

Literatür incelendiğinde, sağlık alanında etkinlik ölçümüne ilişkin çalışmaların bir kısmı ülkelerin (Konca ve Demirci 2019; Pekaya ve Dökmen, 2019; Stefko vd., 2018; Tchouaket vd., 2012), bir kısmı bölge ve şehirlerin (Çarıkçı ve Akbulut, 2019; Ömürbek vd., 2021; Pehlivan ve Yiğit, 2022; Seo ve Takikawa 2022; Şenol ve Gençtürk, 2017; Yiğit, 2016), bir kısmı ise belirli sağlık kurumlarının (Araújo vd., 2014; Çakmak vd., 2009; Doğan ve Gencan, 2014; Yılmaz ve Şenel, 2019) verimlilik düzeylerinin karşılaştırılması yoluyla yapılan değerlendirmeler olduğu görülmektedir.

Sağlık alanındaki etkinlik analizi çalışmalarında, Veri Zarflama Analizi (VZA) yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Analizlerde, benzer girdi (hekim sayısı, yatak sayısı vb.) ve çıktı (ameliyat sayısı, müracaat sayısı vb.) değişkenlerinin farklı kombinasyonları tercih edilmektedir. Son yıllarda, ilgili sağlık istatistiklerine erişimin

kolaylaşması sayesinde, Türkiye'deki bölgeler ve şehirler arasında sağlık hizmetlerinin etkinlikleri ile ilgili çalışmalar artmıştır.

Berk ve Çerçioğlu (2019), Türkiye'deki şehirlerin 2011-2015 yılları arasındaki sağlık hizmetleri etkinliklerini altı girdi ve üç çıktı değişkenine göre VZA yöntemiyle incelemiştir. Malmquist endeksine dayanarak, sağlık hizmetleri alanında 51 ilin performansında iyileşme kaydedilirken, 30 ilin performansında düşüş olduğu belirlenmiştir.

Çarıkcı ve Akbulut (2019), üç girdi ve üç çıktı değişkeni belirleyerek 2017 yılına ait sağlık istatistiklerini kullanmışlar ve Türkiye'deki şehirlerin sağlık hizmetleri etkinliklerini VZA ile ölçümlemişlerdir. Çalışma sonucunda, 81 ilden yalnızca 14'ünün etkin olduğu sonucuna varılmıştır.

Dirik ve Şahin (2020), Türkiye'deki 78 şehri sosyo-ekonomik düzeylerine göre üç ayrı gruba ayırmış ve beş girdi ile üç çıktı değişkeni kullanarak 2016 yılı için sağlık hizmetleri etkinliklerini radyal ve radyal olmayan VZA yöntemleriyle incelemiştir. Gelişmişlik düzeyi yüksek olan illerde sağlık hizmetlerinin etkinliğinin, gelişmişlik düzeyi düşük olan illere kıyasla daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır.

Ömürbek vd. (2021), Türkiye'deki şehirlerin sağlık hizmetleri etkinliğini dokuz girdi ve yedi çıktı değişkeni belirleyerek ve bu değişkenlerin 2014-2018 yılları arasındaki ortalamalarını kullanarak entropi tabanlı VZA ile ölçümlemişlerdir. Analiz sonucunda, 81 ilden sadece birinin etkin olmadığı tespit edilmiştir.

Pehlivan ve Yiğit (2022), dört girdi ve altı çıktı değişkeni kullanarak Türkiye'deki büyükşehirlerin sağlık hizmetleri etkinliklerini VZA yöntemi ile ölçümledikleri çalışmalarında, 2015 yılında 30 büyükşehirden yedi tanesini, 2016 yılında 15 tanesini, 2017 yılında 13 tanesini, 2018 ve 2019 yıllarında ise 14 tanesini etkin olarak bulmuşlardır.

Keleş (2023), Türkiye'deki şehirleri sağlık performanslarına göre belirlediği 21 kriter temelinde farklı çok kriterli karar verme yöntemleriyle sıralamıştır. Çalışma sonucuna göre, İstanbul ilk sırada yer alırken, İstanbul'u Ankara ve İzmir takip etmiştir.

Bu çalışmada, literatür taraması yoluyla sağlık hizmetleri etkinlik analizinde sıkça kullanılan değişkenler titizlikle incelenmiş ve seçilmiştir. Diğer araştırmalardan ayrışarak, genellikle göz ardı edilen diş, eczacılık ve acil sağlık hizmetleri gibi alanlara ait değişkenler de analize dahil edilmiştir. Bu özgün yaklaşım, toplum sağlığı üzerinde önemli etkileri olan bu alanları da kapsayarak, sağlık hizmetlerinin etkinlik analizine daha geniş ve kapsamlı bir perspektif katmayı hedeflemektedir. Böylece, sağlık hizmetlerinin çeşitli yönleri daha detaylı bir şekilde ele alınarak, sağlık sistemlerinin tüm yönlerini iyileştirmek için daha doğru stratejiler geliştirilebilir.

### 3. MATERYAL VE METOT

#### 3.1. Veri Zarflama Analizi

Veri Zarflama Analizi, farklı girdilerle çıktılar üreten işletmelerin veya organizasyonların etkinliğini ölçen doğrusal programlama tabanlı bir yöntemdir. Bu teknik, birden fazla girdi ve çıktının olduğu durumlar için idealdir ve belirli bir üretim fonksiyonuna ihtiyaç duymaz (Yolalan, 1993). Performans değerlendirmesi, en verimli birimleri temel alarak yapılır ve bu birimler en az kaynakla en fazla çıktıyı sağlayanlardır. Diğer birimlerin bu etkinlik sınırına olan mesafesi, etkinlik puanlarını hesaplamak için kullanılır ve bu puanlar, kaynakların ne kadar verimli kullanıldığını gösterir (Depren, 2008).

Veri Zarflama Analizi (VZA), karar birimlerinin etkinliklerini ölçmek için kullanılan bir yöntemdir. İki ana model türü vardır: CCR Modelleri ve BCC Modelleri. CCR modeli, ölçeğe göre sabit getirileri (Charnes vd., 1978); BCC modeli ise ölçeğe göre değişken getirileri (Banker vd., 1984) varsayar. Her iki model de girdiye veya çıktıya yönelik olarak incelenebilir. Girdiye yönelik modeller, etkin olmayan birimlerin girdilerini azaltarak çıktı düzeyini nasıl koruyabileceklerini; çıktıya yönelik modeller ise mevcut girdilerle çıktılarını nasıl arttırabileceklerini belirler (Kecek, 2010). VZA'nın temel modelleri olan CCR ve BCC modellerinin matematiksel formülasyonları sırasıyla Tablo 1'de gösterilmiştir (Tarım, 2001).

**Tablo 1.** Temel VZA Modelleri

Girdiye Yönelik CCR ve BCC Modelleri	
Çarpan (Primal)	Zarflama (Dual)
$Enk \sum_{r=1}^s u_{rk} y_{rk} - u_0^*$ <p><i>Kısıtlar;</i></p> $\sum_{i=1}^m v_{ik} x_{ik} = 1$ $\sum_{r=1}^s u_{rk} y_{rj} - \sum_{i=1}^m v_{ik} x_{ij} - u_0^* \leq 0 \quad j = 1, 2, \dots, k, \dots, n$ $u_{rk}, v_{ik} \geq \varepsilon \quad r = 1, \dots, s \quad i = 1, \dots, m$ <p><i>CCR için: <math>u_0^* = 0</math>      BCC için: <math>u_0^*</math> kısıtsız</i></p>	$Enk \theta_k - \varepsilon [\sum_{i=1}^m s_{ik}^- + \sum_{r=1}^s s_{rk}^+]$ <p><i>Kısıtlar;</i></p> $\theta_k x_{ik} - \sum_{j=1}^n x_{ij} \lambda_{jk} - s_{ik}^- = 0 \quad i = 1, \dots, m \quad (2)$ $\sum_{j=1}^n y_{rj} \lambda_{jk} - y_{rk} - s_{rk}^+ = 0 \quad r = 1, \dots, s$ $\lambda_{jk}, s_{ik}^-, s_{rk}^+ \geq 0 \quad j = 1, 2, \dots, k, \dots$ <p><i>BCC için ek kısıt: <math>\sum_{j=1}^n \lambda_{jk} = 1</math></i></p>
Çıktıya Yönelik CCR ve BCC Modelleri	
Çarpan (Primal)	Zarflama (Dual)
$Enk \sum_{i=1}^m v_{ik} x_{ik} + v_0^*$ <p><i>Kısıtlar;</i></p> $\sum_{r=1}^s u_{rk} y_{rk} = 1$ $\sum_{i=1}^m v_{ik} x_{ij} - \sum_{r=1}^s u_{rk} y_{rj} + v_0^* \geq 0 \quad j = 1, 2, \dots, k, \dots, n$ $u_{rk}, v_{ik} \geq \varepsilon \quad r = 1, \dots, s \quad i = 1, \dots, m$ <p><i>CCR için: <math>v_0^* = 0</math>      BCC için: <math>v_0^*</math> kısıtsız</i></p>	$Enb \beta_k + \varepsilon [\sum_{i=1}^m s_{ik}^- + \sum_{r=1}^s s_{rk}^+]$ <p><i>Kısıtlar;</i></p> $x_{ik} - \sum_{j=1}^n x_{ij} \lambda_{jk} - s_{ik}^- = 0 \quad i = 1, \dots, m \quad (4)$ $\sum_{j=1}^n y_{rj} \lambda_{jk} - \beta_k y_{rk} - s_{rk}^+ = 0 \quad r = 1, \dots, s$ $\lambda_{jk}, s_{ik}^-, s_{rk}^+ \geq 0 \quad j = 1, 2, \dots, k, \dots$ <p><i>BCC için ek kısıt: <math>\sum_{j=1}^n \lambda_{jk} = 1</math></i></p>
<p><math>n</math>: karar birimi sayısı</p> <p><math>k</math>: etkinliği ölçülen karar verme birimi</p> <p><math>j</math>: karar verme birimi seti</p> <p><math>r</math>: tüm çıktıların seti</p> <p><math>i</math>: tüm girdilerin seti</p> <p><math>s</math>: çıktı sayısı</p> <p><math>m</math>: girdi sayısı</p> <p><math>y_{rk}</math>: k karar birimi tarafından üretilen r'inci çıktı</p> <p><math>u_{rk}</math>: k karar birimi tarafından r'inci çıktıya verilen ağırlık</p> <p><math>y_{rj}</math>: j'inci karar birimi tarafından üretilen r'inci çıktı</p>	<p><math>x_{ik}</math>: k karar birimi tarafından kullanılan i'inci girdi</p> <p><math>v_{ik}</math>: k karar birimi tarafından i'inci girdiye verilen ağırlık</p> <p><math>x_{ij}</math>: j'inci karar birimi tarafından kullanılan i'inci girdi</p> <p><math>\varepsilon</math>: yeterince küçük pozitif bir sayı</p> <p><math>\theta_k</math>: k karar biriminin girdilerine ait büzülme katsayısı</p> <p><math>\beta_k</math>: k karar biriminin çıktılarına ait genişleme katsayısı</p> <p><math>\lambda_{jk}</math>: j'inci karar biriminin aldığı yoğunluk değeri</p> <p><math>s_{ik}^-</math>: k karar biriminin i'inci girdisine ait atıl değer</p> <p><math>s_{rk}^+</math>: k karar biriminin r'inci çıktısına ait atıl değer</p> <p><math>u_0, v_0</math>: ölçeğe göre getirinin yönüyle ilgili değişkenler</p>

### 3.2. Girdi- Çıktı Değişkenleri ve VZA Modelinin Belirlenmesi

Şehirlerin sağlık hizmetleri etkinliğinin değerlendirilmesinde, süreci en doğru şekilde yansıtan girdi ve çıktı değişkenlerinin seçimi önemlidir. Bu bağlamda, literatür taraması yoluyla sıkça başvurulan değişkenler belirlenmiş ve bu çalışmada, diğer araştırmalardan ayrılarak, diş, eczacılık ve acil sağlık hizmetleriyle ilgili değişkenler de dikkate alınmıştır. Bu yaklaşım, sağlık hizmetlerinin etkinlik analizinde daha kapsamlı bir perspektif sunmaya amaçlanmaktadır.

Analiz sürecinde, girdi ve çıktı sayısının belirlenmesi de kritik bir husustur. Bu, analizin ayırım gücünü ve dolayısıyla sonuçların doğruluğunu doğrudan etkileyebilir. VZA modellerinde, çoklu girdi ve çıktı değişkenlerinin bulunması, etkin ve etkin olmayan Karar Verme Birimleri'ni (KVB) ayırt etme kapasitesini azaltabilir. Bu bağlamda, Banker vd. (1989) ile Vassiloglou ve Giokas (1990) tarafından önerilen girdi-çıktı sayısı ilkesi uygulanmıştır. Bu ilke, KVB sayısının (n), çıktıların (s) ve girdilerin (m) sayısının toplamının en az üç katı olmasını öngörür, bu da analizin doğruluk ve güvenilirliğini artırmaya yardımcı olur. Bu çalışmada da performans için kritik öneme sahip 8 çıktı ve 12 girdi değişkeni seçilerek (n=81, s=8, m=12, 81≥3x20) söz konusu ilke benimsenmiştir. En güncel durumu yansıtmaya açısından değişkenlere ilişkin veriler Sağlık Bakanlığı tarafından en son yayımlanan 2021 Sağlık İstatistikleri Yıllığı (Sağlık Bakanlığı, 2023) ve TÜİK'in 2021 Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistiklerinden (TÜİK, 2023) derlenmiştir. Seçilen girdi-çıktı değişkenleri ile bunların kodları Tablo 2'de gösterilmiştir.

**Tablo 2.** Çalışmada Kullanılan Girdi ve Çıktı Değişkenleri

GİRDİLER	ÇIKTILAR
Hastane sayısı (G1)	Birinci basamak müracaat sayısı (Ç1)
Aile hekimliği birim sayısı (G2)	İkinci ve üçüncü basamak müracaat sayısı (Ç2)
Acil yardım istasyonu sayısı (G3)	Dış hekime müracaat sayısı (Ç3)
Acil yardım ambulansı sayısı (G4)	Yatan hasta sayısı (Ç4)
Yatak sayısı (G5)	Yatılan gün sayısı (Ç5)
Uzman hekim sayısı (G6)	Ameliyat sayısı (Ç6)
Pratisyen hekim sayısı (G7)	Yatak doluluk oranı (Ç7)
Dış hekimi sayısı (G8)	Kaba ölüm hızı (Ç8)
Eczacı sayısı (G9)	
Hemşire sayısı (G10)	
Ebe sayısı (G11)	
Diğer sağlık personeli sayısı (G12)	

VZA’da model tercihi, karar vericinin girdi ve çıktılar üzerindeki kontrol düzeyine göre şekillenir. Eğer karar verici girdiler üzerinde yeterli kontrol gücüne sahipse, girdi odaklı modeller; çıktılar üzerinde yeterli kontrol gücüne sahipse de çıktı odaklı modeller öne çıkar. Bu, analizin doğruluğunu ve karar verme sürecinin etkinliğini artırmak için kritik bir adımdır. Bu çalışmada, Türkiye’deki hastanelerin etkinlikleri il bazında incelenmiş ve VZA yöntemi kullanılmıştır. Hastane yönetimlerinin çıktı değişkenlerinden ziyade girdi değişkenleri üzerinde daha fazla denetim yeteneğine sahip olması nedeniyle çalışmada girdi odaklı bir VZA yaklaşımı benimsenmiştir.

Standart VZA modellerinde, etkinlik skoru 1 değerine eşit olan KVB’ler etkin kabul edilir. Andersen ve Petersen (1993) tarafından geliştirilen süper etkinlik modeli, bu etkin KVB’leri daha detaylı bir şekilde ayırt eder ve 1’den yüksek süper etkinlik skorları ile sıralama yapar. Süper etkinlik modelinde, her KVB’nin kendini referans olarak kullanması engellenir; böylece, bir KVB’nin etkin sayılabilmesi için etkinlik skorunun 1 veya daha yüksek olması gerekir (Tone, 2001; 2002). Standart VZA modellerinde olduğu gibi süper etkinlik modelinde de etkinlik skoru 1’den düşükse, KVB etkin olarak değerlendirilmez.

Sağlık hizmet etkinliğinin şehirler bazında değerlendirildiği bu çalışmada etkin ve etkin olmayan şehirleri tespit edilmesinin yanı sıra etkin olanları da kendi arasında sıralamaya olanak sağladığı için girdi odaklı CCR süper etkinlik modeli kullanılmıştır. Söz konusu modelin matematiksel formülasyonu (5)’te verilmiştir (Andersen ve Petersen, 1993).

$$\begin{aligned}
 & \text{Enk } \theta_k - \varepsilon \left[ \sum_{i=1}^m s_{ik}^- + \sum_{r=1}^s s_{rk}^+ \right] \\
 & \text{Kısıtlar;} \\
 & \theta_k x_{ik} - \sum_{j=1, j \neq k}^n x_{ij} \lambda_{jk} - s_{ik}^- = 0 \quad i = 1, \dots, m \\
 & \sum_{j=1, j \neq k}^n y_{rj} \lambda_{jk} - y_{rk} - s_{rk}^+ = 0 \quad r = 1, \dots, s \\
 & \lambda_{jk}, s_{ik}^-, s_{rk}^+ \geq 0 \quad j = 1, 2, \dots, n
 \end{aligned} \tag{5}$$

### 3.3. Veri Analizi

Bu çalışmada, verilen çıktılarla mümkün olan en düşük girdi seviyelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle girdi odaklı CCR süper etkinlik modeli kullanılmıştır. Analiz sonuçları, akademik kullanım için Scheel (2000) tarafından geliştirilen ve Excel tabanlı bir paket program olan Efficiency Measurement System (EMS 1.3) aracılığıyla elde edilmiştir. EMS 1.3 programı, VZA'yı uygulamak ve sonuçları görsel olarak sunmak için kullanışlı bir araçtır.

### 3.4. Çalışmanın Etik Durumu

Bu çalışmada ikincil veriler kullanıldığı için etik kurul onayına gerek duyulmamıştır.

## 4. BULGULAR

Yapılan analiz sonucunda Türkiye'deki 81 şehrin 67 sinin sağlık hizmetleri açısından etkin olduğu, 14 ünün ise etkin olmadığı tespit edilmiştir. Süper etkinlik modelinin sonuçlarına göre etkin şehirlerin sıralaması, etkinlik skorları ve referans sıklıkları Tablo 3'te verilmiştir. Buna göre etkin şehirler arasında en yüksek skora sahip ilk on il sırasıyla Bayburt, Kilis, Şanlıurfa, Tunceli, Ardahan, Isparta, Bartın, İstanbul, Yalova ve Erzurum'dur. Etkin olan 67 şehrin kaynaklarını etkin bir şekilde kullandığı için girdilerinde herhangi bir değişikliğe gitmelerine gerek yoktur.

**Tablo 3.** Etkin KVB'lerin sıralaması

KVB	Sıralaması	Etkinlik Skoru	Referans Sıklığı	KVB	Sıralaması	Etkinlik Skoru	Referans Sıklığı
Bayburt	1	246,86%	4	Uşak	35	112,42%	-
Kilis	2	195,69%	4	Sinop	36	112,31%	1
Şanlıurfa	3	167,11%	8	Bitlis	37	110,48%	-
Tunceli	4	151,12%	-	Siirt	38	110,28%	1
Ardahan	5	149,04%	1	Aksaray	39	110,23%	1
Isparta	6	147,78%	2	Mersin	40	110,19%	1
Bartın	7	145,87%	8	Manisa	41	109,19%	-
İstanbul	8	145,43%	-	Bursa	42	108,91%	-
Yalova	9	144,84%	8	Ankara	43	108,74%	-
Erzurum	10	143,44%	2	Nevşehir	44	108,01%	-
Adana	11	135,15%	4	İzmir	45	107,35%	-
İğdir	12	135,10%	-	Zonguldak	46	107,34%	-
Elazığ	13	134,27%	5	Bilecik	47	107,33%	-
Gaziantep	14	130,94%	5	Edirne	48	107,26%	-
Kocaeli	15	128,25%	1	Van	49	107,06%	-
Osmaniye	16	126,66%	3	Kayseri	50	106,85%	1
Samsun	17	125,06%	1	Şırnak	51	105,42%	-
Muş	18	121,34%	3	Sakarya	52	104,31%	-
Batman	19	118,58%	1	Hakkari	53	104,16%	-
Bolu	20	118,36%	1	Kars	54	104,09%	-
Rize	21	118,28%	1	Ağrı	55	103,89%	-
Bingöl	22	117,86%	-	Kırıkkale	56	103,72%	-
Çankırı	23	117,61%	3	Afyonkarahisar	57	103,58%	-
Denizli	24	117,33%	5	Karaman	58	103,50%	-
Düzce	25	117,17%	7	Konya	59	103,34%	-
Giresun	26	117,01%	2	Adıyaman	60	102,69%	-

Mardin	27	116,63%	1	Sivas	61	102,45%	-
Erzincan	28	116,45%	-	Kahramanmaraş	62	102,17%	-
Tokat	29	116,39%	-	Hatay	63	101,57%	-
Niğde	30	116,35%	-	Karabük	64	100,84%	-
Eskişehir	31	116,23%	1	Amasya	65	100,53%	-
Artvin	32	115,95%	-	Kırşehir	66	100,42%	-
Kütahya	33	114,48%	-	Aydın	67	100,05%	-
Tekirdağ	34	114,05%	2				

Etkin olmayan 14 şehrin etkinlik skorları incelendiğinde söz konusu şehirlerin etkinlik sınırına çok uzak olmadıkları, yapacakları bazı iyileştirmelerle etkin hale gelebilecekleri aşikardır. Etkin olmayan şehirler Kırklareli, Balıkesir, Antalya, Trabzon, Kastamonu, Malatya, Çanakkale, Ordu, Çorum, Muğla, Yozgat, Diyarbakır, Gümüşhane ve Burdur'dur. Söz konusu şehirlerin sıralaması, etkinlik skorları, gerçek girdi değerleri ve etkin olmaları için hedeflenen girdi değerleri Tablo 4'te verilmiştir. Buna göre örneğin en düşük etkinlik skoruna sahip olan Burdur'un etkinlik skorunu arttırması için hastane sayısını 8'den 6'ya, aile hekimliği birim sayısını 97'den 86'ya, acil yardım istasyonu sayısını 23'ten 18'e, acil yardım ambulansı sayısını 44'ten 39'a, yatak sayısını 770'ten 690'a, uzman hekim sayısını 182'den 163'e, pratisyen hekim sayısını 226'dan 197'e, diş hekimi sayısını 96'dan 86'ya, eczacı sayısını 132'den 111'e, hemşire sayısını 726'dan 621'e, ebe sayısını 317'den 222'ye, diğer sağlık personeli sayısını ise 896'dan 772'ye düşürmesi gerekmektedir.

**Tablo 4.** Etkin Olmayan KVB'lerin Sıralaması, Gerçek ve Hedeflenen Girdi Değerleri

KVB	Etkinlik Skoru	Sıra	Gerçek/Hedef <sup>2</sup> Değerler		G1	G2	G3	G4	G5	G6	G7	G8	G9	G10	G11	G12		
			Gerçek Değer	Hedef Değer														
Kırklareli	99,40%	68	Gerçek Değer		10	116	22	50	1.013	350	267	133	167	879	323	886		
			Hedef Değer		7	115	19	45	866	270	256	128	147	873	259	881		
Balıkesir	98,24%	69	Gerçek Değer		25	414	59	91	3.385	1.141	828	489	572	3.326	1.305	3.261		
			Hedef Değer		25	407	48	89	3.325	1.121	789	480	562	2.898	974	3.199		
Antalya	97,15%	70	Gerçek Değer		46	786	68	108	7.627	3.379	1.475	1.789	1.490	6.392	1.776	7.236		
			Hedef Değer		34	764	65	105	7.029	2.501	1.349	1.005	997	6.210	1.510	5.955		
Trabzon	97,10%	71	Gerçek Değer		22	277	39	71	3.417	981	599	401	399	3.060	695	2.974		
			Hedef Değer		17	269	33	63	3.057	953	531	389	383	2.580	675	2.484		
Kastamonu	96,80%	72	Gerçek Değer		17	119	35	64	1.121	249	351	105	140	948	305	1.137		
			Hedef Değer		7	115	23	62	830	241	306	102	136	875	280	957		
Malatya	95,90%	73	Gerçek Değer		19	280	38	76	3.214	898	540	366	367	2.833	915	2.532		
			Hedef Değer		16	269	33	61	3.082	839	518	351	352	2.523	633	2.201		
Çanakkale	94,50%	74	Gerçek Değer		14	173	29	55	1.779	585	385	220	239	1.672	622	1.734		
			Hedef Değer		12	163	24	52	1.372	480	347	208	226	1.263	392	1.428		
Ordu	94,16%	75	Gerçek Değer		18	243	44	70	2.294	631	571	275	328	1.955	656	2.071		
			Hedef Değer		14	229	29	63	2.114	593	487	259	283	1.841	474	1.817		
Çorum	94,15%	76	Gerçek Değer		16	187	36	59	1.714	414	396	163	212	1.608	511	1.513		
			Hedef Değer		9	170	23	55	1.614	389	373	153	200	1.471	397	1.250		
			Gerçek Değer		22	310	58	91	2.232	1.112	688	544	535	2.403	890	2.649		

<sup>2</sup> Hedef değerler en yakın tamsayıya yuvarlanmıştır.



Muğla	94,07%	77	Hedef Değer	17	292	42	86	2.100	671	572	307	366	1.945	648	2.289
			Gerçek Değer	16	143	26	55	1.210	305	372	113	146	1.227	420	1.208
Yozgat	93,32%	78	Hedef Değer	7	133	20	51	1.061	278	313	105	136	1.048	314	958
			Gerçek Değer	28	566	62	110	4.910	1.411	1.076	559	614	4.520	1.077	3.811
Diyarbakır	90,07%	79	Hedef Değer	25	504	47	92	4.334	1.251	842	468	553	3.689	849	3.021
			Gerçek Değer	6	49	15	44	389	101	141	45	44	351	131	497
Gümüşhane	89,89%	80	Hedef Değer	4	44	12	37	345	91	110	40	40	316	118	436
			Gerçek Değer	8	97	23	44	770	182	226	96	132	726	317	896
Burdur	89,62%	81	Hedef Değer	6	86	18	39	690	163	197	86	111	621	222	772

Bölgesel dağılım incelendiğinde Karadeniz Bölgesinde 5 (Trabzon, Kastamonu, Ordu, Çorum, Gümüşhane), Marmara Bölgesinde 3 (Kırklareli, Balıkesir, Çanakkale), Akdeniz Bölgesinde 2 (Antalya, Burdur), Doğu Anadolu Bölgesinde 1 (Malatya), Ege bölgesinde 1 (Muğla), İç Anadolu Bölgesinde 1 (Yozgat) ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinde 1 (Diyarbakır) şehrin etkin olmadığı görülmektedir.

Şehirlerin statüsü açısından değerlendirildiğinde 30 büyükşehirden 7' sinin (Balıkesir, Antalya, Trabzon, Malatya, Ordu, Muğla, Diyarbakır), büyükşehir statüsüne sahip olmayan 51 şehirden de 7' sinin (Kırklareli, Kastamonu, Çanakkale, Çorum, Yozgat, Gümüşhane, Burdur) etkin olmadığı görülmektedir.

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma, Türkiye'deki şehirlerin sağlık hizmetleri etkinliklerini Veri Zarflama Analizi (VZA) ile değerlendirmiştir. Sonuçlar, şehirler arasında sağlık hizmetlerinin etkinliğinde bazı farklılıklar olduğunu göstermiştir. Araştırmaya göre, Türkiye'deki şehirlerin yaklaşık %83'ü etkin, %17'si ise etkisiz olarak değerlendirilmiştir. Bu bulgular, Çarıkçı ve Akbulut (2019) ile Ömürbek vd. (2021) tarafından yapılan güncel çalışmaların bulgularından farklılık göstermektedir. Bu farklılığın nedeni, etkinliği ölçülen dönemlerin farklı olmasından kaynaklanabileceği gibi, seçilen girdi ve çıktı türlerinin farklı olmasından da kaynaklanabilir. Etkinlik skoru, girdi ve çıktılarının seçimine oldukça duyarlıdır (Mikušová, 2017). Büyükşehirlerin yaklaşık %77'sinin etkin olduğu tespit edilirken %23'ünün ise etkin olmadığı sonucuna varılmıştır. Diğer taraftan en fazla etkisiz şehrin beş şehirle Karadeniz Bölgesinde olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetleri alanında etkin olan şehirlerin kaynaklarını daha verimli kullanırken, etkin olmayanların ise belirli iyileştirmeler yaparak etkinliklerini dolayısıyla performanslarını arttırabilecekleri bilinmektedir. Bu bulgular, sağlık politika yapımcıları ve hastane yöneticileri için önemli rehberlik sunmakta ve sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi için somut adımların atılmasını zorunlu hale getirmektedir.

Etkin olmayan şehirlerin analizi, bu bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için somut adımların atılmasını gerektirir. Özellikle, girdi sayısının azaltılması ve mevcut kaynakların daha etkin kullanılması gibi stratejiler, bu şehirlerin performanslarını artırma potansiyeline işaret etmektedir. Ayrıca, etkin şehirlerin uygulamalarından öğrenilerek, etkin olmayan şehirlerde benzer stratejilerin uygulanması önerilebilir.

Bu çalışma, sağlık hizmetlerinin etkinliğini artırmak için stratejik planlamalara dayanak oluşturabilir. Etkin şehirlerin başarılarının analizi, diğer şehirler için bir örnek teşkil edebilir ve genel sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesine katkıda bulunabilir. Etkin olmayan şehirler için belirlenen iyileştirme alanları, bu bölgelerdeki sağlık hizmetlerinin verimliliğini ve etkinliğini artırmak amacıyla göz önünde bulundurulmalıdır.

Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve erişilebilirliği, bir ülkenin genel sağlık durumu ve bireylerin yaşam kalitesi üzerinde doğrudan etkili olan önemli unsurlardır. Bu nedenle, sağlık hizmetlerinin etkinliğinin artırılmasına yönelik sürekli bir çabanın, ulusal sağlık politikalarının önemli bir parçası olması gerekmektedir.

Bu çalışmanın sınırlılıkları arasında, kullanılan veri setinin kapsamının sınırlı olması bulunmaktadır. Araştırma, belirli bir zaman diliminde toplanan verilere dayanmaktadır ve bu verilerin zaman içinde değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Ayrıca, VZA metodolojisinin girdi ve çıktı seçimlerine duyarlılığı nedeniyle, farklı

girdi ve çıktıların kullanılması durumunda sonuçların değişebileceği de unutulmamalıdır. Gelecekteki alışmalar, farklı zaman dilimlerinde ve farklı girdi-çıktı kombinasyonlarıyla VZA'yı uygulayarak, bu çalışmanın bulgularını doğrulayabilir ve genişletebilir. Ayrıca, etkin olmayan şehirlerdeki sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi için uygulanan stratejilerin etkinliğini değerlendiren uzun vadeli izleme çalışmaları da yararlı olabilir.

#### **YAZARLARIN BEYANI**

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

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** Bu alışma için herhangi bir kurumdan destek alınmamıştır.

**Çatışma Beyanı:** Yazarlar arasında herhangi bir çıkar atışması yoktur.

## KAYNAKÇA

- Andersen, P. ve Petersen, N. C. (1993). A procedure for ranking efficient units in data envelopment analysis. *Management Science*, 39(10), 1261-1264.
- Araújo, C., Barros, C. P. ve Wanke, P. (2014). Efficiency determinants and capacity issues in Brazilian for-profit hospitals. *Health care management science*, 17, 126-138.
- Ayanoğlu, Y., Atan, M ve Beylik, U. (2010). Hastanelerde veri zarflama analizi (VZA) yöntemiyle finansal performans ölçümü ve değerlendirilmesi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 40-62.
- Banker, R. D., Charnes, A. ve Cooper, W. W. (1984). Some models for estimating technical and scale inefficiencies in data envelopment analysis. *Management Science*, 30(9), 1078-1092.
- Banker, R. D., Charnes, A., Cooper, W. W., Swarts, J., & Thomas, D. (1989). An introduction to DEA with some of its models and their uses. *Research in Governmental Nonprofit Accounting*, 5(1), 125-163.
- Berk, E. ve Çerçioğlu, H. (2019). Türkiye'deki sağlık hizmetleri sektörünün şehirlerin panel verilerine dayalı olarak etkinlik ve verimliliklerinin ölçümü. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 34(2), 929-944.
- Charnes, A., Cooper, W. W. ve Rhodes, E. (1978). Measuring the efficiency of decision making units. *European Journal Of Operational Research*, 2(6), 429-444.
- Cooper, W. W., Seiford, L. M. ve Tone, K. (2007). *Data envelopment analysis: A comprehensive text with models, applications, references and DEA-solver software*. New York: Springer.
- Çakmak, M., Öktem, M. K. ve Ömürçönülşen, U. (2009). Türk kamu hastanelerinde teknik verimlilik sorunu: Veri zarflama analizi tekniği ile Sağlık Bakanlığı'na bağlı kadın doğum hastanelerinin teknik verimliliklerinin ölçülmesi, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 12(1), 1-36.
- Çarıkçı, O. ve Akbulut, F. (2019). Kıyaslama (benchmarking) yöntemi olarak veri zarflama analizi (VZA) ile illerin sağlık performansının ölçülmesi. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(2), 1-8.
- Depren, Ö. (2008). Veri Zarflama Analizi ve Bir Uygulama. Yıldız Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.
- Dirik, C. ve Şahin, S. (2020). Türkiye'deki sağlık hizmetlerinin etkinlik ve verimlilik analizi: radyal ve radyal olmayan VZA ve MVE modellerinin karşılaştırması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 11(28), 790-814.
- Doğan, N. Ö. ve Gencan, S. (2014). VZA/AHP bütünlük yöntemi ile performans ölçümü: Ankara'daki kamu hastaneleri üzerine bir uygulama. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2), 88-112.
- Kecek, G. (2010). Veri zarflama analizi: teori ve uygulama örneği. Ankara: Siyasal Yayın.
- Keleş, N. (2023). Türkiye'nin 81 ilinin sağlık performansının güncel karar verme yöntemleriyle değerlendirilmesi. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (75), 120-141.
- Konca, M. ve Demirci, Ş. (2019). G20 ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemi performansı: Yıllara göre karşılaştırmalı bir analiz. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(4), 175-181.
- Mikušová, P. (2017). Measuring the efficiency of the Czech public higher education institutions: an application of DEA. *Journal on Efficiency and Responsibility in Education and Science*, 10(2), 58-63.
- Ömürbek, N., Altın, F. G., Şimşek, A. ve Eren, H. (2021). Entropi tabanlı veri zarflama analizi yöntemi ile Türkiye'deki illerin sağlık göstergeleri açısından etkinliğinin belirlenmesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(29), 16-45.
- Pehlivan, D. ve Yiğit, A. (2022). Türkiye'de büyükşehir statüsüne sahip illerin sağlık hizmetleri performansının değerlendirilmesi. *Giresun Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 8(2), 194-211.

- Pekkaya, M. ve Dökmen, G. (2019). OECD Ülkeleri kamu sağlık harcamalarının ÇKKV yöntemleri ile performans değerlendirmesi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 15(4), 923-950.
- Sağlık Bakanlığı (2023). 2021 sağlık istatistikleri yıllığı. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316/0/siy2021-turkcepdf.pdf> Erişim tarihi: 15.01.2024
- Seo, Y. ve Takikawa, T. (2022). Regional variation in national healthcare expenditure and health system performance in central cities and suburbs in Japan. In *Healthcare* 10 (6), 968, MDPI.
- Scheel, H. (2000). EMS: efficiency measurement system user's manual. <https://www.holger-scheel.de/ems/> Erişim tarihi: 03.02.2024.
- Stefko, R., Gavurova, B. ve Kocisova, K. (2018). Healthcare efficiency assessment using DEA analysis in the Slovak Republic. *Health Economics Review*, 8(1), 1-12.
- Şenol O. ve Gençtürk M. (2017). *Veri zarflama analiziyle kamu hastaneleri birliklerinde verimlilik analizi. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(29), 265-286.
- Tarım, A. (2001). Veri zarflama analizi: Matematiksel programlama tabanlı göreceli etkinlik ölçüm yaklaşımı. Ankara: Sayıştay Yayınları.
- Tchouaket, É. N., Lamarche, P. A., Goulet, L. ve Contandriopoulos, A. P. (2012). Health care system performance of 27 OECD countries. *The International Journal of Health Planning and Management*, 27(2), 104-129.
- Tıraş, H. H. (2013). Sağlık ekonomisi: Teorik bir inceleme. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(2), 125-152.
- Tone, K. (2001). A slacks-based measure of efficiency in data envelopment analysis. *European Journal of Operational Research*, 130(3), 498-509.
- Tone, K. (2002). A slacks-based measure of super-efficiency in data envelopment analysis. *European Journal of Operational Research* 143, 32-41.
- TÜİK (2023). 2021 ölüm ve ölüm nedeni istatistikleri. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2021-45715> Erişim tarihi: 15.01.2024.
- Vassiloglou, M. ve Giokas, D. (1990). A study of the relative efficiency of bank branches: An application of data envelopment analysis. *Journal of the Operational Research Society*, 41(7), 591-597.
- Yılmaz, F. ve Şenel, İ. K. (2019). Sağlık kurumlarının etkinliklerinin veri zarflama analizi ile değerlendirilmesi. *Sosyal Güvençe* (15), 63-88.
- Yiğit, V. (2016). Hastanelerde teknik verimlilik analizi: Kamu hastane birliklerinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 9-16.
- Yolalan, R. (1993), *İşletmelerarası göreceli etkinlik ölçümü*. Milli Prodüktivite Merkezi Yayınları: 483, Ankara.



ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

## ACİL SERVİS ÇALIŞANLARININ KURUMLARINA GÜVEN VE AİDİYETLERİNİN HİZMET SUNUMUNA YANSIMASI\*

### REFLECTION OF EMERGENCY SERVICE EMPLOYEES' TRUST AND LOYALTY TO THEIR ORGANIZATIONS ON SERVICE PROVISION

Nejdet YILDIRIM<sup>1</sup>

#### ÖZ

Acil servisler, hayati tehlikesi olan ve acil müdahale edilmesi gereken hastalara gerekli müdahalenin yapıldığı alanlardır. Kendini acil olarak gören her hasta acildir ilkesiyle 7 gün 24 saat hizmet veren birimlerdir. Bu çalışmanın amacı acil servis çalışanlarının kurum içerisinde güven ve aidiyet duygusunun ölçülmesinin yanı sıra güven ve aidiyetin sunulan hizmete etkisini anlamaya çalışmaktır. Çalışmada kullanılan yöntem, nitel araştırma deseni çerçevesinde yüz yüze görüşmelerle kişisel deneyimler sonucu oluşan düşünceler görüşüleceği için fenomenolojik yaklaşımdır. Aynı zamanda araştırmada nitel veri toplama araçlarından yarı yapılandırılmış görüşme ve doküman analizinden faydalanılmıştır. Yapılan görüşmelerden elde edilen metinler tümevarımsal bir yaklaşım izlenerek içerik analizine tabi tutulmuştur. Verilerin analizinde NVIVO 11 yazılımından yararlanılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre çalışanlarda güven ve aidiyet duygusunun zayıf olduğu ortaya çıkmıştır. Güven ve aidiyet duygusunun zayıflığı verilen hizmetin kalitesini doğrudan etkilemektedir. Çalışanların, kurumlarına güven ve aidiyetinin zayıflamasına neden olan faktörler ortadan kaldırılmalı ve sağlık kurumları, çalışanlarında güven ve aidiyet oluşturacak çalışmalar yapmalıdır.

**Anahtar Kelimeler:** Güven, Aidiyet, Sağlık Çalışanı, Acil Servis

**JEL Sınıflandırma Kodları:** I1, I10, I19

#### ABSTRACT

Emergency services are areas where necessary intervention is provided to patients who are life-threatening and require urgent intervention. They are units that provide service 24 hours a day, 7 days a week, with the principle that every patient who considers himself an emergency is an emergency. The aim of this study is to measure the sense of trust and belonging of emergency service employees within the institution, as well as to try to understand the effect of trust and belonging on the service provided. The method used in the study is the phenomenological approach, as the thoughts formed as a result of personal experiences will be discussed through face-to-face interviews within the framework of the qualitative research design. At the same time, semi-structured interviews and document analysis, which are qualitative data collection tools, were used in the research. The texts obtained from the interviews were subjected to content analysis following an inductive approach. NVIVO 11 software was used to analyze the data. According to the results of the study, it was revealed that the employees' sense of trust and belonging was weak. The weakness of the sense of trust and belonging directly affects the quality of the service provided. Factors that weaken employees' trust and belonging to their institutions should be eliminated and health institutions should carry out studies that will create trust and belonging in their employees.

**Keywords:** Trust, Belonging, Healthcare Worker, Emergency Room

**JEL Classification Codes:** I1, I10, I19

\* Bu çalışma Doç. Dr. Rıdvan ŞİMŞEK danışmanlığında Nejdet YILDIRIM tarafından hazırlanan "Sağlık Sosyolojisi Bağlamında Acil Servis Hizmetlerinin Çalışan ve Hizmet Alan Gözünden Değerlendirilmesine Yönelik Nitel Bir Araştırma Bursa Yıldırım İlçesi Örneği" başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

<sup>1</sup> Bursa Teknik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sosyoloji ABD, nejdet.nyildirim@gmail.com

## EXTENDED SUMMARY

### **Purpose and Scope:**

This study was conducted to evaluate healthcare professionals' feelings of trust and belonging within the institution, to determine the factors affecting their feelings of trust and belonging, and to examine the reflections of these feelings on the service provided. The population of the study is all emergency services in our country, those who work in emergency services and those who receive service from emergency services. The sample includes the environment where Bursa Yüksek İhtisas Training and Research Hospital is located, that is, Yıldırım district and its neighborhoods, and the hospital's emergency service staff. The study was conducted with 20 people selected from emergency department staff and 20 patients and their relatives who applied to the emergency department.

### **Design/methodology/approach:**

In the study, first of all, a literature review was conducted including sociological studies on emergency services. In the second stage, the phenomenological approach was used as the thoughts formed as a result of personal experiences would be discussed through face-to-face interviews within the framework of the qualitative research design. Qualitative data collection tools such as semi-structured interviews and document analysis were used in the research. This is the most appropriate method since we aim to reach the root causes underlying the problem by analyzing it through face-to-face interviews. Although a qualitative research was being conducted, quantitative research data in this field was also used. This research, which aims to examine the opinions of employees, patients and their relatives about emergency services, is a qualitative case study. Case studies focus on understanding today's dynamics through a created situation (Eisenhardt, 1989). Case study models are scanning arrangements that aim to make a judgment about a certain unit in the universe (individual, family, school, hospital association, etc.) by determining its depth and breadth, itself and its relationships with its environment (Karasar, 2005). In this research, perspectives on emergency services, working conditions and emergency service employees are discussed. In this research, which aims to examine the mutual attitudes and opinions of emergency service employees and emergency service service recipients, content analysis technique was used to analyze the data. The texts obtained from the interviews with emergency service employees and those receiving service from the emergency service were subjected to content analysis following an inductive approach. NVIVO 11 software was used to analyze the data. Within the scope of the research, the researcher and another expert (Measurement and Evaluation Expert) coded independently of each other. These codes were then classified as sub-themes, codes and themes. A certain formula that ensures equality was used in calculating consistency: ) Within the scope of the research, the researcher and another expert (Measurement and Evaluation Expert) coded independently of each other. Codes that could not be agreed upon during coding were reconsidered and a consensus was reached on all of them.

### **Findings:**

20 participants, 10 men and 10 women, working in the emergency department, and 20 patients and their relatives, 10 women, were interviewed. It was observed that the education level of the emergency department staff was mostly bachelor's degree and above, and the education level of the patients and their relatives was mostly at the primary and secondary school level. It has been observed that patients and their relatives find the violence against healthcare professionals justified, in line with other studies. Emergency service workers stated that working in the emergency department was more difficult than they expected. It has been understood that practices such as 'white code' implemented to prevent violence are not sufficient to prevent violence. All participants stated that they were exposed to or witnessed violence. It was understood that the opinions of the employees were not consulted during the planning process of the emergency services and they did not receive sufficient support from their superiors.

### **Conclusion and Discussion:**

The fact that some patients and their relatives find the violence against healthcare professionals justified and that all emergency service employees have been subjected to or witnessed violence is an indication that healthcare professionals are not safe. In addition to the fact that the white code application is not an adequate application, the fact that the process is long and challenging poses an obstacle to the provision of a white code. Not consulting the opinions of the personnel working in the field when planning emergency services and not receiving enough support in the difficulties encountered weakens the sense of belonging and creates a feeling of worthlessness in the employees.



## 1. GİRİŞ

Acil servisler 7 gün 24 saat, acil bakılması gereken tüm hastalar için sosyal ve ekonomik durumlarına bakılmaksızın sürekli hizmet veren sağlık birimleridir (Durmuş, 2009, s. 2). Ülkemizde Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği'ne göre; özel ve kamuya ait bütün hastanelerin acil birimleri, bütün acil başvurularını ayırım yapmaksızın kabul ederler. Gelir düzeyine ve sosyal güvencesine bakılmaksızın her hasta kabul edilir ve aksi ispatlanana kadar hasta acil olarak değerlendirilir. (Durmuş, 2009, s. 1). Çalış'ın (2020, s. 3) aktardığına göre; Acil servisler hastane ve diğer sağlık kurumlarının ulaşımı kolay olan ve ambulansın rahatça yanaşabileceği bir yerde olan, acil sağlık hizmeti gerektiren durumlarda acil servis hizmeti veren birimlerdir.

İnsanların ilk basamak sağlık kuruluşları yerine acil servisleri tercih etmelerinin birçok sebebi vardır. Polikliniklere randevu bulamayan vatandaşın acil servisler yoluyla işinin daha çabuk çözüleceğini düşünmesi, acil servislerin donanımının daha yüksek olduğuna inanmaları, acil servislerde tetkik ve tedavi işlemlerinin daha hızlı sonuçlanacağını düşünmeleri ve laboratuvar hizmetlerini kullanabilmek gibi etkenler acil servisleri tercih etmelerine sebep olmaktadır (Söyüç ve Arslan Kurtuluş, 2017, s. 45).

'Acile başvuruyorsa acildir' ilkesiyle hareket eden hastanelerin acil servisleri dolup taşıdığı için uzun kuyruklar oluşmakta ve hizmet sunumu gecikmektedir. Yoğunluk, kargaşayı ve mağduriyeti doğurduğu için çoğu zaman sonu şiddetle biten çok sayıda olay ortaya çıkmaktadır. Acil servisle ilgili olumsuz tecrübeleri olan vatandaş acil servis çalışanını suçlayabilmektedir. Yaptığı iş zaten yorucu ve stresli olan acil servis çalışanı vatandaş tarafından suçlanınca moral bozukluğu yaşamakta ve vatandaşa yönelik olumsuz duygular içine girebilmektedir. Bu olumsuz duygular hizmet kalitesinin düşmesine ve bazen sonu şiddete varan olayların yaşanmasına sebep olmaktadır.

Çok geniş bir çalışan grubunun (hekim, hemşire, eczacı, sağlık teknikerleri, hastabakıcı vb.) görev yaptığı sağlık kurumları, şiddetin en çok görüldüğü iş alanlarından biridir (Yeşilbaş, 2016, s. 47). Araştırmalar, şiddetin en çok görüldüğü yerin acil servisler olduğunu göstermektedir. 429 katılımcıyla yapılan bir araştırmada 96 kişi direkt acil serviste şiddete uğradığını dile getirmiştir. 64 kişi cerrahi müdahale altında, 19 kişi kan alma ve enjeksiyon sırasında şiddete maruz kaldığını dile getirmiştir. Cerrahi müdahale, kan alma ve enjeksiyon işlemleri acil servis uygulamalarına dahil olduğu için 429 kişinin 169' u acil servis işlemleri sırasında şiddete maruz kalmıştır (Yıldız, 2019, s. 144). Bir başka araştırmada genel olarak sağlık çalışanlarının şiddete maruz kalma oranı %61 olarak ortaya konulmuşken, acil servislerde çalışanlarda şiddet oranı %72,2'dir. Diğer servislerde çalışanlara göre daha yüksektir (Er ve diğ., 2021, s. 72).

2018 yılındaki şiddet olaylarının incelendiği bir araştırmada, şiddetin en çok görüldüğü yer %37,88 ile acil servisler çıkmıştır. Şiddet olayının en az görüldüğü yer %1,92 ile tetkik ve görüntüleme birimleri çıkmıştır. Şiddetin en çok gerçekleştiği yerler ise sırasıyla: %29,32'si poliklinikler, %14,53'ü servisler, %6,85'i 112 olay yeri, %6,32'si diğer birimler, %2,68'si ameliyathane ve yoğun bakım üniteleridir (Torun, 2020, s. 979). Yılda 25 milyondan fazla insan iş hayatında şiddete maruz kalmaktadır. Diğer işlere oranla sağlık alanında çalışanların şiddete maruz kalma oranı 16 kat daha fazladır (Özişli (2022, s. 62). Bu durum acil servis çalışanlarının çalıştığı ortamlarda kendilerini güvende hissetmemekte haklı olduklarını göstermektedir.

Sağlık-Sen'in yayınladığı aylık raporlara göre, Sadece 2022 yılında 249 sağlıkta şiddet olayı gerçekleşmiştir. Bir hekim ve bir güvenlik görevlisi yaşamını yitirmiştir. 494 saldırganın gerçekleştirdiği şiddet olaylarında 422 sağlık çalışanı mağdur olmuş, 141 saldırgan gözaltına alınıp serbest bırakılmıştır. Sadece 96 saldırgan tutuklanırken, 53 saldırgan hakkında adli soruşturma başlatılmıştır. İki saldırgan ise kamudan uzaklaştırma cezası verilmiştir. 202 saldırganına ise hiçbir işlem yapılmamıştır. Sağlıkta şiddet yasasının yürürlüğe girdiği 2022 yılının mayıs ayında 15 şiddet olayı gerçekleşmiş, 33 saldırganın sadece ikisi ceza almıştır. Hemen sonraki Haziran ayında 47 saldırganın gerçekleştirdiği 32 şiddet olayı meydana gelmiştir. Saldırganların sadece 12 si ceza almış, 14 tanesine hiçbir işlem yapılmamıştır (Yıldırım, 2022, s. 365).

Yaşanan bu şiddet olayları medya aracılığıyla insanlara duyurulmaktadır. Medyanın şiddet olaylarını insanlara duyurma biçimi şiddet olaylarının yayılmasında etkilidir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerinin söylem çözümlemesi yöntemiyle Hürriyet, Sözcü, Milliyet, Posta, Vatan, Habertürk ve Star gazetelerinde yer alan haberlerin incelenmesi sonucu, bu gazetelerin sağlıkta şiddet olaylarını toplumun yararını gözeterek bir kamu sağlığı sorunu olarak değil de üçüncü sayfa haberi olarak lanse ettiği görülmüştür. Söylem çözümlemesi incelendiğinde medyanın şiddet içeren haberleri sunarken kullandığı görsel ve kullandığı dille daha fazla çarpıcı hale getirilmeye çalışıldığı belirlenmiştir (Çınarlı, Yücel Bourse, 2014, s. 40). Medya, televizyon ve internet oyunları şiddeti izlenmelik bir gösteriye çevirmektedir. Bu tür gösterimlerin sunulması ve sürekli olarak

tekrarlanması şiddet olaylarını azaltmak bir yana daha da artırmaktadır (Zorlu, 2016, s. 29). Haber metinlerinde, şiddet gösterenin alkollü olduğu, rapor talep ettiği ancak raporun vermediği, ilaç yazdırmak istediği ancak kabul edilmediği gibi sebeplerden dolayı şiddete başvurduğunun ifade edilmesi; şiddetin farklı durumlar ve şartlar altında meşru olabileceğini algısına yol açmaktadır (Yıldırım ve Sezgin, 2021, s. 288).

Sağlıkta şiddet olayları tüm önlemlere rağmen dinmemektedir. Sağlık çalışanları şiddet olaylarının biteceğine inanmamaktadır. Kurum içerisinde önleyici bir uygulama olan 'beyaz kod' sağlık çalışanlarına güven vermemektedir. Yapılan bir araştırmada, şiddete uğrayan sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun şiddet sonrası şikâyetçi olmadıklarını ve az sayıda sağlık çalışanının ise yararsız olacağını düşündükleri için olayı bildirmediklerini ifade etmişlerdir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının %97,4'ü beyaz kod uygulamasını bildiğini, yarısından çoğunun daha önceden hiç beyaz kod bildiriminde bulunmadığını, şiddete maruz kaldığında beyaz kodu başkasının verdiğini, çok azı beyaz kodu meslektaşının verdiğini, neredeyse tamamı ise beyaz kodun işlevsel olmadığını ve beyaz kodun kısa sürede sonuçlanmadığını belirtmiştir (Ergen, 2022, s. 44).

Şiddete maruz kalmaları veya şiddete şahit olmaları sağlık çalışanlarının güven duygularına büyük ölçüde zarar verirken, kurum içi iletişimin biçimi de aidiyet duygularını etkilemektedir. Yönetim disiplini bağlamında kurum kültürü hem stratejik yönetim açısından hem de çalışanların kurum içindeki başarısının ve uyumunun sağlanması açısından kurum içi iletişim oldukça önemlidir. Birçok kritere bakıldığında iyi sonuçlar alan kurumların sağlam bir kurum kültürüne sahip olduğu görülmüştür. Kurum kültürünün oluşmasında kurumun kurucusunun ve kurumun içinden çıktığı ulusal kültürün etkisi vardır. Kurum kültürü, ulusal kültürün bir alt kültürüdür (Sungur, 2019, s. 111).

Bütünlükçü bir yaklaşıma göre bir kurumun başarısı iç ve dış çevrede yürüttüğü tüm faaliyetlerinde istikrarlı, güvenilir ve samimi olmasına bağlıdır. Kurumun çalışanlarını ve hedef kitlelerini gözetmesi, kazançlı ve itibar kazandıran bir sonuca götüren yolda, yönetim ve üretim sistemlerinin düzgün işlenmesini sağlamaktadır. Bu süreçte öncelik kurumun çalışanlarıdır ancak çoğu zaman bu durum ihmal edilmektedir (Yıldırım, 2020, s. 443). Yine Yıldırım'ın (2020, s. 445) aktardığına göre kurum içi iletişim kurumlar için; verimlilik, kâr, olumlu imaj ve itibar anlamına gelirken; çalışan açısından aidiyet, önemsenme ve alınan kararlarda söz sahibi olma anlamına gelmektedir. Çalışanların hizmet verdikleri kuruluştan saygınlık, statü kazanma, saygı görme, iş doyumunu elde etme, takdir edilme gibi beklentileri bulunmaktadır. Bu beklentileri karşılamak için uygun olan iç iletişim yöntemlerini geliştirmek gerekir. En uygun olan iletişim yöntemleri ise çalışanların her konudan haberdar edilmesi, iyi ve kötü haberin paylaşılması gerekmektedir. Haberler doğru ve hızlı şekilde çalışanların güvendiği kanallar aracılığıyla aktarılmalıdır.

Gürel'in (2019, s. 23-24) aktardığına göre örgüt içi iletişim üç boyutludur. Yukarıdan aşağı iletişimle hiyerarşik bir düzenleme içinde bilgilerin aktarımı sağlanırken, aşağıdan yukarıya iletişimle demokratik ve daha katılımcı bir kurum yönetimi şekli de oluşturulması sağlanabilir. Çoğunlukla göz ardı edilen veya birinin başka biri üzerinde egemenlik kurması için kullanılan çapraz iletişim doğru kullanıldığı zaman farklı birimler arasında bile ortaklaşa kurum hedeflerine yönelik birleşme sağlanması mümkündür. Bunun sonucunda tüm birimler aynı hedefe daha çabuk odaklanabileceklerdir.

Aynı şekilde hastane içindeki iletişimde de belli ölçü ve kurallar bulunmaktadır. Pozantı'nın (2019, s. 48) aktardığına göre bu iletişim biçimleri şunlardır;

- ✓ Yukarıdan Aşağı İletişim: Üst-ast ilişkisine dayanan geleneksel bir iletişim türüdür. Yukarıdan aşağıya doğru inen bir iletişim biçimidir.
- ✓ Aşağıdan Yukarıya İletişim: Bu da aşağıdan yukarıya doğru bir iletişimdir. Astların üstlerine ilettikleri mesajlardır.
- ✓ Yatay İletişim: Aynı yetkiye sahip veya aynı statüde hizmet eden çalışanlar arasındaki iletişimdir.
- ✓ Çapraz (Diyagonal) İletişim: Çapraz iletişim günümüzde önem kazanan bir iletişim türüdür. Farklı birimler arasında koordinasyon sağlanması açısından önemlidir. Bir poliklinik hekiminin radyoloji sekreteriyle hasta sonuçları için kurduğu iletişim buna örnek olabilir.
- ✓ İnformel İletişim: Hastane ve sağlık kurumlarında resmi formal olan iletişimin yanında gayri resmi informal olan iletişim şekli de vardır ve bu daha yaygındır. Çalışan bireyler arasında düzensiz ve resmi olmayan iletişim türüdür.

Ancak bu iletişim türlerinin sağlıklı bir şekilde yürüebilmesi için her çalışanın fikirlerini dile getirdiği ve sorunlarını anlatabildiği ortamların oluşturulması gerekmektedir. Yukarıdan aşağı olan iletişim emir şeklinde inerken aşağıdan yukarıya doğru iletilen talepler ulaşılmadığı durumlarda kurum içi iletişim zarar görmektedir.

Yönetici olarak görev yapan kişilerin çağın gereklerine uygun bir sinerji yarattıklarında, kurumun lehine olumlu bir iletişim yapısı oluşmasına katkı sağladıkları görülmüştür. Sezer'in (2023, s. 24) yaptığı çalışmada, yönetici ve çalışanların kurum içerisinde oluşturdukları bağın yapısı iş performansını etkileyerek yaratıcılık, üretkenlik, verimlilik, süreklilik gibi kurum dinamiklerini yönlendirdikleri görülmektedir. Çalıştığı kuruma karşı güven duygusu zedelenmiş çalışanların metal yorgunluğu yaşadığı gözlenmekte ve yeniliklere kapalı bir tutum sergiledikleri söylenebilmektedir.

Tüm kurumlarda işleyişin devam etmesi ve başarının sağlanması için iç iletişim önemlidir. Kurum içi iletişime önem verilmediği durumda dış hedeflere karşı kurumsal imajı artırmak mümkün değildir. Kurum dışında olumlu imaj oluşturmak için çalışanlar üzerinde olumlu imaj oluşturmak gerekmektedir (Peltekoğlu, 1993, s. 209).

Tüm kurum ve kuruluşlarda olduğu gibi hastanelerde de iç iletişim doğrudan sağlık iletişimine yani çalışan ve hizmet alan arasındaki iletişime yansımaktadır. İç iletişimin sağlıklı yürütülmediği, personelin kendini değersiz hissettiği ve ait hissetmediği çalışma ortamlarında, hizmet alanların mutsuz, agresif ve çözüm üretemeyen personelle karşılaşmaktadır. Bu durum doğrudan kurum imajına da zarar vermektedir.

Bu çalışma, sağlık çalışanlarının kurum içerisindeki güven ve aidiyet duygularını değerlendirmek, güven ve aidiyet duygularını etkileyen faktörleri belirlemek ve bu duyguların sunulan hizmete yansımalarını incelemek için gerçekleştirilmiştir.

## 2. MATERYAL VE METOT

### 2.1. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmada öncelikle acil servislerle ilgili yapılan sosyolojik çalışmaları içeren bir literatür taraması yapıldı. İkinci aşamada nitel araştırma deseni çerçevesinde yüz yüze görüşmelerle kişisel deneyimler sonucu oluşan düşünceler görüşüleceği için fenomenolojik yaklaşım kullanıldı. Araştırmada nitel veri toplama araçlarından yarı yapılandırılmış görüşme ve doküman analizinden faydalanıldı. Her ne kadar nitel bir araştırma yapılıyor olsa da bu alanda yapılmış nicel araştırma verileri de kullanılmıştır.

### 2.2. Araştırmanın Modeli

Acil servis çalışanlarının güven ve aidiyet duygularının ölçülmesi, güven ve aidiyet duygusunun hizmet sunumuna yansımalarının incelenmeye çalışıldığı bu araştırma nitel bir durum çalışmasıdır. Durum çalışmaları, günümüz dinamiklerini -oluşturulan bir durumla- anlamaya odaklanmıştır (Eisenhardt, 1989). Durum çalışması modelleri evrendeki belli bir ünitenin (birey, aile okul, hastane dernek vb.), derinliğine ve genişliğine, kendisini ve çevresi ile olan ilişkilerini belirleyerek, o ünite hakkında bir yargıya varmayı amaçlayan tarama düzenlemeleridir (Karasar, 2005). Bu çalışmada acil servis hizmetlerine, çalışma şartlarına ve acil servis çalışanlarına yönelik bakış açıları ele alınmıştır.

### 2.3. Verilerin Analizi

Acil servis çalışanları ve acil servisten hizmet alanların karşılıklı tutum ve görüşlerinin incelenmesinin amaçlandığı bu çalışmada verilerin analizinde içerik analizi tekniği kullanılmıştır. Acil servis çalışanları ve acil servisten hizmet alanlarla yapılan görüşmelerden elde edilen metinler tümevarımsal bir yaklaşım izlenerek içerik analizine tabi tutulmuştur. Verilerin analizinde NVIVO 11 yazılımından yararlanılmıştır.

Araştırma kapsamında araştırmacı ve ölçme değerlendirme uzmanı birbirlerinden bağımsız kodlama yapmışlardır. Daha sonra bu kodlamalar alt temalar, kodlar ve temalar olmak üzere sınıflandırılmıştır. Tutarlılığı hesaplamak amacıyla aşağıdaki eşitlik kullanılmıştır:

$$Tutarlılık = \frac{Uzlaşma\ sayısı}{Toplam\ kodlama}$$
Araştırma kapsamında araştırmacı ve ölçme değerlendirme uzmanı birbirlerinden bağımsız kodlama yapmışlardır. Kodlamalarda büyük ölçüde uzlaşmaya varılmış daha sonra uzlaşamayan kodlar tekrar ele alınmış ve hepsinde uzlaşmaya varılmıştır.

## 2.4. Çalışmanın Etik Durumu

Bu çalışma için Bursa Teknik Üniversitesi Araştırma Etik Kurulu tarafından 17.10.2022 tarih ve 2022-16 karar sayısı ile gerekli etik kurul onayı alınmıştır.

## 3. BULGULAR VE YORUM

### 3.1 Katılımcıların Demografik Özellikleri

Tüm katılımcıların demografik özellikleri aşağıdaki gibidir.

**Tablo 1.** Çalışma Grubundaki Acil Servis Çalışanı Katılımcıların Bazı Demografik Özellikleri

Çalışan	Cinsiyet	Görev	Yaş	Eğitim Durumu
Ç_01	Erkek	Hekim	34	Yüksek Lisans
Ç_02	Erkek	Hemşire	23	Lisans
Ç_03	Erkek	Hemşire	32	Lisans
Ç_04	Erkek	Güvenlik	33	Lisans
Ç_05	Erkek	Güvenlik	35	Ön lisans
Ç_06	Erkek	Güvenlik	40	Lise
Ç_07	Erkek	Hekim	28	Yüksek Lisans
Ç_08	Erkek	Karşılama yönlendirme personeli	32	Yüksek Lisans
Ç_09	Erkek	Veri personeli	42	Lise
Ç_10	Kadın	Güvenlik	37	Lise
Ç_11	Kadın	Hekim	32	Yüksek Lisans
Ç_12	Kadın	Hekim	31	Lisans
Ç_13	Erkek	Hemşire	27	Lisans
Ç_14	Kadın	Güvenlik	29	Ön Lisans
Ç_15	Kadın	Hekim	27	Lisans
Ç_16	Kadın	Hemşire	23	Lisans
Ç_17	Kadın	Hemşire	28	Lisans
Ç_18	Kadın	Karşılama yönlendirme personeli	32	Lisans
Ç_19	Kadın	Veri personeli	34	Ön Lisans
Ç_20	Kadın	Veri personeli	49	Lise

Tablo 1 incelendiğinde çalışma grubundaki hastane çalışanı katılımcıların yarısının kadın, yarısının erkek olduğu görülmektedir. Mesleğe göre incelendiğinde 5 hekim, 5 güvenlik görevlisi, 5 hemşire, 3 veri personeli, 2 karşılama yönlendirme olduğu görülmektedir. Katılımcıların Yaşları 23 ile 49 arasında değişmektedir. Acil servis çalışanlarının eğitim durumlarına bakıldığında çoğunluğu memur statüsünde olduğu için eğitim seviyesi yüksek katılımcılardan oluşmaktadır.

Tablo 2 incelendiğinde ise çalışma grubundaki hasta ve hasta yakını katılımcıların yarısının kadın, yarısının erkek olduğu görülmektedir. Mesleğe göre incelendiğinde, en çok 10 işçi ve 5 ev hanımı olduğu görülmektedir. Katılımcıların Yaşları 25 ile 50 arasında değişmektedir. Acil servisten hizmet alanların eğitim durumlarıyla ilgili

bilgiler incelendiğinde, hastane çevresinin eğitim seviyesiyle hemen hemen paralel bir eğitim seviyesine sahip katılımcı profili olduğu görülmektedir.

**Tablo 2.** Çalışma Grubundaki Hizmet Alanların Bazı Demografik Özellikleri

Hizmet Alan	Cinsiyet	Meslek	Yaş	Eğitim Durumu
H_01	Erkek	İşçi	44	Lise
H_02	Erkek	İşçi	48	İlköğretim
H_03	Erkek	İşletme sahibi	49	Ön lisans
H_04	Erkek	İşçi	37	İlköğretim
H_05	Erkek	Memur	33	Lisans
H_06	Erkek	İşçi	35	Lise
H_07	Erkek	İşçi	33	Lise
H_08	Erkek	Memur	31	Lise
H_09	Erkek	İşçi	38	İlköğretim
H_10	Erkek	İşçi	27	Lise
H_11	Kadın	Ev hanımı	33	Lise
H_12	Kadın	Ev hanımı	37	Lise
H_13	Kadın	Öğretmen	25	Lisans
H_14	Kadın	Ev hanımı	38	İlköğretim
H_15	Kadın	Memur	28	Lisans
H_16	Kadın	İşçi	46	İlköğretim
H_17	Kadın	İşçi	45	İlköğretim
H_18	Kadın	Ev hanımı	35	Lise
H_19	Kadın	İşçi	40	İlköğretim
H_20	Kadın	Ev hanımı	50	İlköğretim

### 3.2. Katılımcılarla Yapılan Görüşmelerin İçerik Analizi

Katılımcılarla yapılan görüşmelerin içerik analizleri aşağıdaki tablolarda ve açıklamalarda belirtilmiştir.

**Tablo 3.** Acil Servis Deneyimlerinizi Göz Önüne Aldığımızda Sağlık Çalışanlarına Uygulanan Şiddet Hakkında Neler Düşünüyorsunuz? Sorusuna İlişkin Hastaların Görüşleri

Düşünceler	n	%
Bazılarının Hak Etmesi	6	25
Şiddeti Onaylamayan	12	50
Personelin Daha Duyarlı Olması Gereği	3	12.5
Bazı Doktorların Ceza Alması Gereği	3	12.5
Toplam	24	100

Tablo 3' göre "Acil servis deneyimlerinizi göz önüne aldığınızda sağlık çalışanlarına uygulanan şiddet hakkında neler düşünüyorsunuz?" sorusu için hastaların görüşleri incelendiğinde 4 düşünce ve bu düşüncelere ilişkin 24 ifade ortaya çıkmıştır. Katılımcılar en çok "Bazıları Hak Ediyor" (n = 6) ve "Şiddeti Onaylamıyorum" (n = 12), daha sonra "Personel Daha Duyarlı Olmalı" (n = 3), "Bazı Doktorlar Ceza Almalı" (n = 3) temalarında görüş belirtmiştir.

**Tablo 4.** Acil Serviste Çalışmaya Başlamadan Önceki Acil Servis Algınızla Acil Serviste Çalışmaya Başladıktan Sonraki Deneyimlerinizi Kıyaslayıp Bir Değerlendirme Yapabilir Misiniz? Sorusuna İlişkin Çalışanların Görüşleri

Tema	Alt Tema	n	%
Öncesi	Yoğun olduğu	6	20.68
	Saygın, prestijli olması	6	20.68
	Çok stresli, zor ve yorucu	5	17.24
	İnsanlara faydalı olmak	4	13.79
	Acil vakalara bakılması	4	13.79
	Olumsuz düşünceler	2	6.89
	Kariyer olarak gelişmek	1	1.38
	Fikrim yok	1	1.38
Toplam		29	100
Sonrası	Çok stresli, zor ve yorucu	9	20.93
	Saygı görememe, değersizlik	6	13.95
	Çok yoğun olduğu	5	11.62
	Poliklinik gibi, aciliyeti olmayan hasta varlığı	5	11.62
	Kişiliğinin değişmesi	4	9.30
	Gelen insanların niteliği	4	9.30
	Herkesi memnun edememek	3	6.97
	Pişmanlık	2	4.65
	Emeğinin karşılığını alamama	1	2.32
	Farklı alanda çalışma isteği	1	2.32
	İş arkadaşları sayesinde sevme	1	2.32
	Değişim yok	2	4.65
Toplam		43	100

Tablo 4' "Acil serviste çalışmaya başlamadan önceki acil servis algınızla acil serviste çalışmaya başladıktan sonraki deneyimlerinizi kıyaslayıp bir değerlendirme yapabilir misiniz? Acil servise başladıktan sonra fikirlerinizde nasıl bir değişim oldu?" sorusu için çalışanların görüşleri incelendiğinde üç tema, 19 alt tema ortaya çıkmıştır. Katılımcılar "Öncesi" (n = 29), daha sonra "Sonrası" (n = 43) temalarında görüş belirtmiştir.

Katılımcılar "Öncesi" temasında, "Yoğun olduğu" (n = 6), "Saygın, prestijli olması" (n = 6), "Çok stresli, zor ve yorucu" (n = 5), "İnsanlara faydalı olmak" (n = 4), "Acil vakalara bakılması" (n = 4), "Olumsuz düşünceler" (n = 2), "Kariyer olarak gelişmek" (n = 1) ve "Fikrim yok" (n = 1) konularında görüş belirtmişlerdir.

Katılımcılar "Sonrası" temasında, "Çok stresli, zor ve yorucu" (n = 9), "Saygı görememe, değersizlik" (n = 6), "Çok yoğun olduğu" (n = 5), "Poliklinik gibi, aciliyeti olmayan hasta varlığı" (n = 5), "Kişiliğinin değişmesi" (n = 4), "Gelen insanların niteliği" (n = 4), "Herkesi memnun edememek" (n = 3), "Pişmanlık" (n = 2), "Emeğinin



karşılığını alamama” (n = 1), “Farklı alanda çalışma isteği” (n = 1) ve “İş arkadaşları sayesinde sevme” (n = 1) konularında görüş belirtmişlerdir. Bu alt temalarla ilgili örnek görüşler aşağıda verilmiştir:

**Tablo 5.** Sağlıkta Şiddet Olaylarını Önlemek için Uygulamaya Konulan ‘Beyaz Kod’ Hakkında Ne Düşünüyorsunuz? Sorusuna İlişkin Çalışanların Görüşleri

Tema	Alt Tema	n	%
Beyaz Koda güvenme durumu	Güven vermiyor	14	58.33
	Beyaz kod vermiyorum	7	29.16
	Güven veriyor	3	12.5
	<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>100</b>
Süreç	Adaletin çok uzun zaman alması	11	48.83
	Şiddet önleyici bir düzen gerekli	5	20.83
	Haklıyken haksız duruma düşmek	3	12.5
	Sonuç alamamak	3	12.5
	Zamanlaması önemli	1	4.16
	Yaptırım daha hızlı olmalı	1	4.16
	<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Tablo 5’e “Sağlıkta şiddet olaylarını önlemek için uygulamaya konulan ‘beyaz kod’ hakkında ne düşünüyorsunuz? Beyaz kod verdiğiniz zaman süreç nasıl işliyor?” sorusu için çalışanların görüşleri incelendiğinde iki tema, 9 alt tema ve bu görüşlere ilişkin 47 ifade ortaya çıkmıştır. Katılımcılar “Beyaz Kodun Güvenceli ve Yeterli Olması” (n = 24) ve “Süreç” (n = 24) temalarında görüş belirtmiştir. Katılımcılar “Beyaz Kodun Güvenceli ve Yeterli Olması” temasında, “güven vermiyor” (n = 14), “Beyaz kod vermiyorum” (n = 7) ve “güven veriyor” (n = 3) konularında görüş belirtmişlerdir.

**Tablo 6:** Sözlü veya fiziksel bir şiddete maruz kalmanız veya şiddete şahit olmanız sizi ve mesleğinizi nasıl etkiliyor? Sorusuna ilişkin çalışanların görüşleri.

Görüş	n	%
Moralsizlik motivasyon eksikliği	12	50
Ciddiye alamama, hissizleşme	3	12.5
Meslekten soğuma ve mesleği bırakma isteği	3	12.5
Şiddete meyilli olmak	2	8.33
Merhametsizlik	2	8.33
Meslektaş desteği	2	8.33
<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

Tablo 6'ya göre "Sözlü veya fiziksel bir şiddete maruz kalmanız veya şiddete şahit olmanız sizi ve mesleğinizi nasıl etkiliyor?" sorusu için çalışanların görüşlerine ilişkin 6 ifade ortaya çıkmıştır. Katılımcıların tamamı sözlü veya fiziksel şiddete maruz kaldığını belirtmişlerdir. Daha sonra "Etkisi" (n = 24) temalarında görüş belirtmiştir.

**Tablo 7.** Acil servis hizmetlerinin planlanması, yönetilmesi ve yürütülmesi sürecine katılım düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz? Sorusuna ilişkin çalışanların görüşleri

Tema	Alt Tema	n	%
Sürece katılım	Fikrimiz önemsenmiyor	22	55
	Değersizlik hissi	9	22.5
	Sıkıntı, karışıklıklar	6	15
	Biz uyuyoruz	1	2.5
	Talep ettiklerimizin de yerine getirilmemesi	1	2.5
	Aidiyet duygusunun zayıflaması	1	2.5
Toplam		40	2.5

Tablo 7'ye göre "Acil servis hizmetlerinin planlanması, yönetilmesi ve yürütülmesi sürecine katılım düzeyinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?" sorusu için çalışanların görüşleri incelendiğinde bir tema, beş alt tema ve bu görüşlere ilişkin 40 ifade ortaya çıkmıştır. Katılımcılar sürece katılım temasında görüş belirtmiştir. Katılımcılar "Fikrimiz Alınmıyor" temasında, "fikrimiz önemsenmiyor" (n = 22) "Değersizlik hissi" (n = 9), "Sıkıntı, karışıklıklar" (n = 6), "Kararlara uyum" (n = 1), "Talep ettiklerimizin de yerine getirilmemesi" (n = 1) ve "Aidiyet duygusunun zayıflaması" (n = 1) konularında görüş belirtmişlerdir.

**Tablo 8.** Herhangi Bir Sıkıntı Yaşandığında İlgili Birimlerden Ve Üstlerinizden Yeteri Kadar Destek Alabiliyor Musunuz? Sorusuna İlişkin Çalışanların Görüşleri

Görüş	n	%
Almıyoruz	9	45
Çok Az Destek	4	20
Alıyoruz	3	15
Bazen	3	15
Yorum yok	1	5
Toplam	20	100

Tablo 8'e göre "Herhangi bir sıkıntı yaşandığında İlgili birimlerden ve üstlerinizden yeteri kadar destek alabiliyor musunuz?" sorusu için çalışanların görüşleri incelendiğinde 5 görüş ve bu görüşlere ilişkin 20 ifade ortaya çıkmıştır. Katılımcılar en çok "Almıyoruz" (n = 9), daha sonra "Çok Az Destek" (n = 4), "Alıyoruz" (n = 3), "Bazen" (n = 3) ve "Yorum yok" (n = 1) temalarında görüş belirtmiştir.

**Tablo 9.** Medya ve Sosyal Medyada Yayılan Bilgi Kirlilikleri ve Medyaya Yansıyan Sağlıkta Şiddet Haberleri Hakkında Neler Düşünüyorsunuz? Sorusuna İlişkin Çalışanların Görüşleri

Görüş	n	%
Olumsuzlukları Körüklemesi	11	36.66
Endişe Verici	6	20
Bilgi Kirliliği	5	16.66

Şiddete Meylin Arttırması	3	10
Gerçekte Yaşanan Daha Fazla	2	6.66
Yapıcı Dil Geliştirilmeli	1	3.33
Rencide Edici	1	3.33
Baş Belası	1	3.33
Toplam	30	100

Tablo 9'a göre "Medya ve sosyal medyada yayılan bilgi kirlilikleri ve medyaya yansıyan sağlıkta şiddet haberleri hakkında neler düşünüyorsunuz?" sorusu için çalışanların görüşleri incelendiğinde 8 görüş ve bu görüşlere ilişkin 30 ifade ortaya çıkmıştır. Katılımcılar en çok "Olumsuzlukları Körüklemesi" (n = 11), daha sonra "Endişe Verici" (n = 6), "Bilgi Kirliliği" (n = 5), "Şiddete Meylin Arttırması" (n = 3), "Gerçekte Yaşanan Daha Fazla" (n = 2), "Yapıcı Dil Geliştirilmeli" (n = 1), "Rencide Edici" (n = 1) ve "Baş Belası" (n = 1) temalarında görüş belirtmiştir.

#### 4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırma acil servis çalışanlarıyla acil servisten hizmet alanların sunulan hizmete ve birbirlerine karşı geliştirdikleri olumlu ve olumsuz düşünceleri ortaya koymak, bu düşüncelerin gelişmesine sebep olan faktörleri anlamaya çalışmak ve olası çözüm yollarını bulmak için yapılmıştır. Acil servis çalışanları ve acil servisten hizmet alanlarla ayrı ayrı yapılan görüşmeler sonunda, çoğunlukla literatürde yer alan çalışmalara paralel bulgular elde edilmiştir.

Acil servis çalışanlarının çoğunlukla acil serviste görev yapmadan önce acil servislerin kalabalık ve stresli ortamlar olduğunu bilmektedir. Ancak acil serviste hizmet vermenin önemli bir görev olduğunu, mesleki doyumu yüksek, itibarlı bir meslek olduğunu düşünürken, işe başladıktan sonra acil servislerin amacı dışında kullanıldığını, mesleki doyum alamamaları ve yeterli saygınlığı görememeleri sebebiyle hayal kırıklığı yaşamaktadır.

Sağlıkta şiddeti önleme noktasında çalışanların hizmetine sunulan beyaz kod uygulaması ile ilgili yapılan görüşmelerde, beyaz kod uygulamasının çalışanlara yeterli güveni sağlamadığı sonucuna ulaşılmıştır. Görüşülen 20 çalışandan sadece üç tanesi beyaz kod uygulamasını bir güvence olarak görmektedir. Prosedürlerin zaman alması ve adli sürecin uzun yıllar sürmesi çalışanları bir sonuç alamayacağı fikrine inandırmış ve uğraşmaya değmeyeceğini düşündürmüştür. Kimi zaman da haklıyken haksız duruma düştüklerini belirtmişlerdir. Ergen'in (2022, s. 44) yaptığı araştırma çalışmamızla paralel bulgular elde etmiştir. Çalışanların büyük çoğunluğu beyaz kodu kullanmanın yarar sağlayacağına inanmamaktadır.

Sözlü veya fiziksel şiddete uğrama durumları sorulduğunda görüşme yapılan çalışanların tamamı sözlü ya da fiziksel şiddete maruz kaldıklarını veya şahit olduklarını dile getirmişlerdir. Bu durum çalışanların çoğunda mutsuzluk ve motivasyon kaybına yol açarken, meslekten soğuma ve hissizleşme durumlarına yol açtığı ortaya çıkmıştır. Çalışanlar sözlü tacizleri bir zaman sonra şiddet olarak değerlendirmediklerini ve umursamadıklarını belirtmiştir. Dikicioğlu Çetin'in (2013, s. 9), Yıldız'ın (2019, s. 144) ve Torun'un (2020, s. 979) yaptıkları çalışmalarda şiddet olaylarının çoğunlukla acil servislerde olduğu belirtilmiştir. Er ve diğ. (2021, s. 76) yaptığı çalışmada sağlıkta şiddete maruz kalma oranı genel olarak %61 çıkarken acil servislerde bu oran %72,2 çıkmaktadır.

Acil servis çalışanları çalışma ortamında kendilerini yalnız hissetmektedirler. Bu durumu, herhangi bir sıkıntı yaşadığınızda üstlerinizden ve ilgili birimlerden destek alabiliyor musunuz? Sorusuna verilen cevaplardan anlamak mümkündür. Görüşme yapılan 20 çalışandan 9 tanesi net bir şekilde destek alamıyoruz derken, 4 tanesi çok az ve 3 tanesi bazen destek aldıklarına dair açıklamalar yapmıştır. Peltekoğlu'na (1993, s. 205) göre, çalışanların beklentilerini, ait olma ihtiyacı, başarı ihtiyacı, kendini beğenme ihtiyacı, kabul edilme ihtiyacı, güvenlik ihtiyacı, yaraticılık ihtiyacı olarak belirtmiştir. Çalışanın kurum içerisinde bir problem yaşadığında üstlerinden ve ilgili birimlerden yeteri desteği alamaması, kendini güvende hissetmemesine ve aidiyet duygusunun zayıflamasına sebep olacak dolayısıyla diğer beklentilerinin gerçekleşeceğine inancı kalmayacaktır.

Acil servis hizmetinin planlanması ve sunulmasında sahada çalışan personelin fikrinin alınmamasının ne gibi sonuçlar doğurduğunu tespit etmeye çalıştığımız görüşmede, konunun asıl muhatabı olan sahadaki personel çoğunlukla fikrinin alınmadığını, kararların tepeden indiğini ve değişikliklerden hep son dakikada haberdar olduklarını dile getirmişlerdir. Bu durumun personelde değersizlik hissi yaratırken aidiyet duygusunu da ortadan

kaldırdığı ortaya çıkmıştır. Çalışanlarının iş süreçlerine katkılarının alınması hem kurum açısından hem de çalışanlar açısından günümüzde oldukça önemli bir konudur. Kurum, çalışanlarının bilgilerinden ve tecrübelerinden faydalanarak fark yaratmayı hedeflerken, çalışanlarını da sürece dâhil ederek motivasyonlarını sağlamak istemektedirler. Çalışanların da günümüz şartlarında kurumdan maddi beklentilerinin yanında saygınlık, iş doyumu ve kararlara katılmak gibi beklentileri vardır (Gürel, 2009, s. 20).

Sağlıkta şiddet konusunda vatandaşa yöneltilen soruda literatürdeki çalışmalara yakın oranda şiddeti savunanların olduğu görülmüştür. 20 kişiden 6'sı sağlık çalışanlarının bazen şiddet hak ettiği yönünde görüş belirtmiştir. 12 kişi şiddet onaylamazken personelin daha dikkatli olması gerektiğini ve bazı çalışanların ceza alması gerektiğini belirtenler olmuştur. Bu sonuçlar Dikicioğlu Çetin'in (2013, s. 8) yaptığı araştırmada katılımcıların %23'ü şiddetin bazı durumlarda gerekli olduğunu, %20'si sağlık çalışanlarının şiddet hak ettiğini düşündüğü sonucuyla paralellik göstermektedir. Yapılan görüşmelerde sağlık çalışanları şiddet hak ediyor diyenlerin profiline bakıldığı zaman, eğitim düzeyi düşük kişiler olduğu görülmüştür. Şiddetten en çok zarar gören grup kadınlar olmasına rağmen kadın katılımcılarında şiddete onay verdiği görülmüştür.

Literatürde yer alan çalışmalar ve yapılan bu çalışma çoğunlukla benzer sonuçlar ortaya çıkarmıştır. Acil servis çalışanlarının kendini güvende hissetmediği yapılan iyileştirmeler ve alınan tedbirlerin acil servis çalışanlarına güven vermediği sonucunu ortaya çıkarmıştır. Geçmişte başına gelen veya şahit olduğu şiddet olaylarının tekrardan yaşanması tedirginliği doğrudan sunulan hizmete yansımakta ve verimliliği düşürmektedir. Kara'nın (2020, s. 53) aktardığına göre; Sağlık kurumlarında şiddet, yüksek maliyetler içermektedir. Bireysel olarak sağlık çalışanları arasında şiddet, refahın ve iş tatmininin azalmasına neden olmaktadır. Sonuç olarak verimlilik ve moral kaybı, işe gelmeme ve personel devri gerektirmektedir. Sağlık hizmet sunumu şiddet olaylarından etkilenmektedir. Sağlık hizmeti sunucuları hizmet verdikleri bireylerden korkuyorsa, verdikleri bakımın kalitesi bunun bir sonucu olarak düşmektedir. Şiddet olaylarını önlemek için çalışanların hizmetine sunulan bazı uygulamaların işlevsiz olduğu düşüncesi ve bir sorun oluştuğunda ilgili birimlerden yeterli desteği alamıyor olmak acil servis çalışanlarının kendini güvende hissetmesine engel olmaktadır.

Öte yandan acil servis çalışanlarının kendilerini kuruma ait hissetmedikleri, aidiyet duygularının zayıf olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Alınan kararlarda ve hizmet sunumunun planlanmasında sürece yeteri kadar dâhil edilmedikleri anlaşılmaktadır. Bu durum acil servis çalışanlarının kendini değersiz hissetmesine sebep olmaktadır. Aidiyet duygusunun zayıflığı kurumun benimsenmesine ve sahiplenilmesine engel olduğu için sunulan hizmetin kalitesi de düşmektedir.

Yapılan görüşmelerde acil servis çalışanları medya ve sosyal medyanın olumsuzlukları körüklediğini, bilgi kirliliğini yaydığını, kullandığı dilin ve sunduğu görsellerin endişe verici olduğunu belirtmişlerdir. Uygulanan şiddet gösterirken, şiddet uygulayana karşı uygulanan cezaya çoğu zaman değinmeyerek işlenen suçun bir cezası olmadığı fikrine sebep olmaktadır. Medya, olumsuz örneklerle kasıtlı veya kasıtsız olarak sağlıkta şiddet fikrini yaydığı, meşrulaştırdığı ve sağlık çalışanlarının çalıştığı ortamlardaki güven duygularını zayıflattığı anlaşılmaktadır.

Kurum, hiçbir personelinin yalnız bırakılmamasıdır. Anında dönüş sağlayıp çözüm odaklı harekete geçmelidir. Sırf göz önünde olmadıkları için işleri yavaştan alanlara müsaade edilmemelidir. Bir alanla ilgili alınan kararlarda konunun asıl muhatabı o alanda çalışan ve hizmet sunan personeldir. Acil servis çalışanlarının da fikirleri dikkate alınmalı acil serviste yapılan yenilik ve değişikliklerde görüşleri alınmalıdır. Aksi durumda yöneticiyle personel arasında kopukluk olmakta, aidiyet duygusu zayıflamakta, personel kendisini değersiz hissetmektedir. 'Sağlık hizmetleri ekip işidir' sözü lafta kalmamalıdır.

Kanun yapıcıların, hem hizmet alanları hem de çalışanı koruyacak çözümler üretmesi sağlık sektörünün geleceği açısından hayati önem taşımaktadır. Sağlıkta şiddet konusunda devlet üzerine düşeni yaparak gereken tedbirleri almalıdır. Hasta hakları birimi daha aktif çalışan birimler haline getirilmeli ve güçlendirilmelidir. Vatandaş mağdur olduğunu düşündüğü zaman haklarının korunacağından emin olmalı, o güven vatandaşa verilmelidir. Buna rağmen şiddete başvuran kişi alacağı cezaları önceden bilmeli, şiddet uygulayan veya teşebbüs eden kişi ve kişilere yönelik cezalar ağır, yaptırım hızlı olmalıdır.

Sağlıkta şiddet konusunu işlerken medya organları çok daha dikkatli ve duyarlı olmalıdır. Haber sunarken kullanılan dil ve görseller sağlık çalışanını rencide edecek içeriklerden uzak olmalıdır. Diziler, programlar ve sinema filmlerinde sağlık çalışanını ezen, itip kakan aşağılayan sahneler çekilmesinin önüne geçilmelidir. Bunlara dikkat etmeyen medya organları cezalandırılmalıdır.

Sağlık sektöründe özellikle acil servislerdeki problemler sadece çalışanlarla hizmet alanlar arasındaki iletişim ve etkileşimden kaynaklanmamaktadır. Yönetimsel, sistemsel, politik ve ekonomik birçok konunun üzerine ayrı ayrı gidilip yeni araştırmalar yapılmalıdır. Bu tür araştırmaların teşvik edilmesi ve kolaylaştırılması sağlık hizmetlerinin geleceği açısından oldukça önemlidir.

#### **YAZARLARIN BEYANI**

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

**Destek ve Teşekkür Beyanı:** Bu çalışma için herhangi bir kurumdan destek alınmamıştır.

**Çatışma Beyanı:** Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

## KAYNAKÇA

- Çınarlı, İ, Yücel Bourse, H. (2014). *Sağlık İletişiminin Bakış Açısı ile Türkiye 'de Sağlık İşyeri Ortamında Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet*. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, Özel Sayı: 3 (Sağlık İletişimi),31-52.<http://iletisimdergisi.gsu.edu.tr/tr/pub/issue/7383/96657>, (Erişim Tarihi: 12.11.2022).
- Çalış, M. (2020). *Ambulansla ve Ayaktan Acil Servise Başvuran Hastaların Acil Servis Doktorlarıncı Acil Serviste Kalış Sürelerinin Öngörülme Düzeylerinin Araştırılması*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Tıp Kliniği,
- Dikicioğlu Çetin, E. (2013) *Toplum Gözüyle Sağlık Çalışanlarına Şiddet: Nedenler, Tutumlar, Davranışlar*, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı AD, Ankara, <http://medicaljournal.gazi.edu.tr>.
- Durmuş, O. (2009) *Acil Serviste Hastaların Uzun Bekleme Sürelerine Etki Eden Faktörler*, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı, Acil Tıp Dergisi- Tr J Emerg Med 2012;12(2):62-68.
- Eisenhardt, K, M. (1989). Building Theories from Case Study Research, Stanford University, Academy Of Management, Vol. 14, No. 4 (Oct., 1989), Pp. 532-550
- Er, T, Ayoğlu, F, Açıkgoz, B. (2021). *Sağlık çalışanına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi*. Turkish Journal of Public Health, 19 (1), 69-78. DOI: 10.20518/tjph.680771
- Ergen, K. (2022). *Sağlık Çalışanlarının Şiddete Maruz Kalma ve Beyaz Kod Kullanım Durumlarının İncelenmesi*, yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Halk Sağlığı Hemşireliği Programı.
- Gürel, T. (2009). *Hizmet İçi Eğitimlerin Kurum İçi İletişim Aracı Olarak Kullanımına Yönelik Bir Öneri*. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi,23(3),19-34.<https://dergipark.org.tr/en/pub/atauniiibd/issue/2672/34997>, ,(Erişim Tarihi: 12.01.2023).
- Kara, G. (2020). *Sağlıkta Şiddet ve Defansif Tıp Uygulamaları Üzerine Nitel Bir Araştırma*, Yüksek Lisans Tezi, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı.
- Karasar, N. (2005). *Bilimsel Araştırma Yöntemi* (15. baskı). Ankara: Nobel Yay. Dağ.
- Özişli, Ö. (2022). *Sağlıkta Şiddetin Nedenleri Üzerine Bir Araştırma*. Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 8 (1), 62-68. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/usaysad/issue/69679/1072269>
- Peltekoğlu, F. (1993). *Kurum İçi İletişim ve Kurumsal İmaja Katkısı*, Marmara İletişim Dergisi, Say4:4, Ekim 1993.
- Pozantı, S. (2019). *Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Kurum İçi İletişim*. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, 46-63. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sdusyd/issue/47505/437902>
- Sezer, B. (2023). *Kurum İçi İletişimde Duygusal Bulaşmanın Rolü: Yönetici-Çalışan Üzerine Bir Araştırma*, Doktora Tezi, T.C. Maltepe Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Sezgin, D, Yıldırım, İ, E. (2021) *Pandemide Sağlık Çalışanlarına Şiddet*, Iğdır International Social Sciences Congress, Nisan, 2021. Congress Full Texts Book, ISBN:978-605-74616-8-1, s, 281-290.
- Söyük, S, Arslan Kurtuluş, S. (2017). *Acil Servislerde Yaşanan Sorunların Çalışanlar Gözünden Değerlendirilmesi*. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6 (4), 44-56. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/32215/358125>



- Sungur, E. (2018). *Ülke Orijininin Kurumsal Kültüre Yansıması, Kurum İçi İletişim ve İnsan Kaynakları Uygulamaları: Ikea Örneği*. Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 5 (2), 109-133, <https://dergipark.org.tr/en/pub/iled/issue/43342/527394>
- Torun, N. (2020). *Şiddete yönelik beyaz kod verilerin değerlendirilmesi" Çukurova MedikalJurnal45977-984* <https://dergipark.org.tr/pub/cumj/issue/54246/726340>
- Yeşilbaş, H. (2016). *Sağlıkta Şiddete Genel Bakış*. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi, 1(3): 44-54
- Yıldırım, G. (2020). *Halkla İlişkilerde Paydaş Teorisi Perspektifinden Kurum İçi İletişimin Çalışanların Kurumsal Bağlılıklarına Etkisi*. Selçuk İletişim, 13(2), 438-470. <https://dergipark.org.tr/en/pub/josc/issue/55089/696751>
- Yıldırım, N. (2022). *Sağlık Çalışanı ile Hasta ve Hasta Yakını İletişiminde Medyanın Olumsuz Etkisi*, Ed. Topbaş M. 2. Uluslararası Tıp, Sağlık ve İletişim Bilimleri Kongresi, Kongre Kitabı, ISBN: 978-605-70074-8-3 (363-371) Eskişehir.
- Yıldız, M. S. (2019). *Türkiye 'de Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddet: Ankara İlinde Araştırma*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 22 (1), 135-156. <https://dergipark.org.tr/en/pub/hacettepesid/issue/43867/539729>
- Zorlu, Y. (2016). *Medyadaki Şiddet ve Etkileri*. Humanities Sciences, 11 (1), 13-32. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/nwsahuman/issue/19954/213431>



DERLEME MAKALE / REVIEW ARTICLE

## SAĞLIK SEKTÖRÜNDE DEPAZARLAMA KAVRAMI: UYGULAMAYA İLİŞKİN BİR İNCELEME

### THE CONCEPT OF DEMARKETING IN THE HEALTHCARE INDUSTRY: A REVIEW OF PRACTICE

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BAKTIR<sup>1</sup>

Hüsna YILDIRIM<sup>2</sup>

#### ÖZ

İnsanların isteklerini ve ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik faaliyetlerden oluşan pazarlama, günümüzde örgütlerin başarılı olabilmeleri için gerekli olan önemli bir kavramdır. Pazarlamanın temel amacı, tüketicileri memnun etmek, kârı maksimize etmek, tüketiciler arasında ürün ve hizmetlere yönelik talebi ve satış hacmini artırmaktır. Tüketicilerin bir ürüne ya da hizmete yönelik taleplerini etkileme girişimi, genellikle söz konusu ürün veya hizmetin satışını artırmak için kullanılan bir yöntemdir. Ancak pazarlama uygulamaları, bazı durumlarda ürün/hizmet satışlarının ve dolayısıyla ürüne/hizmete yönelik talebin azaltılması hedeflenerek tam tersi yönde kullanılır. Ürünlere ve hizmetlere yönelik tüketici taleplerinin azaltılması amacıyla farklı sektörlerde kullanılabilen pazarlamama (demarketing) kavramı, sağlık sektöründe de sıklıkla uygulanmaktadır. Bu çalışma, sağlık sektöründe pazarlamama kavramının ve buna yönelik uygulamaların derleme şeklinde incelenmesini amaçlamaktadır. Çalışmamızda pazarlama ve sağlık sektöründe pazarlama ile pazarlamama kavramlarından bahsedildikten sonra, sağlık sektöründe halk sağlığının korunmasına ve sağlık hizmetlerine yönelik pazarlamama uygulamalarına yer verilmiştir. Literatürde bulunan ve bu çalışmada incelenen araştırmalar doğrultusunda, pazarlamama stratejilerinin sağlık sektöründe önemli bir yerinin olduğu, sıklıkla uygulandığı ve toplum sağlığına ve sağlık hizmetlerine olumlu yönde katkı sağladığı görülmüştür. Bu konuyla ilgili literatürde pek çok çalışma bulunurken, Türkiye’de de sağlık sektöründe pazarlamama uygulamalarının incelenmesine dair çalışmalar yapılması ve bu konunun genişletilmesi önerilir.

**Anahtar Kelimeler:** Pazarlama, Pazarlamama, Sağlık Sektörü, Sağlık Hizmetleri

**JEL Sınıflandırma Kodları:** I11, I18, H51, M31

#### ABSTRACT

Marketing, which consists of activities aimed at meeting the desires and needs of people, is an important concept that is necessary for organizations to be successful nowadays. The main purpose of marketing is to satisfy consumers, maximize profits, increase demand for products and services among consumers and increase sales volume. Attempting to influence consumers' demands for a product or service is a method frequently used to increase sales of that product or service. However, in some cases, marketing practices are used in the opposite direction, aiming to reduce the sales of the product/service and thus the demand for the product/service. The concept of demarketing, which can be used in different sectors to reduce consumer demands for products and services, is also frequently applied in the healthcare industry. This study aims to review the concept of demarketing and its practices in the healthcare industry. In the study, marketing and demarketing practices in the healthcare industry for the protection of public health and health services are included along with mentioning the concepts of marketing and marketing in the healthcare industry. Based on existing studies in the literature, demarketing strategies have a significant role in the healthcare industry. In spite of some criticism, they are frequently implemented and have a positive impact on public health and healthcare services. Despite numerous studies on this topic, it is suggested to conduct further analysis of demarketing practices within the Turkish healthcare industry and to expand on this subject.

**Keywords:** Marketing, Demarketing, Healthcare Industry, Healthcare Services

**JEL Classification Codes:** I11, I18, H51, M31

<sup>1</sup> Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, yusuf.baktir@uskudar.edu.tr

<sup>2</sup> Üsküdar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Doktora Programı, husna\_yildirim@yahoo.com

## EXTENDED SUMMARY

### **Purpose and Scope:**

The healthcare industry is faced with the challenge of balancing demand and supply of healthcare services. Demarketing, which refers to the strategic reduction of demand for goods or services, has emerged as a crucial tool in managing the demand for healthcare services. This article reviews the concept of demarketing in the healthcare industry and provides insights into its effective application.

### **Design/methodology/approach:**

This study conducts a literature review to analyze a variety of resources related to the concept of demarketing and demarketing strategies in the healthcare industry. The main focus of the research is on the concept of demarketing in the healthcare industry and the study also included practical examples. Through the literature review, the study explored marketing and marketing concepts in the healthcare industry, different types of demarketing, and practices related to demarketing in the healthcare industry. The study covers general information about marketing and marketing concepts in the healthcare industry before delving into the specifics of demarketing and its role in the protection of public health and health services.

### **Findings:**

In today's competitive landscape, healthcare providers must promote their services to maintain financial stability and meet patient expectations. As a result, it's clear that the marketing concept is essential for delivering top-notch healthcare, ensuring patient satisfaction, and achieving service excellence. The healthcare industry presents a unique and intricate framework that sets it apart from other sectors, making it challenging to apply marketing principles and techniques used elsewhere. Unlike in other fields, healthcare marketing has its own distinct features and perspectives that must be considered. Decisions in health services are primarily made by physicians, unlike in other industries where consumers have more control over the purchasing process.

Healthcare marketing also differs from marketing in other industries due to the uncertain nature of demand. Healthcare consumers (patients) cannot be predicted in advance and may apply to a healthcare institution at any time and under any conditions. This uncertainty poses difficulties for healthcare marketers. Furthermore, healthcare institutions cannot refuse or deny treatment to patients as it is illegal and unethical. In contrast, other sectors may choose to abandon unwanted consumers due to financial situations or other reasons. Another major distinction in healthcare pricing decisions is that third parties, such as health insurance companies, may intervene in the process. Unfortunately, patients do not have the chance to negotiate for better pricing, unlike other sectors where consumers have bargaining power. This is because patients must comply with the decisions made by physicians who act as decision-makers and choose the appropriate treatment methods for them.

The healthcare industry's approach to marketing has encountered numerous criticisms as well. Some argue that marketing is a wasteful practice that is manipulative, and aggressive, and reduces the quality of care. Furthermore, it can lead to unnecessary competition and demand for healthcare services.

In the healthcare industry, demarketing strategies can be employed to safeguard public health, enhance the level of healthcare, and decrease patients' demands for health services. The research focused on exploring demarketing practices for public health and healthcare services under two different categories.

The healthcare industry and governments can use demarketing strategies to change the attitudes and behaviours of certain consumers in order to protect public health and reduce the demand for unhealthy products such as cigarettes and alcohol or restrict drug consumption such as antibiotics. They can also be applied to saturated fatty foods, sugary drinks, and foods and drinks containing artificial ingredients. These strategies are intended to reduce the demand for these products and promote the use of high-fibre, organic, and healthy products. This can help prevent diseases such as obesity and diabetes.

Demarketing strategies in healthcare can also be applied to patients, departments, or relevant employees to reduce the patient load of healthcare institutions. These strategies aim to reduce the number of patients who do not require urgent care and, as a result, ease the strain on the healthcare system. It also helps to manage patient demands that can have negative effects on the healthcare system. Some of these strategies are shown such as providing comprehensive preventive services at no cost to patients, implementing cost-sharing requirements to discourage unnecessary use of medical resources, and limiting access to medical services to ensure appropriate utilization and minimize unnecessary care. Moreover, certain healthcare providers may employ demarketing techniques to limit the volume of patients seeking their services. These tactics can range from hiring staff with lower qualifications to oversee the care of individuals in good health, to mandating those patients with health insurance cover a portion of their medical expenses. Other methods include relocating or constructing healthcare facilities away from city centers to deter low-income patients, raising the prices of services offered, and increasing the fees associated with emergency care to discourage non-critical requests. Additional demarketing strategies may involve implementing parking fees or requiring upfront payment for some or all services rendered.

### **Conclusion and Discussion:**

Based on existing research in the literature, demarketing strategies have a significant role in the healthcare industry. In spite of some criticism, they are frequently implemented and have a positive impact on public health and healthcare services. Despite numerous studies on this topic, it is suggested to conduct further analysis of demarketing practices within the Turkish healthcare industry and to expand on this subject.

## 1. GİRİŞ

Halkla ilişkiler, üretim, finansman, insan kaynakları, Ar-Ge gibi işletme fonksiyonlarından birisi olan pazarlama, günümüzde örgütlerin başarılı olabilmeleri için gerekli olan önemli bir kavramdır. Pazarlama kavramı, pazarlamanın kendine özgü bir disiplin ve alan olarak kabul edilmesinden bu yana düzenli olarak tartışılmakta ve değerlendirilmektedir. Her nesil pazarlamanın ne olduğunu ve ne anlama geldiğini anlamaya çalışırken, yıllar içinde pazarlamanın birçok tanımı ortaya konmuştur. Son 50 yılda pazarlama, politik ve sosyal sektörler gibi yeni bağlamlara uyacak şekilde yeniden tanımlanmıştır. 1980'li yıllarda ise Endüstri 4.0'la birlikte yeni teknoloji, teknikler ve medyada gerçekleşen değişimlerle pazarlama kavramının yeni tanımlamaları yapılmıştır (Gamble, Gilmore, McCartan-Quinn ve Durkan, 2011). En güncel yorumuyla pazarlama; iş ilişkileri kurarak, sürdürerek, genişleterek veya bu ilişkileri yeniden oluşturarak psikografik veya ekonomik hedeflere ulaşmak amacıyla tüm faaliyetlerin tedarik, üretim, satış, çevre ve medyadaki ilgili paydaşlarla planlanması, organizasyonu, uygulanması ve kontrolü anlamına gelmektedir (Pepels, 2021).

Pazarlama, insanların isteklerini ve ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik faaliyetlerden oluşmaktadır. Pazarlamanın temel amacı, tüketicileri memnun etmek, kârı maksimize etmek, tüketiciler arasında ürün ve hizmetlere yönelik talebi ve satış hacmini artırmaktır. Bu nedenle, örgütler başarılı olmak ve ayakta kalabilmek için, hedef pazarı doğru seçmeli, yeterli kaynak yaratmalı, pazara sunulacak ürün ya da hizmeti ihtiyaca uygun belirlemeli ve tüketicilere bu ürün ve hizmetlerin etkin dağıtımını sağlamalıdır.

Tüketicilerin bir ürüne ya da hizmete yönelik taleplerini etkileme girişimi, genellikle söz konusu ürün veya hizmetin satışını artırmak için kullanılan bir yöntemdir. Ancak pazarlama uygulamaları, bazı durumlarda ürün satışlarının ve dolayısıyla ürüne yönelik talebin azaltılması hedeflenerek tam tersi yönde kullanılır. Pazarlamama (demarketing) olarak tanımlanan bu kavram, çeşitli amaçlarla farklı sektörlerde kullanılmaktadır. Örneğin, gereksiz kâğıt kullanımının azaltılmasını teşvik ederek daha az ağacın kesilmesini sağlamak, kuraklık tehlikesine karşı su tüketiminin kullanımına yönelik talebi azaltmak, yağlı yiyeceklerin ve aşırı şekerli içeceklerin tüketiminin azaltılması ve obezite, diyabet gibi hastalıkların önüne geçilmesi amacıyla reklamlar, bilinçlendirici eğitimler ve tanıtımlar yapılması günümüzde uygulanan pazarlamama örneklerinden bazılarıdır.

Pazarlamama uygulamalarından yararlanan alanlardan birisi de sağlık sektörüdür. Sağlık alanında tüketicilerin ürün ya da hizmet taleplerini azaltmaya yönelik koşulların oluşturulmasındaki temel amaç, halk sağlığı düzeyinin yükseltilmesidir. Genel olarak, belirli bir ürünün tüketimini belirleyerek toplum için daha sağlıklı bir ortam yaratma felsefesi sosyal pazarlamanın bir yönüdür. Fakat toplum sağlığını olumsuz yönde etkileyen ve kullanılması riskli olan sigara, alkol gibi sağlığa zararlı ürünlere yönelik talebin azaltılması, sağlık sektöründe pazarlamama uygulamalarına birer örnektir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine yönelik talebi azaltmak amacıyla da pazarlamama uygulamaları kullanılmaktadır. Woodside (1988) sağlık hizmetlerinde pazarlamama kavramını "fiyatları artırarak ve teşviki, erişimi veya hizmeti azaltmak gibi adımların kullanılması yoluyla talebi azaltmanın yollarını bulmak" olarak tanımlamışlardır. Sağlık kuruluşlarının mali ve hasta yüklerinin dengelenmesi, finansal zorluklarla baş edebilmesi, aşırı hasta sayısının veya hasta taleplerinin azaltılarak daha acil bakım ve tedaviye ihtiyaç duyan hastalara öncelik verilmesi gibi sebepler, sağlık hizmetlerinde pazarlamama kavramının çözüm bulmaya çalıştığı konuları oluşturmaktadır.

Sağlık sektöründe pazarlamama kavramı ve buna yönelik uygulamadaki bazı örnekler bu çalışmadaki temel araştırma konusunu oluşturmaktadır. Çalışmamız; pazarlama kavramı, sağlık sektöründe pazarlama, pazarlamama, pazarlamama türleri, sağlık sektöründe pazarlamama kavramı ve buna yönelik uygulamaların araştırılarak derleme şeklinde incelenmesini kapsamaktadır. Çalışmamızda öncelikle pazarlama ve sağlık sektöründe pazarlama kavramlarıyla ilgili genel bilgiler verilmiştir. Daha sonra, pazarlamama ve sağlık sektöründe pazarlamama kavramlarına değinilerek, halk sağlığının korunmasına ve sağlık hizmetlerine yönelik pazarlamama uygulamalarına yer verilmiştir.

## 2. PAZARLAMA KAVRAMI

Pazarlama, uzun ve tarihsel gelişim gösteren önemli bir kavramdır. Özellikle 1800'li yıllarda Endüstri Devrimiyle beraber üretim anlayışının öneminin artmasından günümüze kadar pek çok gelişim gösteren pazarlama kavramı ve uygulamaları, 1980'li yıllarda Endüstri 4.0'la birlikte teknolojinin ve internetin hayatımızda ve endüstride meydana getirdiği değişimler sonucunda yeni dönüşümler geçirmiştir. Bu gelişim ve dönüşümlerle birlikte pazarlama kavramının pek çok tanımı yapılmıştır. Modern pazarlamanın kurucusu olarak bilinen Kotler ve

Armstrong (2010) pazarlamayı “bireylerin ve grupların ihtiyaçlarını ve isteklerini ürün ve değer yaratarak ve başkalarıyla değiş tokuş ederek elde ettikleri sosyal ve yönetsel bir süreç” olarak tanımlamaktadırlar. Amerikan Pazarlama Derneği (American Marketing Association, AMA) tarafından çok kez tanımlanan ve 2017 yılında revize edilmiş en son pazarlama tanımı: “Müşteriler, ortaklar ve genel olarak toplum için değeri olan teklifleri yaratma, iletme, sunma, değiş tokuş etme etkinliği ve örgütsel süreçler” olarak yapılmıştır.

Örgütler tarafından uygulanan ve yönetsel bir süreç olan pazarlamanın rolü, insanların karşılanmamış ihtiyaçlarını önceden tahmin etmeyi ve bu ihtiyaçlara göre yeni ve çekici çözümler yaratmayı kapsamaktadır. Çünkü pazarlama ürün ya da hizmet ortaya çıkmadan çok önce başlar ve uygulanacak stratejilerle örgütlerin bu ihtiyaçları nasıl karşılayacakları ve nasıl bir yol izleyecekleri tasarlanır. Uzun vadeli amaçlarla uygulanmaya başlanılan pazarlama, aynı zamanda, ürün ya da hizmet satışı gerçekleştiğinden sonra da devam eder. Bu kapsamda pazarlama; bireysel ve örgütsel amaçları tatmin edecek ilişkiler yaratmak ve sürdürmek için fikirlerin, ürünlerin, hizmetlerin, organizasyonların ve etkinliklerin fiyatlandırılması, tutundurulması, dağıtımının planlanması ve yürütülmesi sürecidir (Boone ve Kurtz, 2006).

İşletmelerin ya da örgütlerin pazarlama stratejilerini ve faaliyetlerini yürütürlerken yararlandıkları ve pazarlamanın 4P’si olarak bilinen ürün (product), fiyat (price), tutundurma (promotion) ve dağıtım (place), pazarlama karmasını oluşturan elemanlardır. Pazarlama karması, işletmenin hedef pazarda istediği amaca ulaşmak için kontrol edilebilen bu dört taktiksel pazarlama elemanından oluşmaktadır. Bu elemanlar ve özellikleri Tablo 1’de gösterilmiştir.

**Tablo 1.** 4P Pazarlama Karması Elemanları

Ürün	Kalite, tasarım, özellikler, marka ismi, ambalajlama, hizmetler, taahhütler
Fiyat	Liste fiyatı, indirimler, ödenekler, ödeme dönemleri, kredi şartları
Tutundurma	Reklam, teşvik, kişisel satış, tanıtım
Dağıtım	Dağıtım kanalları, sigorta kapsamı, ürün çeşitleri, mekanlar, envanter, lojistik

**Kaynak:** Kotler ve ark. (2005). Principles of Marketing (4th European edition). Harlow: Pearson Education.

Pazarlama karması, ürüne/hizmete yönelik talebi etkilemek ve ürünü/hizmeti geliştirmek için örgütün alabileceği kararlardan oluşur. Pazarlama karması elemanlarından ilki olan ürün; örgütün hedef pazara sunduğu ürün ve hizmetlerin toplamı anlamına gelir. Bir istek veya ihtiyacı karşılayabilecek bir ürünün/hizmetin kullanılması veya tüketilmesi için bir pazara sunulabilecek herhangi bir nesne, hizmet, kişi, yer, kuruluş veya fikri içerir. İkinci eleman olan fiyat; müşterilerin ürünü/hizmeti almak için ödediği bedeldir. Bir ürün veya hizmet için ödenen para miktarı, tüketicilerin ürün ya da hizmete sahip olma veya kullanmaları karşılığında ödediği bedelin toplamı anlamına gelir. Fiyat elemanı; liste fiyatı, indirimler, ödenekler, ödeme dönemleri, kredi şartlarını içerir. Üçüncü eleman olan tutundurma; ürünün ya da hizmetin değerini gösteren ve hedef müşterileri ürünü satın almaya ikna eden faaliyetler anlamına gelir. Tutundurma faaliyetleri reklam, teşvik, kişisel satış, tanıtımlardan oluşur. Son eleman olan dağıtım ise; ürünü/hizmeti hedef tüketicilere sunan örgüt faaliyetlerini içerir ve dağıtım kanalları, sigorta kapsamı, ürün çeşitleri, mekanlar, envanter, lojistik gibi unsurlardan oluşur (Kotler, Wong, Saunders, ve Armstrong, 2005; Berkowitz, 2021).

Pazarlama karması elemanlarıyla ilgili literatürde farklı görüşler olmakla birlikte, modern pazarlama modelinde üretim işletmeleri için ileri sürülmüş pazarlamanın 4P’sine hizmet pazarlamasıyla alakalı olarak 3 adet daha eleman önerilmiştir. Pazarlama karmasının diğer elemanları ise; katılımcılar (people), süreç yönetimi (process) ve fiziksel çevre (physical evidence) olarak sıralanmaktadır. Hedef kitle, katılımcılar ve müşterileri; süreçler, takip edilecek kural ve iş akışını; fiziksel çevre ise hizmetin sunulduğu çevreyi ifade etmektedir (Erdem, 2007:37; Dedeoğlu, 2016:25-26).

### 3. SAĞLIKTA SEKTÖRÜNDE PAZARLAMA KAVRAMI

Sağlık sektöründe pazarlama kavramı, özellikle 1970’li yıllarda tartışılmaya ve uygulanmaya başlanmıştır. 1977 yılında Amerikan Hastaneler Birliği’nin düzenlediği bir konferansta sağlık sektöründe pazarlama kavramı ilk kez gündeme gelmiştir. Bu tarihten itibaren, birçok hastane, televizyon ve radyo kanalıyla hizmetlerini tanıtmak için reklam stratejileri benimsemişlerdir. 1980’lerde ve 1990’lı yıllarda sağlık hizmetleri pazar odaklı hale gelmiş ve sağlık kuruluşları içinde pazarlama kavramının önemi artmıştır. 2000’li yıllarda ve günümüzde ise rekabetin ve hasta taleplerinin artmasıyla birlikte, sağlık kuruluşlarının finansal olarak ayakta kalabilmeleri için sağlık hizmetlerinin pazarlanması zaruri bir durum haline gelmiştir. Bu nedenle, pazarlama kavramı sağlık hizmetlerinin sunumu, hasta memnuniyeti ve hizmet kalitesi için çok önemli bir role sahiptir (Cazacu ve Oprescu, 2015).

Sağlık hizmetlerinde pazarlamanın önem kazanması birtakım gelişmeler neticesinde gerçekleşmiştir. 1980’li yılların başlangıcıyla birlikte sağlık hizmetlerinin pazar odaklı hale gelmesi ve rekabetin artması; potansiyel hastaların ilgi ve dikkatinin çekilmeye çalışılması ve bu amaçla hasta özelliklerinin araştırılma yoluna gidilmesi; hasta isteklerinin ve ihtiyaçlarının artması; estetik cerrahi, saç ekme, spor salonları gibi isteğe bağlı tüketici ihtiyaçlarının ortaya çıkması, özel sağlık kuruluşlarının sayısı ve kalite bakımından artış göstermesi ve artan finansal yükün yarattığı sıkıntılar nedeniyle sağlık sektöründe pazarlama kavramı giderek önem kazanmıştır (Erdem, 2007:72; Şahin, Çelik, ve Tengilimoğlu, 2013:21).

Sağlık hizmetleri pazarlaması, tüketicilerin (hastaların) istek, ihtiyaç ve taleplerini anlamayı ve öğrenmeyi, böylece bu talepleri en iyi kalite ve yüksek standartlarda karşılayabilmeyi amaçlar (Syed, Ahmed, Zahid, Khalid ve Israr, 2021). Ayrıca, insanları sağlık konusunda eğitmeyi, test ve taramaların teşviki yoluyla hastalıklardan korumayı, sağlık kuruluşlarının sağladığı hizmetler konusunda farkındalık yaratmayı ve yeni hastalar tarafından fark edilmeyi hedefler.

Diğer sektörlerde uygulanan pazarlama ilke ve teknikleri sağlık hizmetlerinin karmaşık ve farklı doğası gereği sağlık hizmetlerinde uygulanmadığı için, sağlık hizmetleri pazarlamasının kendi bakış açısına ve diğer alanlarda bulunmayan özelliklere sahip olması gerekmektedir. Örneğin, diğer sektörlerdeki işleyişin aksine, sağlık hizmetlerinde karar vericiler hekimlerdir. Ayrıca, bir sağlık hizmeti tüketicisinin (hastanın) karar verme süreci diğer sektörlerdeki herhangi bir hizmet tüketicisinin karar verme sürecinden oldukça farklıdır (Cazacu ve Oprescu, 2015). Diğer sektörlerde bir ürün ya da hizmeti satın alma kararı tüketiciye aitken, sağlık hizmetlerinde bu karar tüketiciye (hastaya) değil hekimlere aittir.

Sağlık hizmetleri pazarlamasını diğer sektörlerdeki pazarlama tekniklerinden farklı kılan bir diğer özellik ise talebin doğasıdır. Sağlık hizmetleri tüketicilerinin (hastaların) ne zaman ve ne şartlarda sağlık kuruluşuna başvuracakları önceden bilinemediği için, bu bilinmezlik sağlık hizmeti pazarlamacıları için zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca, insan sağlığı söz konusu olduğu için sağlık kuruluşlarının gelen hastayı reddetme ya da tedavi etmeme seçeneği yasalara göre mümkün değildir. Diğer sektörlerde ise, tüketicinin maddi durumu ya da başka sebeplerden ötürü, istenmeyen tüketicilerden vazgeçilebilmektedir (Şahin ve ark., 2013:16). Bir diğer farklılık ise; sağlık hizmetleri fiyatlandırma kararlarına üçüncü tarafların (sağlık sigortası şirketlerinin) müdahalede bulunabilmeleri ve hizmet alıcılarının yani hastaların, diğer sektörlerdeki pazarlama özelliklerinin aksine, pazarlık yapma imkânlarının olmamasıdır (Erdem, 2007:81). Çünkü hastalar, karar verici durumda olan hekimlerin verecekleri kararlara ve uygulayacakları tedavi yöntemlerine riayet ederek sağlık hizmetlerini alırlar.

Sağlık sektörü, kuruluşların amaçları açısından da diğer sektörlerden farklıdır. Diğer hizmet kuruluşları finansal kazanımlara odaklanırken, sağlık alanında odak noktası müşterilerdir. Sağlık tüketicisi davranışları, tüketicilerin (hastaların) çoğunlukla bilgi eksikliğinden veya kendi başlarına doğru kararlar verememelerinden dolayı, diğer sektörlerdeki tüketici davranışlarına göre farklılıklar göstermektedir (Cazacu ve Oprescu, 2015). Hizmet alımı esnasında ortaya çıkabilecek acı, ağrı, kaygı, üzüntü gibi duygularla birlikte bilgi eksikliği, sağlık hizmetlerinin pazarlamacıları için güçlük yaratan durumlardır.

Sağlık hizmetlerinde de pazarlama stratejileri uygulanabilir. Fakat pazarlama karmasının sağlık hizmetlerinin pazarlanmasına yönelik uygulamaları, diğer sektörlerdekilere nazaran, farklılaşmaktadır. Çünkü diğer sektörlerde rahatça kararlar alarak pazarlama karmasını gerçekleştirebilen pazarlamacılar, sağlık sektöründe ise devlet düzenlemeleri ile karşılaşılırlar. Sağlık hizmetinin, fiyatlandırmanın, yerin ve promosyonun nasıl yapılacağına üst düzey sağlık kuruluşları (sağlık bakanlıkları) karar vereceği için, sağlık hizmetlerinin pazarlanması da farklılaşmaktadır.



Bu bağlamda, sağlık hizmetlerinin pazarlanmasına yönelik ürün elemanı; muayene, ameliyat, hastane yemeği, yatış süresi, teşhis, tedavi, koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi gibi hizmetleri ve aynı zamanda tıbbi araç-gereçleri içerir. Fiyat elemanı ise; sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesiyle ilgilidir. Fakat sağlık sektörünün karmaşık doğası ve çok farklı hizmet seçeneğinin bulunması, fiyatlandırma uygulamalarında zorluklar yaşanmasına sebep olmaktadır. Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması “devlet, dernek, odaların ve pazar koşullarının düzenlemelerine” ve hatta ülkeden ülkeye farklılıklar gösterebilmektedir. Tutundurma elemanı vasıtasıyla sağlık kuruluşları, hizmetlerini reklamlar, duyurular, kişisel satışlar yoluyla çeşitli paydaşlara tanıtabilir ve sağlanacak hizmetler hakkında hizmet tüketicilerini (hastaları) ikna etmeye çalışabilir. Pratisyen bir hekimin yerel bir bölgede sağladığı diyabet hizmetini aynı bölgedeki diğer hekimlere duyurması ve hastaların bölgedeki hastane yerine kendisine yönlendirilmesini iletmesi, sağlık hizmetlerinde kişisel satışa ve tutundurma karmasına bir örnek olarak gösterilebilir. Dağıtım elemanı ise; sağlık kuruluşlarının erişilebilirliğini, hastaların bu hizmetlere ulaşımının kolay olmasını ve bir hastanın sağlık kuruluşuna başvurması durumunda ihtiyacı olan hizmetin bulunup bulunmamasını ifade eder. Evde bakım hizmetleri ve böbrek hastalarının diyalize evde girmeleri buna örnek gösterilebilir (Tengilimoğlu, 2000; Gray, 2008; Erdem, 2013:99).

Sağlık alanında tüketicilerin yani hastaların ihtiyaç ve isteklerinin artması, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ve rekabetin artması, sağlık hizmetleri sektörünün başarısı için sağlık hizmetlerinin pazarlanmasını giderek daha da önemli hale gelmiştir. Fakat sağlık sektöründe pazarlama kavramına yönelik birtakım eleştiriler de getirilmiştir. Bunlardan bazıları; pazarlamanın kaynak israfına neden olduğu, çıkarıcı, yönlendirici ve saldırgan olduğu, bakım kalitesini düşüreceği, rekabete neden olacağı ve gereksiz talep yaratacağına yönelik eleştirilerdir (Şahin ve ark., 2013:26-27; Şantaş, Kurşun ve Kar, 2016:20).

#### 4. PAZARLAMAMA (DEMARKETING) KAVRAMI

Belirli bir ürünün tüketimini belirleyerek toplum için daha sağlıklı bir ortam yaratma felsefesi genellikle sosyal pazarlamanın bir yönüdür. Temel olarak, pazarlamama kavramı ise belirli bir ürüne yönelik müşterilerin talebinin veya tüketiminin sınırlanması anlamına gelen bir pazarlama tekniğidir. 1971 yılında Kotler ve Levy tarafından kaleme alınan “Demarketing, Yes, demarketing” adlı makalede pazarlamama kavramı ilk defa gündeme gelmiştir. Aşırı talebin arz fazlası kadar bir pazarlama sorunu olduğunu ileri süren Kotler ve Levy (1971), pazarlamama kavramını “genel olarak müşterilerin veya bir kısmının taleplerinden geçici ya da kalıcı bir şekilde caydırılmasına yönelik pazarlama unsuru” olarak tanımlamışlardır. Bradley ve Blythe (2013)’e göre pazarlamama; “pazarlamacıların normalde talebi artırmak için kullandıkları araçları ve teknikleri kullanarak bir ürüne olan talebi azaltmaya yönelik kasıtlı girişimleridir.” MacStravic (2008) ise pazarlamamayı “basitçe, örgütün hedeflerini geliştirmek için belirli hizmetlerin veya belirli pazar dilimi tarafından sunulan hizmetlerin kullanımını azaltmak amacıyla ürün, fiyat, yer ve tutundurmadan oluşan geleneksel pazarlama karmasının kullanılması” olarak tanımlamıştır.

Örgütler açısından pazarlamama kavramının uygulanmasını gerektiren çeşitli durumlar söz konusudur. Bunlardan bazıları şöyle sıralanmaktadır (Seeletse, 2016:230):

- Müşterilerin talebini karşılayacak kadar çok miktarda ürün ya da hizmet temin edememe durumunda,
- Halk sağlığı ve kişisel sağlık için riskli olduğu düşünülen ürünlerin tüketiminin, hatta bazı ev ürünleri veya besin maddelerinin mantıksız tüketiminin azaltılmasında; nesli tükenmekte olan ürünlerin tüketiminin sınırlanmaya çalışılmasında,
- Ürünlerin arzını azaltarak müşterilerde yüksek kalite algısının oluşturulmasında,
- Ürünlerin fiyatını artırarak müşteriler tarafından algılanan ürün değerinin artırılmaya çalışılmasında.

Müşterilerin ürün ya da hizmetlere yönelik talebini ortadan kaldırmak veya ürün ya da hizmetlerin tüketimini sınırlandırmak için örgütler, reklam ve tanıtım harcamalarını azaltmak veya ürün fiyatlarını yükseltmek gibi çeşitli pazarlamama stratejileri uygulayabilirler. Bu bağlamda, geleneksel 4P pazarlama karması elemanları uygun şekilde değiştirilerek, pazarlamama stratejisi gerçekleştirilebilir.

**Tablo 2.** 4P Pazarlama Karması Elemanları ve Pazarlamama Hedefleri

Pazarlama Karması Elemanları	Pazarlamama Hedefleri
Ürün	Ürünlerin kullanılabilirliğini kısıtlamak Alternatiflerin kullanılabilirliğini artırmak Ürün zararını vurgulamak Ürün çekiciliğini azaltmak
Fiyat	Vergilendirmeyi artırmak Fiyatlandırmayı artırmak
Tutundurma	Reklam alanını azaltmak Zorunlu uyarı etiketleri yerleştirmek
Dağıtım	Tüketim alanını azaltmak Dağıtım alanını azaltmak Satın almayı engellemek

**Kaynak:** Suh, M., Rho, T., & Greene, H. (2012). Relationship behavior between customers and service providers in demarketing situations: What makes customers try to improve their relationships? *Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management*, 19(1), 39-55.

Tablo 2’de görüldüğü gibi, geleneksel pazarlama karması elemanları pazarlamama kavramına uyarlanarak, uygulanacak pazarlamama stratejileriyle ürün ya da hizmete yönelik taleplerin azaltılması veya müşterilerin bu ürün ve hizmetlere erişiminin kısıtlanması amaçlanmaktadır. Bu amaçla, ürün elemanı bağlamında, ürünlerin kullanılabilirliğini kısıtlayarak, alternatif ürünlerin kullanılabilirliğini arttırarak, ürünlerin zararlarını vurgulayarak ya da ürünlerin çekiciliğini azaltarak pazarlamama stratejileri uygulanabilir. Fiyat elemanı ise, ürün ya da hizmetlere yönelik talebi azaltmak için vergi ve fiyat artışı yapılmasını içermektedir. Tutundurma ise; tüketilmesi istenmeyen ürün ya da hizmetlere yönelik reklam ve ilanları azaltmak ve bu ürünler/hizmetler için zorunlu uyarı etiketleri yerleştirmek gibi uygulamaları kapsamaktadır. Son olarak dağıtım elemanı, bu ürünlerin/hizmetlerin tüketim ya da dağıtım alanını azaltarak ve bu ürün/hizmetlerin satın alınmasını kısıtlayarak gerçekleştirilmektedir.

## 5. PAZARLAMAMA TÜRLERİ

Pazarlamama kavramı, Kotler ve Levy (1971) tarafından üç şekilde sınıflandırılmıştır. Genel kabul gören bu üç pazarlamama türü: Genel, seçici ve görünürde pazarlamamadır.

### 5.1. Genel Pazarlamama

Bir örgüt, toplam talebi azaltmak istediğinde geçici kıtlık, aşırı rağbet durumlarında ve belirli ürün ya da hizmetlerin eliminasyonu amacıyla genel pazarlamadan yararlanabilir (Chaudhry, Cesareo ve Pastore, 2019). Örneğin, erişimi kısıtlama, fiyatlandırma, başka yere yönlendirme veya saptırma pazarlaması (diversion marketing) gibi stratejiler yoluyla popüler bir turistik destinasyona olan talebin azaltılması gibi (Farquhar ve Robson, 2017).

### 5.2. Seçici Pazarlamama

Bir örgüt toplam talebi azaltmak yerine, sadece müşterilerin belirli bir kısmı için talebi azaltmak istediğinde seçici pazarlamama stratejisini kullanabilir. Böylelikle, ürün ya da hizmetin bütün müşterilere pazarlanmasından vazgeçilir ve genellikle sadık müşterilere yönelik pazarlama uygulamalarına devam edilir. Örnek olarak; Apple şirketinin belirli bir gelir seviyesinin üzerinde ve teknolojiyle daha ilgili müşteri kitlesine markasını pazarlamak istemesi ve buna yönelik fiyatlandırma uygulaması ve marka değerini koruma çabası gösterilebilir (Memiş, 2017).

### 5.3. Görünürde Pazarlamama

Örgütler, bazen ürün ya da hizmetlerini daha çekici hale getirmek amacıyla daha fazla müşteri istemiyor gibi görünebilirler. Bu durum, müşterilerin algılarında ürünü ya da hizmeti daha erişilmez ve değerli kılacağı için, örgütler görünürde pazarlamama uygulamasıyla müşterilerinin ilgisini daha çok çekmeyi hedeflerler.

## 6. SAĞLIK SEKTÖRÜNDE PAZARLAMAMA KAVRAMI

Pazarlamama, farklı organizasyonlarda veya sektörlerde talebi azaltmak amacıyla ortaya çıkan bir kavramdır, fakat sağlık sektöründe daha farklı amaçlarla kullanılabilir. Sağlık sektöründe, halk sağlığını korumak ve halk sağlığı düzeyini yükseltmek ile hastaların sağlık hizmetlerine yönelik taleplerini azaltmak amacıyla pazarlamama stratejileri uygulanabilmektedir. Bu amaçla, halk sağlığına ve sağlık hizmetlerine yönelik pazarlamama uygulamaları iki ayrı başlık halinde incelenecektir.

### 6.1. Sağlığının Korunması Hizmetlerine Yönelik Pazarlamama Uygulamaları

Genellikle belirli bir müşteri grubuna yönelik talebin azaltılması için kullanılan seçici pazarlamama yöntemi, sağlık sektöründe sıklıkla uygulanan bir yöntemdir. Özellikle sağlığa zararlı ürünlerin 18 yaş altındaki reşit olmayan gençlere satışının yasaklanması ya da buna yönelik kısıtlamalar örnek gösterilebilir (Farquhar & Robson, 2017). Ayrıca, pazarlamama stratejileri toplumun genelini ilgilendiren sigara ve alkol gibi sağlığa zararlı ürünlere yönelik talebi azaltmak amacıyla devletler ya da çeşitli üst düzey kurullar tarafından kullanılmaktadır.

Avrupa Birliği ülkelerinin hemen hemen hepsinde alkol oranı %15'in üzerindeki alkollü içeceklerin pazarlanmasına ilişkin kısıtlamalar, akşam belirli bir saatten sonra marketlerde alkollü içeceklerin satılmaması, akşam saat 9'dan önce alkollü içeceklere yönelik televizyon reklamı yapılmaması, gençleri alkol tüketiminden caydırmak amacıyla belirli yaş grubuna alkol satışı yapılmaması gibi bazı uygulamalar, birer pazarlamama uygulaması örneğidir (STAP, 2007; Kokole, Primožič ve Galko, 2016). Ayrıca, İsveç'te alkol oranı %3.5'ten daha fazla olan alkollü içeceklerin devlet tarafından işletilen "Systembolaget" isimli bir süpermarket dışında satılmaması bir diğer pazarlamama uygulaması örneğidir. İsveç Devleti, böyle bir pazarlamama uygulamasıyla, alkollü içeceklere olan talebi azaltmayı, alkol tüketimini en aza indirmeyi ve halk sağlığını korumayı amaçlamaktadır (Boer, 2017).

Sigara kullanımının ve buna yönelik talebin azaltılması amacıyla, sigara paketlerinin üzerine "Sağlığa zararlıdır" ya da "Sigara içmek öldürür" şeklinde ibareler koyulması ve sigaraların "hafif ya da orta" yoğunlukta olduğunun belirtilmesinin engellenmesi; tütün ürünlerinin reklamının yapılmasının yasaklanması, bu ürünlere ulaşımın zorlaştırılması; vergilendirme ve fiyatlandırma politikası uygulanması; okul, restoran, hastane gibi kamuya açık belirli yerlerde bu ürünlerin tüketilmesinin engellenmesi gibi stratejiler (Wall, 2005), sağlık alanında pazarlamama kavramına yönelik uygulamalar olarak gösterilebilir. Dünyada pek çok ülkede sigara kullanımının azaltılması için bunlara benzer uygulamalar yürürlükteyken, sigaraya yönelik talebin azaltılması amacıyla en güncel kararlar Yeni Zelanda Devleti tarafından alınmıştır. Yeni Zelanda Devleti'nin ve Sağlık Bakanlığı'nın 2008'den sonra doğmuş olan genç nüfus için ülkede sigara satışını ve kullanımını tamamen yasaklayacak olması, halk sağlığının korunması amacıyla alınmış bir başka pazarlamama örneğidir. Yeni Zelanda Devleti, sigara satışının süpermarketlerde yapılmasını engelleyerek ve sadece belirli yerlerde devlet kontrolüyle yapılmasını sağlayarak sigara satışına yönelik kısıtlamalarla sigaraya olan talebi azaltmayı hedeflemektedir. 2022 yılında onayladığı yasayla Yeni Zelanda Devleti, 2008 yılından sonra doğan hiçbir vatandaşının sigara ve sigara ürünlerini satın almasına izin vermeyerek, sigara tüketimini tamamen ortadan kaldırmayı ve genç bireylerin sigarayla hiç tanışmalarını amaçladığını açıklamıştır (BBC Türkçe, 2022).

Bu doğrultuda geleneksel pazarlama karması elemanlarının- ürün, fiyat, tutundurma, dağıtım- devletler tarafından tütün tüketimini azaltmak amacıyla bir pazarlamama stratejisi olarak nasıl kullanıldığını açıklamak yerinde olacaktır. Ürün elemanı, sigara içen bireylerin sigarayı bırakmalarına yardımcı olmak amacıyla, nikotin yerine geçen ücretsiz ya da düşük maliyetli ikame ürünler ya da telefonla bırakma hattı ve diğer bilgilendirme hizmetlerini içermektedir. Fiyat elemanı, vergilendirme ve dolayısıyla satış fiyatının yükseltilmesi yoluyla sağlanır. Tüketici açısından fiyat, maddi varlığın azalmasıyla sonuçlanan parasal bir fedakârlıktır. Çoğu ürün kategorisine benzer şekilde, sigara fiyatı ile tüketim miktarı arasında negatif bir ilişki olması beklenmektedir. Tutundurma elemanı, ürün karşıtı reklamlar, zorunlu uyarı etiketleri ve tütün reklamlarına ilişkin kısıtlamaları içermektedir. Sigara içmenin sağlığa zararlarını vurgulayan sigara karşıtı reklamlar ve uyarılar, tüketicilerin sigarayla ilgili tutum ve görüşlerini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Sigara karşıtı mesajlarla karşılaşan tüketiciler, muhtemelen

sigarayla ilgili tutumlarını ve görüşlerini değiştireceklerdir. Dağıtım elemanı ise, toplu taşıma ve halka açık yerlerde sigara içme yasakları yoluyla tüketim alanlarının yasaklanmasını içermektedir. Genel olarak, bir ürünün elde edilmesindeki engeller, tüketim olanaklarındaki kısıtlamalarla birleştiğinde, ürünün tüketiminde ciddi oranda azalmaya neden olacaktır (Chilievich ve Kostusev, 2021). Tablo 3'te geleneksel pazarlama karması elemanları temel alınarak, tütün ürünlerinin pazarlanması hedefleri ile tütün karşıtı bir devlet bağlamında pazarlamama hedefleri arasındaki farkların bir özeti gösterilmiştir.

**Tablo 3.** Tütün Tüketimine Yönelik Pazarlama ve Pazarlamama Hedefleri

Pazarlama Karması Elemanları	Pazarlama Hedefleri	Pazarlamama Hedefleri
Ürün	<ul style="list-style-type: none"> <li>Yeni ürünler</li> <li>Taklidi bulunan ürünler</li> <li>Kalite/değer</li> <li>Çeşitlendirme</li> <li>Ürünleri ortadan kaldırmak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tütün ürünlerinin bulunabilirliğini kısıtlama</li> <li>Tütün yerine geçen ürünlerin (örneğin nikotin sakızı) bulunabilirliğini artırmak</li> <li>Ürün zararını vurgulamak</li> <li>Ürün çekiciliğini azaltmak</li> </ul>
Fiyat	<ul style="list-style-type: none"> <li>Satış büyümesi</li> <li>İstikrarlı fiyatlandırma</li> <li>Hedef fiyatlandırma</li> <li>Liberal kredi</li> <li>Kapsamlı hizmetler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Vergileri artırmak</li> <li>Fiyatlandırmayı artırmak</li> </ul>
Dağıtım	<ul style="list-style-type: none"> <li>Müşteri memnuniyeti hizmeti</li> <li>Toplu dağıtım yapmak</li> <li>Kapsamlı satış noktaları</li> <li>Perakendeci gücü</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tüketim alanlarını azaltmak</li> <li>Dağıtım alanını azaltmak</li> <li>Tütün alımını engellemek</li> <li>Küçüklerle satış yapılmaması</li> </ul>
Tutundurma	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tüketim temasını teşvik etmek</li> <li>Satış odaklı satıcılar</li> <li>Performansa dayalı ödemeler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sigara karşıtlığını/sağlık temalarını teşvik etmek</li> <li>Tütün şirketleri için reklam alanını azaltmak</li> <li>Zorunlu uyarı etiketleri</li> </ul>

**Kaynak:** Shiu, E., Hassan, L. M., & Walsh, G. (2009). Demarketing tobacco through governmental policies–The 4Ps revisited. *Journal of Business Research*, 62(2), 269-278.

Görüldüğü gibi; sağlık sektörü ve devletler, halk sağlığını korumak amacıyla belirli tüketicilerin tutum ve davranışlarını değiştirmek için pazarlamama stratejilerini kullanabilmektedirler.

Halk sağlığını ilgilendiren bir başka konu olarak ilaç tüketimine yönelik de pazarlamama stratejileri kullanılabilir. Bu amaçla yapılan pazarlamama uygulaması, talebi azaltarak toplum sağlığına zararlı olan ve çeşitli yan etkilere sahip ilaçların tüketilmesinin kısıtlanmasını, buna yönelik halk arasında farkındalık oluşturulmasını ve eğitimin yaygınlaştırılmasını kapsamaktadır. Örnek olarak; antibiyotik kullanımında hem hastalara hem de eczacı ve hekimlere önemli roller düşerken, ilgili üst düzey sağlık kurumlarının afiş, medya, reklam, radyo, televizyon gibi çeşitli iletişim yollarını kullanarak antibiyotik kullanımının kısıtlanması ve buna yönelik pazarlamama stratejileri uygulaması gerekebilmektedir (Al-Samydai, Al-Samydai ve Abu Hajleh, 2021). Bu amaçla, 1 Ocak 2017 tarihinden itibaren Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından, reçetesiz antibiyotik satışının yasaklanarak, gereksiz ve bilinçsiz antibiyotik kullanımının engellenmesi amaçlanmıştır (Alpdoğan ve Altındış, 2019).

Toplumun sağlığını korumak ve sağlık düzeyini yükseltmek amacıyla, doymuş yağlı yiyecekler ile şekerli içeceklerle ve yapay içerikli yiyecek ve içeceklerle yönelik pazarlamama stratejileri uygulanmaktadır. Bu ürünlere yönelik talebin azaltılıp yüksek lifli, organik ve sağlıklı ürünlerin kullanımının teşvik edilmesi, obezite, diyabet gibi hastalıkların önlenmesine yardımcı olmaktadır. Wansink ve Huckabee (2005), "Demarketing Obesity" adlı

çalışmalarında, obezitenin çözümüne yönelik adımların sadece artan devlet düzenlemeleriyle değil, aynı zamanda tüketicilerin sağlıklı gıdalara yönelmelerine yardımcı olacak pazar temelli değişiklikleri de gerektirdiğini vurgulamışlardır. İnsan sağlığını olumsuz yönde etkileyen ve çeşitli hastalıklara sebep olan bu tür yiyecek ve içeceklerle yönelik talebin azaltılması ve insanların sağlıklı ürünlere ulaşımının teşvik edilmesi, halk sağlığını ilgilendiren ve önem teşkil eden pazarlamama uygulamalarındandır.

Alali, Wishah ve Al-Weshah (2019), enerji içeceklerinin pazarlanmamasına yönelik yaptıkları çalışmada, riskli tüketime bağlı sağlık sorunlarından kaçınılması ve enerji içeceklerinin yan etkilerinin bilinmesi için gerekli önlemlerin alınması amacıyla kullanılan pazarlamama stratejilerinin halk sağlığını korumaya yönelik uygun bir yaklaşım olduğunu ileri sürmüşlerdir.

Sağlığın korunmasına yönelik bu tür pazarlamama uygulamaları pek çok ülkede yaygın şekilde kullanılmaktadır. Çünkü sağlık sektöründe pazarlamama sadece finansal değil aynı zamanda sosyal açıdan da önemli bir kavramdır. Bu nedenle, sağlığa zararlı ürünlerin kullanılmamasına ya da kısıtlanmasına yönelik eğitimler verilmesi, oluşabilecek sağlık riskleri konusunda toplumun bilgilendirilmesi, yasal düzenlemelerle bu ürünlerin kullanımının kısıtlanmasına yönelik pek çok uygulama, devletler ve ilgili üst düzey kurullar tarafından gerçekleştirilmektedir.

## 6.2. Tedavi Hizmetlerine Yönelik Pazarlamama Uygulamaları

Sağlık hizmetlerinde pazarlamama stratejileri, temelde, sağlık kuruluşlarının hasta yükünün, acil bakıma ihtiyacı olmayan hasta sayısının ve sağlık sistemi üzerinde olumsuz etkilere sahip olan hasta taleplerinin azaltılması amacıyla, hastalara ya da bir bölümüne veya bazen ilgili çalışanlara yönelik uygulanabilmektedir. Bu doğrultuda, literatürde sağlık kuruluşları tarafından sağlık hizmetlerini hastalara uygun ve verimli bir şekilde ulaştırmak amacıyla uygulanan bazı pazarlamama örnekleri mevcuttur. Örneğin, Borkowski (1994), sağlık kuruluşlarının yürüttükleri pazarlamama stratejilerinin kapsamlı önleyici hizmetler (ücretsiz bir şekilde hastalara sunulacak önleyici hizmetlerin teşviği), masraf paylaşım şartları (tıbbi kaynakların gereksiz kullanımının kontrolü ve hasta talebinin azaltılması) ve hizmete erişim kısıtlamaları (tıbbi bakımın uygun kullanımını ve gereksiz kullanımının önüne geçilmesi) olduğunu ileri sürmüştür.

Sağlığı iyi durumda olan hastaların takibi için daha az vasıflı uzman çalıştırılması, sağlık sigortası olan hastalardan sağlık hizmetleri maliyetlerinin bir kısmını ödemelerinin talep edilmesi, düşük gelirli hasta sayısını azaltmak için sağlık kuruluşlarının şehir merkezlerinden şehir dışına doğru taşınması ya da buralarda inşa edilmesi, sağlanan hizmetlerin fiyatlarının artırılması, acil bakıma ihtiyacı olmayan hastaların taleplerinin caydırılması amacıyla acil servis hizmetlerinin ücretlerinin yükseltilmesi, park ücretlerinin eklenmesi, ücretlerin bir kısmının veya tamamının önceden ödenmesinin zorunlu olması gibi uygulamalar sağlık hizmetlerinde pazarlamama stratejilerine yönelik diğer örneklerdir (MacStravic, 1995; MacStravic, 2008).

1990'larda Kanada'da sağlık hizmetlerinin aşırı veya verimsiz kullanımı nedeniyle sağlık hizmetleri tüketiminin pazarlanmamasına yönelik Kindra ve Taylor (1995), hastaların sağlık hizmetlerine yönelik taleplerini azaltmak amacıyla bazı katkı payı ve hizmet ücretlerinin uygulanmasını önermişlerdir. Yönlendirilmiş sağlık hizmetlerine daha fazla öncelik verilmesiyle ve hastaların diğer uzman doktorları görmeden temas kurdukları birincil birimden sevk almalarının sağlanmasıyla, tüketilen hizmetlerin sayısının azaltılacağını öne sürmüşlerdir. Ayrıca, sağlığı geliştirmeyi ve sağlık hizmetlerinden daha az yararlanmayı teşvik edecek eğitimler verilmesi, Kanada'nın kamu tarafından finanse edilen ücretsiz veya indirimli sağlık kuruluşlarında sağlanan hizmetlere erişimin kısıtlanmasını sağlayacağını ve böylelikle hastaların taleplerinin azaltılacağını ileri sürmüşlerdir.

Mark ve Elliott, Birleşik Krallık'taki ulusal sağlık hizmetlerinde işlevsiz hasta taleplerinin pazarlanmamasına yönelik 1997 yılında yaptıkları çalışmada, kaza ve acil servis bölümü kullanımının ve "24 saat duyarlı sağlık hizmeti" olarak tanımlanan pratisyen hekim gece aramalarının her geçen yıl arttığını vurgulayarak, sağlık sistemine binen aşırı yükün uygulanabilecek pazarlamama stratejileriyle azaltılabileceğini vurgulamışlardır.

Sağlık hizmeti sunucuları, farklı hasta sınıflarına farklı seviyelerde hizmetler sunarak daha az kâr getirecek hizmetlerde talebi azaltmaya yönelik kararlar alabilmektedirler. Seçici pazarlamamaya örnek gösterilebilecek bu stratejiler, farklı düzeylerde sağlık hizmeti sunmayı, hizmetleri belirli hasta kesimlerine kısıtlamayı veya hizmetleri durdurmamayı, belirli hasta kesiminin sevk için mali teşvikler yaratmayı içerebilmektedir. Fakat sağlık hizmetlerinde belirli bir hasta grubuna yönelik hizmetlerin sağlanması ve diğerlerinin bu hizmetlerin dışında tutulması, seçici pazarlamama uygulamalarının etik ve ahlaki yönden sorgulanmasına neden olabilmektedir (Cappel, Phillips ve Phillips, 2011).

## 7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Günümüzde işletmelerin ayakta kalabilmeleri ve başarıya ulaşabilmeleri için uygulamak durumunda oldukları pazarlama stratejileri, sağlık sektöründe hasta memnuniyetini sağlamak, teknoloji sayesinde artış gösteren hasta taleplerini ve ihtiyaçlarını karşılamak, hizmet odaklı olmak, doktorlar ve hastalar arasında güven odaklı ilişkiler kurmak ve hastalıkları önleyip iyi olma haline odaklanan bir bakış açısı oluşturmak amacıyla uygulanmaktadır. İnsan sağlığını temel alan bu anlayışla, sağlık sektöründe pazarlama ile diğer sektörlerde uygulanan pazarlama stratejileri bu bağlamda farklılaşmaktadır.

Sağlık sektöründe pazarlama uygulamaları, hasta sayısının ve dolayısıyla rekabetin artması ve özel hastanelerin hem sayılarının hem de kalite bakımından özelliklerinin artması nedeniyle, hastaların ihtiyaçlarını karşılamada farklı yollar bulabilmek amacıyla her geçen gün daha da önemli hale gelmektedir. Fakat pazarlama kavramının bir unsuru olarak pazarlamanın tam tersi istikamette kullanılan pazarlamama kavramı da günümüzde önem kazanan bir diğer kavramdır. Pazarlamanın tersine, tüketicilerin ürün ya da hizmetleri kullanmalarını kısıtlamak ve buna yönelik talebi azaltmak olarak adlandırılan bu kavram sağlık sektöründe de sıklıkla kullanılmaktadır.

Sağlık sektöründe pazarlamama stratejilerinin uygulanmasında, devletler, ilgili üst düzey kurullar ve sağlık kuruluşları belirli hedeflere ulaşmak için çeşitli stratejilere başvurabilmektedir. Halk sağlığını korumak amacıyla, sağlığa zararlı ürünlerin tüketimine yönelik uygulanan en temel pazarlamama stratejisinin- reklamlar, kampanyalar, afişler, radyo ve televizyon gibi medya iletişim araçlarının kullanımı yoluyla- toplumu bilinçlendirmek ve eğitmek olduğu görülmektedir. Bunun dışında, sağlığa zararlı ürünlerin kullanımının belirli yaş grupları için kısıtlanması, belirli yerlerde ve saatlerde satışına ya da kafe, restoran, okul, hastane gibi kamuya açık yerlerde tüketilmesine izin verilmemesi, ürünlerin ambalajlarına “sağlığa zararlıdır” gibi uyarıcı ve caydırıcı ibareler koyulması, vergilendirme ve fiyatlandırma yoluyla bu ürünlere olan talebin azaltılması amaçlanmaktadır. Dolayısıyla, halk sağlığını korumak ve sağlık düzeyini iyileştirmek için uygulanan bu tür pazarlamama stratejileri, sağlık sisteminin finansal ve beşerî yükünü hafifleterek ve tıbbi kaynakların uygun ve doğru bir şekilde kullanılmasına katkı yaparak, sağlık hizmetlerinin daha etkili ve verimli kullanılmasını ve herkese eşit bir şekilde sunulmasını kolaylaştıracaktır. Sağlık hizmetlerini pazarlamama uygulamaları da bu amaç doğrultusunda, sağlık kuruluşlarının hasta yükünün, acil bakıma ihtiyacı olmayan hasta sayısının ve sağlık sistemi üzerinde olumsuz etkilere sahip olan hasta taleplerinin ve gereksiz mali yükün azaltılması amacıyla uygulanmaktadır.

Bu araştırmayı gerçekleştirmek için incelenen çeşitli çalışmalar doğrultusunda, pazarlamama stratejilerinin sağlık sektöründe sıklıkla uygulandığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada bahsedilen ve başarılı bir şekilde uygulanan pazarlamama stratejilerinin öncelikle toplum sağlığına ve sağlık hizmetlerine olumlu yönde katkı sağladığı görülmüştür. Bu konuyla ilgili literatürde pek çok çalışma bulunurken, Türkiye’de de sağlık sektöründe pazarlamama uygulamalarının incelenmesine dair çalışmalar yapılması ve bu konunun genişletilmesi önerilir.

### 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

- Alali, H., Wishah R., & Al-Weshah G. (2019). The demarketing of energy drinks using facebook media: a healthcare perspective. *International Journal on Advanced Science Engineering Information Technology*, Vol.9 (2019) No. 3 ISSN: 2088-5334.
- Alpdoğan, C., & Altındış, S. (2019). Eczacıların akılcı ilaç kullanımı ile ilgili yaklaşımları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 9(1), 103-112.
- Al-Samydai A., Al-Samydai M.J., & Abu Hajleh M.N. (2021) The de-marketing strategies as a vital resolve of antibiotics misuse dilemma. *J Pure Appl Microbiol.* 2021.
- American Marketing Association (AMA). (2017). Definitions of marketing. <https://www.ama.org/the-definition-of-marketing-what-is-marketing/>
- Berkowitz, E. N. (2021). *Essentials of Health Care Marketing*. Jones & Bartlett Learning.
- BBC Türkçe. (2022). Yeni Zelanda gelecek nesiller için sigarayı yasaklayacak yasayı onayladı. <https://www.bbc.com/turkce/articles/c97q2w7pj8zo> , Erişim Tarihi: 17 Mart 2023.
- Boer, C. (2017). Huh, demarketing?, <https://marug.nl/en/for-students/blog/article/2017-10-11-huh-demarketing> , Erişim Tarihi: 3 Aralık 2021.
- Boone L.E., & Kurtz D.L. (2006). *Contemporary Marketing*. Thomson South-Western.
- Borkowski, N. M. (1994). Demarketing of health services. *Journal of Health Care Marketing*, 14(4), 12-12.
- Bradley, N., & Blythe, J. (2013). *Demarketing: An Overview of the Antecedents and Current Status of the Discipline*. New York: Routledge.
- Cappel, S. D., Phillips, A., & Phillips, C. R. (2011). Strategic demarketing of healthcare service. *SOBIE* 2011, 5.
- Cazacu, L., & Oprescu, A.E. (2015). Healthcare marketing-a relational approach. *Revista Economica*, 67(5), 59-72.
- Chaudhry, P. E., Cesareo, L., & Pastore, A. (2019). Resolving the jeopardies of consumer demand: Revisiting demarketing concepts. *Business Horizons*, 62(5), 663-677.
- Chilievich, A., & Kostusev, D. (2021). Demarketing and its impact on healthcare.
- Dedeoğlu, S. (2016). Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanlarının özel sağlık sigortalı hastalar açısından değerlendirilmesi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul 2016.
- Erdem, Ş. (2007). Sağlık hizmetleri pazarlaması: hastaların sunulan hizmetlerin kalitesini algılamaları üzerine bir uygulama. Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Temmuz 2007.
- Farquhar, J.D., & Robson, J. (2017). Selective demarketing: When customers destroy value. *Marketing Theory*, 17(2), 165-182.
- Gamble, J., Gilmore, A., McCartan-Quinn, D., & Durkan, P. (2011). The marketing concept in the 21st century: A review of how marketing has been defined since the 1960s. *The marketing review*, 11(3), 227-248.
- Kindra, G. S., & Taylor, D. W. (1995). Demarketing inappropriate health care consumption. *Marketing Health Services*, 15(2), 10.
- Kokole, D., Primožič, R., & Galkul, L. (2016). Report on the alcohol laws in EU countries.
- Kotler, P., & Armstrong, G. (2010). *Principles of Marketing*, Prentice Hall.
- Kotler, P., Wong, V., Saunders, J., Armstrong, G. (2005). *Principles of Marketing (4th European Edition)*. Harlow: Pearson Education.
- Kotler, P., & Levy, J.S. (1971). Demarketing, yes, demarketing. *Harvard Business Publishing*. 74-80.

- Woodside, A.G. (1988). Marketing for health care organizations: Philip Kotler and Roberta N. Clarke, Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1987. *Journal of Business Research*, 16, 89-90.
- MacStravic, S. (1995). Remarketing, yes, remarketing health care. *Marketing Health Services*, 15(4), 57.
- MacStravic, S. (2008). De-marketing for healthcare organizations. *Marketing Health Services*, 28(4), 36.
- Mark, A., & Elliott, R. (1997). Demarketing dysfunctional demand in the UK National Health Service. *The International Journal of Health Planning and Management*, 12(4), 297-314.
- Memiş, S. (2017). Pazarlamama kavramı ve uygulamadaki bazı örnekler. *The Journal of International Social Research*. Volume: 10, Issue: 50, June 2017.
- Pepels, W. (2021). The 4Ps in marketing-mix. *Research and Development*, 35, 38.
- Seeletse, S.M. (2016). Demarketing strategy to develop perceived product reputation: applications in three distinct environments. *Problems and Perspectives in Management*, 14(4-1), 230-235. doi:10.21511/ppm.14(4-1).2016.12.
- Shiu, E., Hassan, L. M., & Walsh, G. (2009). Demarketing tobacco through governmental policies–The 4Ps revisited. *Journal of Business Research*, 62(2), 269-278.
- Suh, M., Rho, T., & Greene, H. (2012). Relationship behavior between customers and service providers in demarketing situations: What makes customers try to improve their relationships? *Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management*, 19(1), 39-55.
- Syed, M., Ahmed, F., Zahid, N., Khalid, N., & Israr, N. (2021). Essentials of healthcare marketing. *Asian Journal of Medicine and Health*, 73-79.
- STAP (2007). *Regulation of alcohol marketing in Europe*. Utrecht: National Foundation for Alcohol Prevention.
- Şahin, B., Çelik, Y. ve Tengilimoğlu, D. (2013). Sağlık hizmetleri pazarlaması. T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2858 Açık Öğretim Fakültesi Yayını No: 1815.
- Şantaş, F., Kurşun, A. ve Kar, A. (2016). Hastane tercihine etki eden faktörler: sağlık hizmetleri pazarlaması perspektifinden alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 2016; 19(1): 17-33.
- Tengilimoğlu, D. (2000). Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları ve özellikleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 55(1).
- Wall, A.P. (2005). Government demarketing: different approaches and mixed messages. *European Journal of Marketing*, Vol. 39 No. 5/6, 2005 pp. 421-427.
- Wansink, B., & Huckabee, M. (2005). De-marketing obesity. *California Management Review*, 47(4), 6-18.