



Cilt/Volume :7 Sayı/Issue :2 Yıl/Year :2021 (AĞUSTOS) ISSN-2149-6161

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

İÇİNDEKİLER

İNDEKSLER VE AĞUSTOS SAYISI HAKEM LİSTESİ

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA GÖRE MEDİKAL TURİZM ENDEKSİ FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (Gönceç KÖROĞLU, Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU) (Araştırma Makalesi 261-275)

AİLE SAĞLIK MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTE ALGISI (Doç. Dr. Derya Fatma BİÇER, Serpil KAYA) (Araştırma Makalesi 276-291)

GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA YEŞİL KARTTAN FAYDALANAN VATANDAŞLARIN YEŞİL KART UYGULAMASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA (Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI, Arş. Gör. Dr. Durmuş GÖKKAYA, Rümeyza KİBAR) (Araştırma Makalesi 292-307)

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET HABERLERİNİN İÇERİK ANALİZİ (Dr.Öğr.Ü. Gülcan ŞANTAŞ, Öğr.Gör. Bahar ERDOĞAN) (Araştırma Makalesi 308-317)

SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA (Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ, Dr.Öğr.Ü. Gülcan ŞANTAŞ) (Araştırma Makalesi 318-328)

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE HEMŞİRELERİN ETİK VE ALTURİSTİK LİDERLİK ALGISI (Dr.Öğr.Ü. Fatma MANSUR, Dilek UYSAL) (Araştırma Makalesi 329-344)

DİJİTAL İLAÇ PAZARLAMASINDA MARKA FARKINDALIĞI (Doç.Dr. Aykut EKİYOR, Ayşegül DURMUŞ) (Araştırma Makalesi 345-365)

HEMŞİRELERİN SANAL KAYTARMA DAVRANIŞLARININ, HİZMET VERME YATKINLIKLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ (Öğr.Gör.Dr. Haydar HOŞGÖR, Öğr. Gör. Filiz COŞKUN, Uzm. Hemş. Saadet CİN, Öğr. Gör. Zümra ÜLKER DÖRTTEPE) (Araştırma Makalesi 366-376)

AŞI TEREDDÜTLERİNDE SOSYAL MEDYANIN ROLÜ (Samira ETESAMİNIA, Öğr. Gör. Kübra BAĞCI DERİNPI-NAR) (Derleme Makale 377-390)

COVID-19'A YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE GENELİNDE BİR UYGULAMA (Öğr. Gör. Figen ÖZŞAHİN, Öğr. Gör. Dr. Ayşe Nihan ARIBAŞ) (Araştırma Makalesi 391-401)

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KLİNİK LİDERLİK ANLAYIŞININ EKİP ÇALIŞMASINA ETKİSİ (Aybike KARAKAYA, Doç.Dr. Yılmaz DAŞLI) (Araştırma Makalesi 402-411)

CRITIC VE TOPSIS YÖNTEMLERİYLE TÜRKİYE'DE BÖLGESEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (Gizem Zevde AYDIN) (Araştırma Makalesi 412-433)



Cilt/Volume :7 Sayı/Issue :2 Yıl/Year :2021 (AĞUSTOS) ISSN-2149-6161

İNDEKSLER



HAKEMLER

Prof. Dr.Zekai ÖZTÜRK	Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Doç.Dr. Aykut EKİYOR	Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Doç.Dr. Alper GÜZEL	Gazi Üniversitesi
Doç. Dr. Asuman ATILLA	Ankara Hacı Bayram Veli Üniv.
Doç. Dr. Enis Baha BİÇER	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Doç.Dr. Keziban AVCI	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Doç. Dr. Umut BEYLİK	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Doç. Dr. Hüseyin TEMİZ	Samsun Üniversitesi
Doç. Dr. Özlem ÖZER	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Serhat ULUDAĞ	19 Mayıs Üniversitesi
Dr. Oğuzhan YÜKSEL	Sağlık Bakanlığı
Dr.Öğretim Üyesi Naim KARAGÖZ	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Fatih CESUR	Avrasya Üniversitesi
Dr.Öğr.Üyesi Nurperihan TOSUN	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Dr.Öğr. Üyesi Rukiye Numanoğlu TEKİN	Başkent Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet KAR	Kırıkkale Üniversitesi
Dr. İbrahim GÜN	İstanbul Üniversitesi
Dr. Ogr. Uyesi Feyza BÜLBÜL	Uşak Üniversitesi



Usaysad Derg, 2021; 7(2):261-275 (Araştırma makalesi)

**SAĞLIK ÇALIŞANLARINA GÖRE MEDİKAL TURİZM ENDEKSİ
FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ¹
EVALUATION OF MEDICAL TOURISM INDEX FACTORS ACCORDING
TO HEALTHCARE PROFESSIONALS**

Gönenç KÖROĞLU

Atılım Üniversitesi, gonenckoroglu@gmail.com, orcid.org/0000-0002-9691-8371

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Atılım Üniversitesi, dilaver.tengilimoglu@gmail.com, orcid.org/0000-0003-1482-4564

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (10.05.2021-27.05.2021)

Öz

Son yıllarda gelişmekte olan medikal turizm hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler adına avantaj sağlayacak nitelikler barındırmaktadır. Ülkelerin güçlü oldukları alanların farkına varıp bu alanlarda daha yoğun çalışmasına, zayıf oldukları alanları geliştirmesine ve potansiyel sağlık turisti çekmesi için ne yapması gerektiğine dair hazırlanmış olan çalışmada sağlık turizmi rekabet indeksinde etkili olan faktörler ele alınmış ve bunun için sağlık çalışanlarının görüşlerini değerlendirmek üzere 388 kişi ile ankete dayalı bir araştırma gerçekleştirilmiştir. Medikal turizmde rekabet edecek ülkelerin hangi alanlarda ne gibi rekabet üstünlüğüne sahip olduklarının belirlenmesi, potansiyel medikal turistlerini hangi alanlarda kendilerine çekebilmeleri ancak bu faktörlerin ağırlıklarının iyi bilinmesi ve bu konulara önem vermesi ile mümkün olabilecektir. Çalışma medikal turizmin bileşenlerinin ortaya konması ve bu bileşenlerin ağırlıklarının analitik yöntemlerle belirlenmesi açısından hem çalışma alanına önemli bir katkı hem

¹ Bu çalışma Gönenç Köroğlu'nun " Sağlık Çalışanlarına Göre Medikal Turizm Endeksi Faktörlerinin Değerlendirilmesi " isimli doktora tezinden üretilmiştir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

de teoride önemli bir kaynak olma niteliğindedir. Çalışmada, uluslararası geçerliliği olan açıklayıcı faktör analizine dayalı bir yaklaşım benimsenmiştir. Çalışma sonunda medikal turizmin maliyet, destinasyon, sağlık kurumları ve insan kaynakları olmak üzere dört bileşenden oluştuğu, ayrıca bu bileşenlerinin birbirine yakın ağırlıkta olduğu bulunmuştur.

Anahtar Sözcükler: sağlık turizmi, rekabet indeksi, ülke, marka, algı

Abstract

Medical tourism, which has been developing in recent years, has features that will provide advantages for both developed and developing countries. In this study, which was prepared on what countries should do to realize their strengths and work more intensively in these areas, develop areas where they are weak, and attract potential health tourists, the factors affecting the health tourism competitiveness index were discussed and for this, 388 people were surveyed to evaluate the opinions of health professionals. Determining what competitive advantage, the countries that will compete in medical tourism have and in which areas they can attract potential medical tourists will only be possible by knowing the weights of these factors well and giving importance to these issues. The study is both an important contribution to the field of study and an important source in theory in terms of revealing the components of medical tourism and determining the weights of these components with analytical methods. In the study, an approach based on explanatory factor analysis with international validity was adopted. At the end of the study, it was found that medical tourism consists of four components: cost, destination, health institutions and human resources, and these components are close to each other.

Keywords: health tourism, competition index, country, brand, perception

GİRİŞ

Küreselleşen dünyada tüketicilerin satın alma alışkanlıkları değişmiş durumdadır. Geçmişte yerel pazarda satılan mal ve hizmetlere yönelen tüketiciler artık daha kapsamlı düşünüp parasının karşılığında en kaliteli mal ya da hizmeti satın almak istemektedir ve bunun için gerekli bedeli ödemeye hazırdır. Geçmişte insanlar yalnızca erişebildikleri mal ve hizmetlere yönelirken artık evrensel anlamda her türlü mal ve hizmete erişebilmenin konforu içinde ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

Serbest piyasa ile dünya ekonomisine entegre olmuş ülkeler ihracat ile birlikte ithalat ile de tanışmışlardır. Eskiden yalnızca yerli malı tüketebilen tüketici aynı ya da belki de daha ucuza daha kaliteli yabancı ürünleri kullanabilmeye başlamıştır. Bu satın alma davranışları da belli bir süre sonra alışkanlığa dönüşmüştür. Kendi ülkesinde geçmişte satın almış olduğu buzdolabının yarattığı sorunlarla karşılaşan tüketici zamanla ithal bir malın daha uygun ve daha güvenilir olma durumuyla karşılaşmıştır. Bu durum hem tüketiciyi hem de üreticileri olumlu yönde etkilemiştir. Tüketici yalnızca kendi ülkesinin mal ve hizmetlerinden faydalanmakla kalmayıp küresel dünyanın sunmakta olduğu mal ve hizmetlerden de faydalanmaya başlamışken üretici ise rekabetin uluslararası boyuta ulaşmasından ötürü daha kaliteli ürünleri üretmek zorunda hissederek sunmakta olduğu mal ya da hizmeti iyileştirmek durumunda kalmıştır.

Gerçekleştirilen ithal satın almalar ülkelerin barındırdıkları marka algısı ile de bağlantılı olmaya başlamıştır. Mühendisliği ile ünlü Almanya, küresel pazara sunduğu araçlarda kendi ülke algısının

262

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>
(KÖROĞLU, G./ Dilaver TENGİLİMOĞLU, D..)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

olumlu etkilerinden faydalanmaktadır. Buna benzer olacak şekilde İsviçre saatinden, Japon elektroniklerinden, Amerikan yazılımından ya da İtalyan moda markalarından bahsetmek mümkündür. Ülkelerin sahip oldukları olumlu marka algısı, sunmakta oldukları mal ve hizmetleri de olumlu yönde etkilemektedir.

Bahsedilen durum yalnızca satın alınan mallar için geçerli değildir. Ülkelerin sunmuş oldukları hizmetler de aynı şekilde uluslararası tüketiciye erişmeye başladıktan sonra belirli bir algı oluşmaya başlamıştır. İnsanlar gerçekleştirecekleri tatilleri daha fazla bedel ödemek karşılığında yurtdışında gerçekleştirmeyi yeğler duruma gelmiştir. Kuzey Avrupa'da kayak, Güney Avrupa'da deniz turizmi gerçekleştirilebilirken; Asya'da spa, Afrika'da kültür turizmi gerçekleştirilebilir olmuştur. Kimse savaş halinde olan bir ülkeye turizm amaçlı seyahat etmek istemez. Turizm amaçlı gideceği ülkenin konumu kendi ülkesine daha uzakta dahi olsa sahip olacağı deneyimin iyiliği için bu fazladan yolculuğu kişiler göze alabilmektedir.

Turizm de zaman içinde alt dallara sahip olmaya başlamıştır. Geçmişte turizm yalnızca dinlenmek, görmek ve tanımak için yapılan gezi olarak adlandırılırken artık daha farklı amaçlar barındırmaktadır. Dünyada olduğu gibi ülkemizde de hızla yükselmekte olan bir turizm alt dalı da sağlık turizmi olmuştur. Kişiler geçmişte yalnızca ilçesinde ya da ilinde yer alan sağlık hizmetini almayı bırakmış, artık sunulan sağlık hizmetinin uluslararası rekabeti içinde fiyat-kalite endeksine oranla en verimli hizmeti almak için ülkeler arası seyahatler gerçekleştirmektedir.

Sağlık amacı ile gerçekleştirilecek seyahat için verilecek kararda oynayan en önemli faktörlerden birisi ülkenin barındırdığı marka algısıdır. Kimse daha ucuza sağlık hizmeti almak adına daha riskli bir bölgeye gitmek istemez. Ülkelerde sunulan sağlık hizmetinin kalitesi kadar ülkenin de barındırdığı marka algısı önem arz etmektedir.

Ülkelerin barındırdıkları algıdan sonra en önemli faktör mutlaka ki harcanacak bedeldir. Uluslararası seyahat zaten başlı başına bir masraf olarak görülürken kişiler gittikleri ülkede alacakları sağlık hizmetinin hem kendi ülkesinden daha kaliteli olduğuna inanmalıdır hem de daha uygun olduğu bilgisine sahip olmalıdır.

Sağlık turistleri sağlık hizmeti almak için gidecekleri ülke seçiminde uluslararası tarafsız kuruluşlarca geliştirilen rekabet endeks sıralamasına ve ülkelerin puanlarına da bakmaktadırlar. Çalışmada bu indeks çalışmaları hakkında teorik bilgiler yanı sıra ülkemizin sağlık turizmindeki yeri bu endeks faktörleri açısından sağlık çalışanlarınca değerlendirmesi yapılmaya çalışılmıştır.

Literatür Taraması

Medikal Turizm, tıbbi tedavi almak için kendi ülkelerinden başka bir ülkeye seyahat eden kişilerin gerçekleştirdiği eylemin tanımıdır. Başka bir ifadeyle, medikal turizm, fizik tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi olanlarla birlikte uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan turizm türüdür. Geçmişte bu, genellikle az gelişmiş ülkelerden, gelişmiş ülkelerde, ülkesinde bulunmayan tedavi için büyük tıp merkezlerine seyahat edenleri açıklamak için kullanılırdı. Bununla birlikte, son yıllarda, düşük fiyatlı tıbbi tedaviler için gelişmekte olan ülkelere seyahat eden gelişmiş ülke vatandaşlarından da bahsedilebilir. Seyahat sebebi, aynı zamanda, ülkede bulunmayan ya da ülkenin yasalarının kapsamadığı tıbbi hizmetler için de olabilir. (Horowitz, M. D. 2007)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Medikal turizm hastaların ve hasta ailelerinin rahatlığını sağlamak için tıbbi seçenekleri sunmayı hedeflemektedir. Gelişmiş ülkelerdeki eğitim ve refah seviyesinin yüksek olmasına paralel olarak sağlık hizmetleri sunumu da yüksek maliyetli olmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşanan nüfusun sağlık ihtiyaçları ve sağlık giderlerinin payı her geçen gün artmaktadır. Sosyal güvenlik maliyetlerinin artan giderleri sosyal güvenlik kurumlarını zorlamaktadır. Bu sıkıntıları aşmak için, gelişmiş ülkelerde bulunan sosyal güvenlik kurumları ve özel sigorta kurumlarının kaliteli tıbbi hizmet sunan ve yakında yer alan ülkelerle paket anlaşmalar yaparak sağlık hizmetlerini düşük maliyetli alma çabaları görülmektedir.

Uluslararası sağlık hizmeti pazarı, 19. yüzyılın sonlarında, dünyanın daha az gelişmiş bölgelerinden gelen hastaların gerekli kaynaklarla birlikte, Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri'ndeki önemli tıp merkezlerine seyahatlerinde tanılama ve tedavi uygulamalarına başladıklarında ortaya çıkmıştır. Medikal turistleri, uygun ya da makul bir seçenek olduğunu düşündüklerinde, ülkelerindeki hastanelerde ya da bölgesel sevk merkezlerinde büyük ameliyatlara yapmayı tercih ederlerdi. Ancak, bu hastalar sağlık ihtiyaçlarını diğer değerlendirmelere karşı dengelemek için baskı altında hissederler ve tıbbi kaygılar diğer konulara tabi olabilir. Modern teknoloji, potansiyel medikal turistlerinin, dünyanın herhangi bir yerindeki sağlık hizmetlerini doğrudan kendi bilgisayarlarından ya da bir medikal turizm acentesinin tavsiyesi ve yardımı ile araştırmasını ve düzenlemesine olanak sağlamıştır.

Sağlık turizmi kavramının, “wellness” turizm, medikal turizm kavramlarının toplamını içine aldığı belirtilmelidir. Connell'e göre (2006, s. 1094) medikal turizm kavramı ise; kişilerin bir noktadan başka bir noktaya seyahat ederlerken aynı zamanda tıbbi, diş ve cerrahi hizmeti almasını ve bu hizmeti almak için gerekirse deniz aşırı yolculuk yapması olarak belirtmiştir. Yu ve Ko (2012, s. 81)'ya göre ise medikal turizm sadece tıbbi tedavi için denizaşırı ülkelere gitmeyi değil, aynı zamanda en teknik yeterliliğe sahip ve en rekabetçi fiyatlarla sunan destinasyonların aranmasını da içermektedir. Medikal Turizm indeksi kavramı ise, bir ülkenin medikal turizm hedefi olarak çekiciliğini genel ülke ortamı, sağlık maliyetleri ve turizm çekiciliği ve tıbbi tesis ve hizmetlerin kalitesi açısından ölçme amacı ile geliştirilmiştir bir ölçektir.

Tıbbi seyahatlerin artan popüleritesine yol açan faktörler arasında sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti, belirli prosedürler için uzun bekleme süreleri, uluslararası seyahatlerin kolaylığı ve karşılanabilirliği ve birçok ülkede hem teknoloji hem de bakım standartlarındaki gelişmeler sayılabilir. Her ülke vatandaşının medikal turizmüne başvurmasının, buldukları ülke koşullarına göre farklılıklar göstermektedir. İngiliz vatandaşı ülkesindeki uzun bekleme listelerinden ötürü yurtdışına seyahat edebilirken, ABD vatandaşları alacakları sağlık hizmetini ülkelere oranla yurtdışında çok daha uygun ücretlere alabilmektedirler.

Medikal turizm noktalarında gerçekleştirilen birçok ameliyat prosedürü, diğer ülkelerde yaptıkları fiyatın çok altına mal olmaktadır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletleri'nde, 300.000 ABD Doları'na mal olabilen bir karaciğer nakli, Tayvan'da genellikle 91.000 \$'a mal olacaktır. Medikal turizminin en büyük avantajlarından biri maliyettir (Tung, S., 2010).

Medikal turizm, yerel olarak sağlanan tıbbi bakımın daha az taşıdığı bazı riskler taşımaktadır. Güney Afrika ya da Tayland gibi bazı ülkeler, Avrupa ve Kuzey Amerika'ya karşı çok farklı bulaşıcı hastalıklarla ilişkili bir doğaya sahiptir. Doğal bağışıklık oluşturmadan hastalıklara maruz kalmak, zayıflamış bireyler için, özellikle ilerlemeyi zayıflatacak ve hastayı sivrisinekle bulaşan

hastalıklara, grip hastalığına maruz bırakabilecek mide-bağırsak hastalıkları açısından bir tehlike oluşturabilir. Ancak, yoksul tropik ülkelerdeki hastalıklar nedeniyle, doktorlar, HIV, TB ve tifo dahil olmak üzere herhangi bir bulaşıcı hastalığı göz önünde bulundurma olasılığına daha açık görünmektedir, ancak Batıda hastaların sürekli olarak yanlış teşhis edildiği durumlar vardır. Bu tür hastalıkların Batıda ender olduğu düşünülmektedir.

Medikal Turizm İndeksi Konusunda Geçmişte Yapılmış Bazı Çalışmalar

Medikal Turizm indeksi konusunda literatür incelendiğinde çok sayıda çalışmanın var olduğu görülecektir. Bu çalışmalardan bazıları kısaca aşağıda verilmeye çalışılmıştır.

Fetscherin M. ve Stephano R-M. (2013) açıklayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modeli kullanarak geliştirdikleri sağlık turizmi endekslerinde, turizm destinasyonu, maliyet ile sağlık imkân ve servisleri boyutlarını ele almışlardır. Çalışma farklı ülkelerde gerçekleştirildiği için farklı olarak ülke ortamı faktörü elde edilmiştir. Çalışma sağlık imkân ve servislerini en önemli faktör olarak ortaya koymuştur. Bu çalışmada destinasyon ikinci, maliyet üçüncü sırada önemli bir faktör olarak ortaya çıkarken, Fetscherin M. ve Stephano R-M çalışmasında maliyet turizm destinasyonuna göre önemli şekilde öncelikli faktör olarak ortaya çıkmıştır. Heydari M. vd. (2018), yaptıkları çalışmada sağlık turizminde sistematik tarama sonucunda sağlık turizminde memnuniyeti etkileyen faktörlerde %41 ile sağlanan hizmetleri en önemli faktör olarak belirlemişlerdir. Diğer faktörler ise sırasıyla, %30 insan kaynakları, %12 ekipman, %8 maliyetler, %5 enformasyon ve %5 fiziksel koşullar olarak ortaya çıkmıştır. Çalışma analitik bir yöntem içermemesi yönüyle diğer çalışmalardan ayrılmaktadır. Bununla birlikte mevcut çalışmada kurumsal ve insan kaynakları olarak belirlenen faktörler sağlanan hizmetler olarak yorumlandığında benzer sonuç elde edildiği görülmektedir.

Sultana vd. (2014), çalışmalarında Hindistan için sağlık turizmi indeksi geliştirmeye çalışmışlar ve çalışmada açıklayıcı faktör analizi ve yapısal eşitlik modeli kullanmışlardır. Elde ettikleri bulgulara göre endeks üzerinde en yüksek etkiyi hizmet kalitesi, bunu maliyet faktörü izlemiştir. Bu iki faktörü destinasyon ve turizm etkinlikleri takip etmektedir.

Abdul Aziz Y. vd. (2015), Malezya için geliştirdikleri medikal turizm indeksi çalışmasında endeks faktörlerini sırasıyla Hastane itibarı, hizmetler ve fiziksel tesisler, Maliyet, Hekim (tıp doktoru) ve Malezya destinasyonu olarak belirlemişlerdir. Yazarların sadece *descriptive* (tanımlayıcı) istatistiksel yöntemleri kullanarak elde ettikleri sonuçlar karşılaştırıldığında önem sırası olarak benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir. Yine bu çalışmada maliyet ve destinasyon faktörlerinin önem (etki) sıralaması farklı olduğu görülmektedir.

Kumar J. ve Hussian K. (2016) Malezya'da sağlık turizmi destinasyonunu etkileyen faktörleri hizmetten memnuniyet perspektifinden regresyon analizi yöntemiyle incelemiştir. Çalışma, Sorumlu Devlet Kuruluşlarının Görevleri, Sağlık Ocaklarının Fonksiyonları, Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırması (maliyet) ve Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi gibi 11 farklı faktörü incelemesine karşın sadece coğrafi konumu memnuniyet üzerinde etkili olarak bulmuştur. Çalışmada bu faktörlerin önemsiz bulunması Malezya için sağlık turizmi olgusunun henüz tam olarak kurumsallaşmadığı olarak değerlendirilebilir.

Tablo 1: Medikal Turizm Endeksi hakkında geçmişte yapılmış bazı çalışmalar

Yayınlanma Tarihi	Makale İsmi	Yazar İsimleri	Yer Verilen Kriterler
1 19.09.2018	Factors Affecting the Satisfaction of Medical Tourists (Medikal Turistlerin Memnuniyetini Etkileyen Faktörler)	Mahdiyeh Heydari, Mahmood Yousefi, Naser Derakhshani	Sağlanan hizmetler (%41), İnsan Kaynakları (%30), Ekipman (%12), Maliyetler (%8), Enformasyon (%5), Fiziksel Koşullar (%5)
2 1.01.2016	Factors Affecting Medical Tourism Destination Selection: A Malaysian Perspective (Medikal Turizm Destinasyon Seçimini Etkileyen Faktörler: Malezya Perspektifi)	Jeetesh Kumar, Kashif Hussian	Kurumlar, Maliyet, Maliyet, Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi, Konum
3 22.08.2015	The Medical Tourism Index: Scale Development and Validation (Medikal Turizm Endeksi: Ölçek Geliştirme ve Doğrulama)	Marc Fetscherin, Renee-Marie Stephano	Ülke Çevresi, Turizm Destinasyonu, Medikal Turizm Maliyeti, Medikal Kurum ve Servisler
4 1.01.2015	Developing an Index for Medical Tourism (Medikal Turizm İçin Bir Endeks Geliştirme)	Yuhanis Abdul Aziz, Zaiton Samdin, Khairil Wahidin Awang	Hastane Saygınlığı, Hekimler, Ülke İmajı, Sağlık Kurumları, Maliyet
5 21.05.2014	Factors Affecting the Attractiveness of Medical Tourism Destination (Medikal Turizm Destinasyonu Çekiciliğini Etkileyen Faktörler)	Seyama Sultana, Ahasanul Haque, Abdul Momen, Farzana Yasmin	Konum Rekabeti, Sağlık Servis Kalitesi, Turistlerin Bakış Açısı, Maliyet

YÖNTEM

Çalışmada betimleyici araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplamada anket tekniğinden yararlanılmıştır; anket çevrimiçi ortamda Türkiye’de sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren hastanelerde çalışmakta olan sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Araştırma evreninin büyüklüğü ve zaman kısıtlılığı nedeni ile örneklemeye gidilmiş ve kolayda örneklem yöntemi kullanılarak 388 sağlık çalışanına ulaşılmıştır.

Araştırmada Fetscherin ve Stephano’ca geliştirilen anket kullanılmış olup (2016), ankette medikal turizm endeksi geliştirilirken hangi alanlara ağırlık verilmesi gerektiğine ilişkin sorulara yer verilmiştir.

Çalışmada aşağıdaki analizler yapılmıştır:

- Ölçeklerin güvenilirlik analizi için Cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır.
- Ölçeklerin yapısal geçerliliği doğrulayıcı faktör analizi (DFA) ile incelenmiştir.
- Demografik değişkenler bakımından farklılık olup olmadığı ANOVA ve Student-t testi ile incelenmiştir.

- Değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon katsayısıyla incelenmiştir.

Araştırmada, “Medikal turizmde rekabet gücünü etkileyen faktörler nelerdir ve bu faktörlerde sağlık çalışanlarının demografik bilgileri bakımından farklılık var mıdır?” sorusuna cevap aranmaya çalışılmıştır. Ayrıca çalışmada aşağıdaki hipotezler test edilmeye çalışılmıştır.

H1: Medikal Turizm Rekabet Gücü ve alt boyutları algısında sağlık çalışanlarının cinsiyeti değişkeni bakımından farklılık vardır.

H2: Medikal Turizm Rekabet Gücü ve alt boyutları algısında sağlık çalışanlarının yaş grupları değişkeni bakımından farklılık vardır.

H3: Medikal Turizm Rekabet Gücü ve alt boyutları algısında sağlık çalışanlarının medeni durumu değişkeni bakımından farklılık vardır.

H4: Medikal Turizm Rekabet Gücü ve alt boyutları algısında sağlık çalışanlarının eğitim durumu değişkeni bakımından farklılık vardır.

Cronbach alfa katsayısı, 0,955’dir.

BULGULAR

Katılımcıların kişisel özelliklerine ilişkin bulgulara baktığımızda; **katılımcıların büyük çoğunluğunu** kadın katılımcıların oluşturduğu (%58,8) ve erkek katılımcıların oranının ise %41,2 olduğu görülmüştür.

Ankete katılan bireylerin yaş gruplarına göre en büyük yığılma %41,5 ile 55-64 yaş grubunda ve en az yığılma da %9,8 ile 35-44 yaş grubunda olduğu gözlemlenmiştir.

Ankete katılan bireylerin medeni durumlarına göre %26 ‘sının bekar, %71,6 evli ve %2,4’ünün ise dul olduğu tespit edilmiştir. Öğrenim durumlarına göre katılımcıların dağılımına baktığımızda ise, %0,3’ünün Liseden az, %6,3’ünün Lise, %8,2’sinin Ön Lisans, %34,8’inin Lisans, %26,3’ünün Yüksek Lisans ve %24,0’ının ise Doktora eğitime sahip oldukları gözlemlenmiştir. Ankete katılan bireylerin “Türkiye’de Medikal Turizm denince aklınıza ilk gelen şehir neresidir?” sorusundan elde edilen bulgulara göre en büyük yığılma %56,4 ile İstanbul’da olurken, en az yığılmanın ise %0,3 ile Adana, Balıkesir, Eskişehir, Gaziantep, Nevşehir ve Sakarya illerinde olduğu gözlemlenmiştir. Ankete katılan bireylerin “Hiç medikal turizm gerçekleştirdiniz mi?” sorusundan elde edilen bulgulara göre, katılımcıların %74,2’si bu soruya hayır cevabı verirken, %7,5’i Evet, ülke içinde ama benim şehrim dışında (100 km içinde), %14,2’si Evet, ülke içinde ancak benim şehrim dışında (100 km’den fazla) ve %4,1’i evet ülke dışında cevabını vermiştir.

Ankete katılan bireylerin “Aile veya arkadaş çevrenizde medikal turizm gerçekleştirmiş birisi var mı?” sorusundan elde edilen bulgulara göre, katılımcıların %49,5’i bu soruya hayır cevabı verirken, %14,2’si Evet, ülke içinde ama benim şehrim dışında (100 km içinde), %21,6’sı Evet, ülke içinde ancak benim şehrim dışında (100 km’den fazla) ve %14,7’si evet ülke dışında cevabını vermiştir.

Ankete katılan bireylerin “Son birkaç aydaki genel sağlığını nasıl değerlendirirsiniz?” sorusundan elde edilen bulgulara göre, bu soruya katılımcıların %1,0’ı Çok zayıf, %6,4’ü Zayıf, %39,4’ü Normal, %34,3’ü İyi ve %18,8’i Çok iyi cevabını vermiştir.

Ankete katılan bireylerin “Son birkaç aydaki genel yaşam kalitenizi nasıl değerlendirirsiniz?” sorusundan elde edilen bulgulara göre, bu soruya katılımcıların %2,3’ü Çok zayıf, %14,2’si Zayıf, %46,9’u Normal, %29,4’ü İyi ve %7,2’si Çok iyi cevabını vermiştir. Ankete katılan bireylerin “Sağlık sigortası / Sağlık kapsamı planınız nedir?” sorusundan elde edilen bulgulara göre, bu soruya katılımcıların %42,3’ü Mevcut veya eski bir işveren veya sendika aracılığıyla sigorta, %24,2’si Doğrudan bir sigorta şirketinden satın alınan sigorta, %20,4’ü diğer özel sağlık sigortası, %1,3’ü Sigortasız, %5,4’ü Bilmiyorum ve %6,4’ü Diğer cevabını vermişlerdir.

Ankete katılan bireylerin köken durumlarına göre katılımcıların %93,0’nun Yerli, %4,9’unun Göçmen, %1,3’ünün Türkiye’de ikamet eden yabancılar oldukları ve %0,8’inin ise diğer seçeneğini işaretlediği gözlemlenmiştir.

Ankette yer alan Medikal turizm endeks boyutlarına ilişkin 5’li likert ölçekli ifadeler 4 grup altında verilmiştir. Bu boyutlara ifadelerle ilişkin katılımcıların vermiş oldukları cevaplar aşağıda tablolar halinde verilmiştir.

Tablo 2: Destinasyon boyutuna ilişkin ifadelerle verilen cevapların dağılımı

Destinasyon	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Ort.	Std. S,
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Seyahat etmek güvenli	50	14,1	74	20,9	7	2,0	190	53,7	33	9,3	3,23	1,279
Egzotik bir turist destinasyonu	66	20,3	79	24,3	8	2,5	142	43,7	30	9,2	2,97	1,366
Seyahat etmeye elverişli	68	19,3	45	12,7	8	2,3	196	55,5	36	10,2	3,25	1,344
Birçok kültürel veya doğal cazibe merkezi/alanı var	172	46,6	32	8,7	1	,3	131	35,5	33	8,9	2,51	1,561
Çekici bir turizm merkezi	144	39,2	34	9,3	1	,3	152	41,4	36	9,8	2,73	1,550
Popüler bir turizm merkezi	116	32,8	46	13,0	5	1,4	154	43,5	33	9,3	2,84	1,493
Güvenli bir turizm merkezi	64	19,3	72	21,8	5	1,5	157	47,4	33	10,0	3,07	1,366

İyi bir iklime sahip	131	35,6	15	4,1	1	,3	193	52,4	28	7,6	2,92	1,515
Genel olarak olumlu bir medikal turizm imajına sahip	59	18,4	39	12,1	4	1,2	191	59,5	28	8,7	3,28	1,314
Destinasyon											2,99	0,937

Ankete katılan bireylerin Destinasyon ölçeği maddelerinin genel ortalamasının (2,99) olduğu anlaşılmaktadır. Ölçek maddeleri incelediğinde en düşük ortalamasının 2,51 ile “Birçok kültürel veya doğal cazibe merkezi/alanı var” maddesinde olduğu görülmektedir. En yüksek ortalamasının ise 3,28 ile “Genel olarak olumlu bir medikal turizm imajına sahip” maddesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Sağlık Kurumları ölçeği ifadelerine verilen cevapların dağılımı

Sağlık Kurumları	Kesinlikle Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S,		
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde				
Aileme veya arkadaşlarıma tavsiye edebileceğim hastaneler / tıbbi tesisler var	95	26,2	18	5,0	0	,0	217	59,8	33	9,1	3,21	1,422
Saygın hastaneleri / tıbbi tesisleri var	97	27,1	20	5,6	0	,0	215	60,1	26	7,3	3,15	1,419
Uluslararası akredite hastanelere / tıbbi tesislere (örneğin, JCI, ISQUA) sahip	63	22,7	37	13,3	6	2,2	146	52,5	26	9,4	3,13	1,389
Son teknoloji tıbbi ekipmanlara sahip	88	26,8	27	8,2	1	,3	184	56,1	28	8,5	3,11	1,432
İyi sağlık hizmeti kalite göstergelerine sahip hastane / tıbbi tesisleri var	65	19,7	29	8,8	1	,3	203	61,5	32	9,7	3,33	1,333
Yüksek standartlarda hastane / tıbbi tesislere sahip	79	22,3	28	7,9	3	,8	217	61,1	28	7,9	3,25	1,357
Kaliteli tedavilere ve tıbbi malzemelere sahip	75	21,2	36	10,2	3	,8	208	58,9	31	8,8	3,24	1,357
Sağlık Kurumları											3,25	1,081

Ankete katılan bireylerin Sağlık Kurumları ölçeğinde yer alan ifadelerin genel ortalamasının (3,25) “ortanın üzerinde” olduğu anlaşılmaktadır. Ölçek maddeleri incelediğinde en düşük ortalamasının 3,11 ile “Son teknoloji tıbbi ekipmanlara sahip” maddesinde olduğu görülmektedir. En yüksek ortalamasının ise 3,33 ile “İyi sağlık hizmeti kalite göstergelerine sahip hastane / tıbbi tesisleri var” maddesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 4: İnsan Kaynakları ölçeğinde yer alan ifadelere verilen cevapların dağılımı

İnsan Kaynakları	Kesinlikle Katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	Std. S,
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
İletişim kurması kolay doktorlar ve personel var	52	15,5	52	15,5	6	1,8	200	59,5	26	7,7	3,29	1,266
Uluslararası eğitilmiş doktorları var	75	22,3	34	10,1	4	1,2	195	58,0	28	8,3	3,20	1,369
Yüksek eğitilmiş doktorları var	100	28,2	28	7,9	0	,0	206	58,0	21	5,9	3,06	1,423
Tecrübeli doktorları var	121	32,8	21	5,7	0	,0	202	54,7	25	6,8	2,97	1,481
Saygın doktorları var	121	33,4	16	4,4	0	,0	196	54,1	29	8,0	2,99	1,500
Güler yüzlü personeli ve doktorları var	66	19,8	37	11,1	5	1,5	200	59,9	26	7,8	3,25	1,325
Aileme veya arkadaşlarıma tavsiye edebileceğim doktorları var	94	25,7	20	5,5	0	,0	219	59,8	33	9,0	3,21	1,415
Uluslararası sertifikalı personel ve doktorlara sahip	70	21,7	52	16,1	4	1,2	174	53,9	23	7,1	3,09	1,360
İnsan Kaynakları											3,16	1,061

Ankete katılan bireylerin İnsan Kaynakları ölçeğinde yer alan ifadelerin genel ortalamasının (3,16) “ortanın üzerinde” olduğu anlaşılmaktadır. Ölçek maddeleri incelediğinde en düşük ortalamasının 2,97 ile “Tecrübeli doktorları var” maddesinde olduğu görülmektedir. En yüksek ortalamasının ise 3,29 ile “İletişim kurması kolay doktorlar ve personel var” maddesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 5: Maliyet ölçeğinde yer alan ifadelere verilen cevapların dağılımı

Maliyet	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum		Ort.	Std. S,
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde		
Uygun bir döviz kuru var	66	18,9	92	26,3	2	,6	110	31,4	80	22,9	3,13	1,495
Seyahat etmek için uçak bileti uygun	73	21,0	70	20,2	3	,9	158	45,5	43	12,4	3,08	1,412
Seyahat etmenin maliyeti düşük	90	26,3	65	19,0	1	,3	133	38,9	53	15,5	2,98	1,503
Sağlık masrafları düşük	74	22,7	57	17,5	1	,3	135	41,4	59	18,1	3,15	1,485
Düşük tedavi maliyeti var	78	24,4	65	20,3	1	,3	135	42,2	41	12,8	2,99	1,456
Düşük konaklama maliyetine sahip	65	21,2	72	23,5	4	1,3	126	41,2	39	12,7	3,01	1,419
Maliyet											3,09	1,025

Ankete katılan bireylerin Maliyet ölçeği yer alan ifadelerle verilen cevapların genel ortalamasının (3,09) “ortalama civarında” olduğu anlaşılmaktadır. Ölçek maddeleri incelendiğinde en düşük ortalamanın 2,98 ile “Seyahat etmenin maliyeti düşük” maddesinde olduğu görülmektedir. En yüksek ortalamanın ise 3,15 ile “Sağlık masrafları düşük” maddesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Medikal turizm rekabet gücü ölçeğinin yapısal geçerliliği için DFA analizi bulguları

	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Maliyet	6	0,805
Sağlık Kurumları	7	0,922
İnsan Kaynakları	8	0,918
Destinasyon	9	0,866
Medikal Turizm Rekabet Gücü Ölçeği	30	0,955

Medikal turizm rekabet gücü ölçeğinin yapısal geçerliliği için DFA analizi bulgularına göre ölçeklerin CMIN/DF, GFI, CFI ve RMSEA uyum iyiliği katsayılarının arzu edilen uyum aralığında olduğu tespit edilmiştir.

Maliyet boyutu maddelerinin boyut üzerindeki etkilerine göre tüm maddelerin etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Standart etki katsayısı tahminlerine göre en yüksek etkinin “Seyahat etmenin maliyeti düşük” maddesinde en düşük etkinin “Seyahat etmek için uçak bileti uygun” maddesinde olduğu görülmektedir.

Sağlık kurumları boyutu maddelerinin boyut üzerindeki etkilerine göre tüm maddelerin etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Standart etki katsayısı tahminlerine göre en yüksek etkinin “Saygın hastaneleri / tıbbi tesisleri var” maddesinde en düşük etkinin “Uluslararası akredite hastanelere / tıbbi tesislere (örneğin, JCI, ISQUA) sahip” maddesinde olduğu görülmektedir.

İnsan kaynakları boyutu maddelerinin boyut üzerindeki etkilerine göre tüm maddelerin etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Standart etki katsayısı tahminlerine göre en yüksek etkinin “Aileme veya arkadaşlarıma tavsiye edebileceğim doktorları var” maddesinde en düşük etkinin “İletişim kurması kolay doktorlar ve personel var” maddesinde olduğu görülmektedir.

Destinasyon boyutu maddelerinin boyut üzerindeki etkilerine göre tüm maddelerin etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Standart etki katsayısı tahminlerine göre en yüksek etkinin “Çekici bir turizm merkezi” maddesinde en düşük etkinin “Egzotik bir turist destinasyonu” maddesinde olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Medikal turizmde rekabet gücü ölçeği boyutlarının ölçek üzerindeki etkileri

Ölçek Boyutları	Tahmin	S. Tahmin	S. Hata	Kritik değer	P
Maliyet	1	0,809			
İnsan kaynakları	1,704	0,922	0,590	2,890	0,004
Destinasyon	1,864	0,820	0,632	2,949	0,003
Sağlık kurumları	3,454	0,962	1,078	3,203	0,001

Medikal turizmde rekabet gücü ölçeği boyutlarının ölçek üzerindeki etkilerine göre tüm maddelerin etkileri istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Standart etki katsayısı tahminlerine göre en yüksek etkinin sağlık kurumları boyutunda en düşük etkinin Maliyet boyutunda olduğu görülmektedir.

Tablo 8: Endeks ölçekleri arasındaki korelasyon katsayıları

		Maliyet	Sağlık Kurumları	İnsan Kaynakları	Destinasyon
Maliyet	Korelasyon katsayısı	1	,523**	,481**	,563**
	p		,000	,000	,000
Sağlık Kurumları	Korelasyon katsayısı	,523**	1	,845**	,601**
	p	,000		,000	,000
İnsan Kaynakları	Korelasyon katsayısı	,481**	,845**	1	,556**
	p	,000	,000		,000
Destinasyon	Korelasyon katsayısı	,563**	,601**	,556**	1



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

p ,000 ,000 ,000

Endeks ölçekleri arasındaki korelasyon katsayısı bulgularına göre tüm korelasyon katsayıları istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif olduğu görülmektedir. En yüksek korelasyon katsayısı insan kaynakları ile sağlık kurumları ölçekleri arasında, en düşük korelasyon ise maliyet ile sağlık kurumları ölçekleri arasında gerçekleşmiştir.

Medikal turizmde rekabet gücü ölçęği ve alt boyutlarının cinsiyet değişkeni bakımından incelenmesi student-t testi ile yapılarak elde edilen bulgulara göre ölçek ve alt boyutlarında cinsiyet değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Bu durumda H1 numaralı hipotez desteklenmemiştir.

Medikal turizmde rekabet gücü ölçęği ve alt boyutlarının yaş grupları değişkeni bakımından incelenmesi ANOVA testi ile yapılarak elde edilen bulgulara göre maliyet, kurumsal, destinasyon boyutları ve ölçęğin kendisinde yaş grupları değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre farklılık:

1. Maliyet boyutunda 45-54 grubu ile 65-74 grubunun ortalamasının
2. Kurumsal boyutunda 45-54 grubu ile 25-34 grubu ve 45-54 grubu ile 65-74 grubunun ortalamasının
3. Destinasyon boyutunda 35-44 grubu ile 65-74 grubunun ortalamasının

Ölçęğin kendisinde 45-54 grubu ile 65-74 grubunun ortalamasının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Buna göre H2 hipotezi sadece insan kaynakları boyutu için reddedilmiş, ölçek ve diğer alt boyutları için kabul edilmiştir.

Medikal turizmde rekabet gücü ölçęği ve alt boyutlarının medeni durum değişkeni bakımından incelenmesi student-t testi ile yapılarak elde edilen bulgulara göre ölçek ve alt boyutlarında medeni değişkeni bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Buna göre H3 hipotezi ölçek ve alt boyutları için reddedilmiştir.

Medikal turizmde rekabet gücü ölçęği ve alt boyutlarının eğitim durumu değişkeni bakımından incelenmesi ANOVA testi ile yapılarak elde edilen bulgulara göre sadece maliyet boyutunda eğitim durumu bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Farklılığın kaynağını belirlemek için yapılan Tukey testine göre farklılık doktora mezunu grubu ile lise mezunu grubunun ortalamasının farklı olmasından kaynaklanmaktadır. Buna göre H4 hipotezi maliyet boyutu için kabul edilmiş ölçek ve diğer alt boyutları için reddedilmiştir.

SONUÇ

Kaliteli sağlık ve refah arayışı için yurtdışına seyahat etmek onlarca yıldır gerçekleştirilmiştir ancak son birkaç yılda medikal turizm kavramı ortaya çıkmış ve katlanarak büyümüştür. Medikal turizm endüstrisinin 21. yüzyılda yükselişinin başında kendilerini medikal turizm destinasyonu olarak tanıtan az sayıda hastane ve ülke varken bugün 12 milyondan fazla hasta, medikal turizmde yaklaşık 100 milyar dolarlık harcama gerçekleştirmektedir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Medikal turizm endeksi, bir ülkenin bir medikal turizm destinasyonu olarak çekiciliği açısından ölçülebileceği bir platform sunmaktadır. Halihazırda, bir ülkenin hizmetlerini seçilen hedef pazarlar listesine tanıtmaya yönelik pek çok çaba, mevcut turizm pazarlaması çabalarının sağlık hizmetlerini bir turizm teklifi olarak dahil etmek için küçük uyarlamalardan oluşmaktadır. Ülkeler, sağlık turizminde rekabet avantajı sağlayabilmek için potansiyel medikal turistlerinin ülke ve hastane seçiminde hangi faktörlerin etkili olduğunu, ülkelerinin endeks sıralamalarında ön sıralarda yer almasını istemektedir. Bunun içinde durumlarını ölçmeye çalışmaktadır. Sağlık hizmeti müşterilerinin ülkeyi bir medikal turizm hedefi olarak algılaması konusunda çok az bilgi sahibi olan ya da hiç anlamayan potansiyel sağlık hizmeti müşterilerini çekmek için turizm pazarlama taktiklerini kullanma kararı; gelen hasta hacimlerinin eksikliği ve turizm veya sağlık altyapısı veya sistemlerine yetersiz ve yanlış yatırım yapma riski ile sonuçlanır.

Medikal Turizm Endeksi sonuçları turizm trendlerinin tıbbi turist trendlerini gerektirmediği gerçeğini de destekleyebilir. Örneğin Türkiye, Kültür ve Turizm Bakanlığı aracılığıyla Türkiye'yi turizm bölgesi olarak tanıtan büyük bir yatırım yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı ayrıca ülkenin medikal turizm için stratejik planını yönetmekte ve Ekonomi Bakanlığı medikal turizm ticaret misyonları ve yurtdışı yatırımı için bir geri ödeme planı sunmaktadır. Türk Hava Yolları, medikal turizm için havayolu kullanan kişiler için özel fiyat paketleri geliştirerek turizm ve seyahatte değer satışlarının en yüksek payını oluşturmaktadır. Dünyanın dördüncü en büyük uçuş ağı olan Türk Hava Yolları, Rusya ve Arap ülkelerinden çok sayıda turist getirmektedir. Medikal Turizm Endeksi ayrıca demografik çeşitliliği, dar hedef pazar coğrafyasını geliştirmek ve pazarlama taktik etkinliği ölçmek için bir araç olarak da kullanılabilir.

Medikal turizm sektörü, kendi ülkelerinde sağlık sistemi tarafından haklarından mahrum bırakılmış olan hastalar tarafından körüklenmektedir. Bu bilinçli hastalar, uygun maliyetli, zamanında ya da sadece uygun olan hizmetleri bulmak için ülkelerinde bulunan organize tıbbi sistemin dışında hizmet almak için çaba gösterirler. Medikal turizm destinasyonlarındaki hekimler ve hastaneler, uluslararası pazarda sürdürülebilir bir rekabet avantajı geliştirmek için yüksek kalitede bakım sağlamaları gerektiğini kabul etmektedir. Yeni binyılda görülen küreselleşmenin etkileri, uluslararası uçak yolculuklarının sıklığı, insanların internet sayesinde araştırma yapabilme becerileri ve bu sayede daha bilinçli tüketiciler haline gelmeleri medikal turizmini hiç olmadığı kadar kuvvetlendirmiştir ve uzun yıllar boyunca bu trend devam edecek gibi gözükmektedir.

Pandemi sonrası yeniden şekillenecek Medikal Turizmde ise medikal turistler yalnızca alacakları sağlık hizmetine odaklanmazken aynı zamanda ülkeye seyahatin covid açısından güvenliğine, gidecekleri sağlık kurumlarının temizlik ve dezenfeksiyonuna, ziyaret edilecek ülkenin nüfusunun aşılama oranlarına da dikkat edeceklerdir. Bundan ötürü medikal turizmin cazip hale getirilebilmesi için ülkenin yoğun bir aşılama sürecine girmesi ve kendisini dünyaya Covid-19 virüsüyle başarılı bir şekilde mücadele etmiş olarak gösterebilmesi gerekmektedir.

Ülkenin bulunduğu coğrafik konumun değeri, sahip olduğu kıymetli insan kaynağı, kurumsal yapılarının gelişimi ve maliyet avantajı sayesinde medikal turizm için son derece çekici bir destinasyon olma özelliği barındırmaktadır. Gelecekte yapılacak çalışmalarda medikal turizm rekabet indeksinde yer alacak faktörlerin ve bunların ağırlıklarının belirlenmesinde ve ülke puanlarının oluşturulması için çalışmaya uluslararası hastaların ve sağlık turizminde uzmanlar ve paydaşların görüşlerine başvurulmalı ve ülkelerin genel göstergeleri uluslararası veri tabanında yer alan çeşitli göstergeler ile desteklenmelidir.



KAYNAKÇA

- Arnaert, A., (t.y.) Telehealth in Medical Tourism ~ Personalizing Health Care, <https://www.magazine.medicaltourism.com/article/telehealth-in-medical-tourism-personalizing-health-care>_Erişim Tarihi: 04/09/2020
- Connel, J. Medical Tourism: (2006), Sea, Sun, Sand and ... Surgery: *Tourism Management* 27(6):1093-1100
- Fetscherin, M., & Stephano, R. M. (2016). The Medical Tourism Index: Scale Development and Validation. *Tourism Management*, 52, 539-556.
- Gan, L. Frederick, Medical tourism in Singapore: A Structure-Conduct-Performance Analysis, *Journal of Asia-Pacific Business*, 2011 - Taylor & Francis
- Heydari, M., Yousefi, M., Derakhshani, N., & Khodayari-Zarnaq, R. (2019). Factors Affecting the Satisfaction of Medical Tourists: A Systematic Review. *Health Scope*, 8(3).
- Horowitz, M. D. (2007). Medical Tourism-Health Care in The Global Economy. *Physician Executive*, 33(6), 24. <http://web.nchu.edu.tw/pweb/users/hychuo/lesson/5877.pdf> Erişim Tarihi: 02/04/2020
- Horowitz, M. D., Rosensweig, J. A., & Jones, C. A. (2007). Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. *Medscape General Medicine*, 9(4), 33.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2234298/> Erişim Tarihi: 12/09/2020
- Jones, C. A., & Keith, L. G. (2006). Medical Tourism and Reproductive Outsourcing: The Dawning of a New Paradigm for Healthcare. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 51(6), 251-255.
<http://content.time.com/time/magazine/article/0,9171,1196429,00.html> Erişim Tarihi: 19/12/2020
- Kumar, J., & Hussian, K. (2016). Factors Affecting Medical Tourism Destination Selection: A Malaysian Perspective. *Journal of Global Business Insights*, 1(1), 1-10.
- Tontus, H. Ö. (2018). Sağlık Turizmi Tanıtımı ve Sağlık Hizmetlerinin Pazarlanması Üzerine Değerlendirme. *Disiplinler Arası Akademik Turizm Dergisi*, 3(1), 67-88.
- Tung, S., (2010). Is Taiwan Asia's Next One-Stop Plastic Surgery Shop? *Time*, <http://content.time.com/time/world/article/0,8599,2004023,00.html> Erişim Tarihi: 12/04/2019
- Sultane, Seyama, Ahasanul Haque, Abdul Momen, Farzana Yasmin (2014), Factors Affecting the Attractiveness of Medical Tourism Destination, *Iran J Public Health*



Usaysad Derg, 2021; 7(2): 276-291 (Araştırma makalesi)

AİLE SAĞLIK MERKEZLERİNDE HİZMET KALİTE ALGISI
SERVICE QUALITY PERCEPTION IN FAMILY HEALTH CENTERS

Doç. Dr. Derya Fatma BİÇER

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, dfbicer@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0002-3339-1236

Serpil KAYA

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, skaya@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0002-3507-3694

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (12.05.2021-18.07.2021)

Öz

Bir ülkede iyi bir sağlık hizmetinin verilmesi o ülkenin gelişmiş olduğunun bir göstergesidir. Sağlık hizmetleri bireylerin psikolojilerini ve hayat standartlarını doğrudan etkilemektedir. Bireylerin farklı sorunlar ile müracaat ettiği, tanı konulup tedavi ve rehabilite edilen ilk yer Aile Sağlık Merkezleridir. Bu çalışmanın amacı; Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastaların Hizmet Kalite Algısını Değerlendirmektir. Çalışmanın birinci kısmında Sosyo Demografik sorular, ikinci kısmında hastaların Aile Sağlık Merkezlerinden Beklenti soruları ve Aile Sağlık Merkezlerinden alınan hizmet algısını ölçen Performans soruları yer almıştır. Ayrıca hastaların gelecekte ihtiyaç halinde aynı Aile Sağlık Merkezini tercih edip etmemesi ile ilgili anket sorular bulunmaktadır. Sorular ile Aile Sağlık Merkezleri Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik, Güven, Empati şeklinde beş boyutta değerlendirilmiştir. Bulunan sonuçlara göre Aile Sağlık Merkezlerine başvuran hastaların hem fiziksel hem ruhsal olarak isteklerinin yeterince karşılanmadığı, hastalandıklarında ilk olarak Aile Sağlık Merkezlerini tercih etmedikleri daha ziyade ilaç yazdırmak ve rapor almak için gittikleri tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: sağlık, aile sağlık merkezi, kalite, aile hekimi, memnuniyet



Abstract

Providing a good health service in a country is an indicator of the development of that country. Health services directly affect the psychology and life standards of individuals. Family Health Centers are the first place where individuals apply with different problems, where they are diagnosed, treated and rehabilitated. The aim of this study; To Evaluate Service Quality Perception of Patients Applying to Primary Health Care Institutions. In the first part of the study, Socio-Demographical questions, in the second part, the patients' Expectation questions from Family Health Centers and Performance questions measuring the service perception received from Family Health Centers were included. In addition, there are survey questions about whether patients prefer the same Family Health Center in the future if needed. With the questions, Family Health Centers were evaluated in five dimensions: Physical Characteristics, Reliability, Enthusiasm, Confidence, Empathy. According to the results, it was determined that the patients who applied to the Family Health Centers did not meet their physical and mental demands enough, that they did not prefer the Family Health Centers when they got sick, but rather went to the Family Health Centers to prescribe medication and get a report.

Keywords: health, family health center, quality, family doctor, satisfaction

1. GİRİŞ

Sağlık teknolojilerinde yaşanan gelişmeler, artan rekabet hızı ve sağlık hizmeti talep edenlerin her geçen gün bilinçlenmesi, sağlık hizmetlerinin kalitesini etkileyen faktörler arasında yer almaktadır. Tüm bu faktörlerden ve artan rekabetten dolayı sağlık kuruluşlarının ve sağlık personelinin daha dikkatli ve özverili çalışması gerekmektedir (Kayral, 2015). Hastalar sağlık kuruluşunun en önemli değeridir. Dolayısıyla sağlık kuruluşları hastaların ihtiyaçlarını, isteklerini ve beklentilerini belirlemek için ilişkilerini en üst seviyede tutmalıdır.

Sağlık işletmelerinde durum diğer hizmet sektöründe olduğu gibi müşterinin ihtiyaçlarını ve beklentilerini karşılamaktır. Sağlık hizmetleri, hasta bireylere teşhis koymak, tedavi ve rehabilite etmek, önceden oluşabilecek hastalıkları önleyerek toplumun ve bireylerin sağlık seviyelerini yükseltmeyi hedeflemektedir. Sağlık hizmetlerinin hasta bireylerce değerlendirilmesi, sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesinin artmasını sağlamaktadır. Bu yüzden sağlık kuruluşlarının vermiş olduğu hizmetin kalitesini ve etkinliğini değerlendiren ölçütlerden biride hasta memnuniyet anketleridir (Karkın, 2007). Sağlık kuruluşları anket çalışmaları sayesinde hastaların isteklerini, beklentilerini, memnuniyetlerini, memnuniyetsizliklerini belirleyerek eksiklerini giderilmesinde daha iyi daha kaliteli sağlık hizmeti sunulmasına katkı sağlanmaktadır.

2. GENEL KAVRAMLAR

2.1 Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri

Bireylerin değişik sorunlar ile müracaat ettiği, sağlık sorunlarına tanı konulup tedavi ve rehabilite edildiği, kişilerin ve toplumun sağlığının geliştirilmesi için yapılan tüm çalışmalara birinci basamak sağlık hizmetleri denmektedir. Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri Aile hekimliği uygulaması ile sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2004).

2.2. Aile Hekimliğinin Tanımı ve Amaçları (Aile Hekimliği Kanunu, 2004)

Aile Hekimi; Birinci basamak sağlık hizmetine başvuran hastalar arasında renk, dil, din, ırk, hastalık ayrımı yapmaksızın, koruyucu sağlık hizmeti veren, tedavi ve rehabilite eden, aile hekimliği uzmanı ya da Sağlık Bakanlığınca belirlenen uzman eğitimi alan doktorlardan oluşmaktadır.

Aile Hekimliği Kurumu (Aile Sağlık Ocağı): En az bir doktor ve bir sağlık çalışanından (ebe, hemşire, vb.) oluşmaktadır.



Aile sağlığı elemanı: Aile sağlık ocağı doktoru ile beraber çalışan kadrolu ya da sözleşmeli olarak görev yapan hemşire, ebe, sağlık memuru ve acil tıp teknisyenidir.

Aile sağlığı merkezi: Bir ya da birden daha fazla aile hekimi ve sağlık çalışanlarınca, birinci basamak sağlık hizmeti verilen sağlık kuruluşudur.

Bakanlık: Sağlık Bakanlığıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri: Kişilere sağlığın teşvik edildiği, koruyucu sağlık hizmetlerinin verildiği, hastaların ilk müracaatlarında teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunulduğu yerdir. Birinci basamak sağlık hizmeti, bireylerin kolayca ulaşım sağladığı, etkin ve yaygın olarak kullandığı sağlık kuruluşlarıdır.

3.SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE

Sağlık, bireylerin hayatlarını devam ettiren ve hayat kalitelerini arttıran en önemli faktörlerin başında gelir. Sağlık kuruluşlarının vermiş olduğu sağlık hizmeti, bireylerin hayat kalitesini ve huzurunu doğrudan etkilemektedir (Altınöz, 2009). Ülkelerin en önemli gelişmişlik düzeyi göstergelerinden birisi de hiç şüphesiz sağlık hizmetleridir (Tanrıverdi, 2010) (Top, 2010). Sağlık hizmetinin sunumu da gelişmişlik düzeyi göstergeleri arasındadır. Teknolojinin gelişmesiyle, kaliteli sağlık hizmeti alma isteği de artmıştır (Demir, 2009). Her geçen gün sağlık ve sağlık hizmetin sunumu önem arz etmektedir. Sağlıkta ve sağlık hizmetin sunumunda “kalite” standart hale getirilmeye çalışılmaktadır (Özen, 2011). Sağlık hizmetlerinde kaliteyi standart hale getirmeye çalışırken, verilen hizmetin hastalar tarafından algılanma biçimine de önem verilmeye başlanmıştır. Hastalar tarafından sağlık hizmetinin kalitesini yorumlama şekli; doktor, hemşire vb. sağlık personellerin tıbbi bilgisi ve davranış şeklinden memnun kalma, güven duyma, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmesi gibi birçok boyutta değerlendirilmektedir (Top, 2010).

Sağlık Hizmetin Kalitesini Belirleyen Faktörler; (Tarım, 2000)

Zaman: Hastanın sağlık hizmeti alması için beklemesi gereken en kısa zaman

Nezakət: İlk sıradaki hasta ilk ilgilenmesi gereken hastadır.

Tutarlılık: Sağlık Hizmeti ilk sıradaki hastadan son sıradaki hastaya kadar gösterilen tutum ve tavır aynı şekilde olmalıdır.

Kolaylık: Sağlık hizmetine ulaşımın kolay olmasıdır.

Doğruluk: Sağlık hizmetinin ilk seferde doğru bir şekilde yapılmasıdır.

Cevap Verme: Beklenmeyen bir durum olduğunda sağlık hizmeti veren personelin gerekli çözümler bulması ve acil ilgilenmesi gerekmektedir.

Yukarıda saymış olduğumuz bu faktörler sağlık hizmetinin kalitesini belirleyen en önemli unsurdandır.

3.1.Kaliteli Bir Sağlık Hizmetinin Özellikleri

Sağlık hizmetlerinde kalitenin bir zorunluluk olması gerekir. İmalat ve diğer hizmet sektörlerinde yapılan hataların telafisi mümkün olurken insan sağlığı konusunda yapılan hatanın telafisi yoktur. Bu yüzden sağlık hizmetlerinde kalite olmazsa olmazdır (Tanrukulu, 2004).

Kaliteli bir sağlık hizmeti için;

- Hastanın fiziksel, ruhsal ve zihinsel olarak tamamen iyileşebilmesi gereklidir.
- Bireylerin sağlığının geliştirilmesi, hastalıklardan korunabilmesi ve hastalıkların erken tanı ve tedavisinin yapılması gerekmektedir.
- Sağlık hizmetin zamanında verilmeye başlanması, kesintiye uğramaması ve gereğinden uzun sürmemesi gerekir.
- Hizmet süresince hasta ile iyi bir iletişimde olup alınan karar ve sonuçların paylaşılması gerekir.

- Hizmetlerin doğru teknoloji ile ve doğruluğu kanıtlanmış prensiplerle yapılması gerekir.
- Hasta ile ilgili yeterli ve güvenilir bilgi ve kayıtlar tutulmalıdır.
- Tüm kaynakların etkili ve verimli kullanılması gerekir.
- Tüm personel uyum için ve koordineli bir şekilde çalışması gerekmektedir (Diken, 1998).

Genellikle sağlık hizmetlerinin kalitesini değerlendirmek için hastane çıktıları, taburcu sonuçları, maliyet analizleri, hasta memnuniyet anketlerinden vb. yararlanılmaktadır. Yapılan bu anketler tıbbi işlemler kadar önemlidir. Sağlık kuruluşlarının yapmış olduğu bu hizmetlerin hastalar tarafından nasıl algılandığı anketler aracılığı ile belirlenmektedir (Önsüz, 2008).

4. HASTA MEMNUNİYETİ

Hasta memnuniyeti, Sağlık kuruluşlarının en önemli çıktılarından biridir. Genel olarak hasta memnuniyeti “hastaların istek ve beklentilerinin karşılanması ya da bu istek ve beklentilerinin üstünde hizmet verilmesi” şeklinde ifade edilebilir. Hasta memnuniyetini iki unsur belirlemektedir. Birinci unsur, hasta bireylerin beklentileri ve hasta bireylerin almış olduğu sağlık hizmete ilişkin algı düzeyleridir. Hastaların sağlık personelinden ve sağlık kuruluşundan bekledikleri tıbbi beceri, ilgili davranış, hoşgörü, temizlik ve konfor gibi beklentiler, kişilerin yaşına, cinsiyetine, eğitim ve gelir düzeyine göre değişmektedir. İkinci unsur ise, bireylerin almış oldukları sağlık hizmetini algılama biçimidir. Sağlık hizmetinde kişilerin hizmet sürecini ilişkin görüş ve değerlendirmeleri esas alınarak değerlendirilmektedir. Bireylerin geçmiş deneyimleri ve kişisel özellikleri sağlık hizmetini algılama biçimini etkilemektedir (Önsüz, 2008).

Hasta Memnuniyeti; sağlık hizmetinin sunumunu, sağlık personeli ile hasta arasındaki iletişim, sağlık hizmetin doğru yerde doğru zamanda sunulması, sürekli olması, sağlık personelinin yeterli tıbbi bilgi ve donanıma sahip olması gibi birçok faktörü içermektedir. Bu yüzden hasta memnuniyeti, sağlık kurumlarının vermiş olduğu hizmetin bir sonucu bir çıktısıdır (Yılmaz, 2001).

5. YÖNTEM

5.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın amacı; Sivas İl Merkezi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran Hastaların Hizmet Kalite Algısını Değerlendirmek için yapılmıştır. Çalışma kesitsel tipte, tanımlayıcı bir çalışmadır. Araştırmanın evrenini 24 Ocak-28 Nisan 2019 tarihleri arasında Sivas İl Merkezindeki Aile Sağlığı Merkezlerine Başvuran Hastalar oluşturmuştur. Hastalar arasından basit tesadüfi örneklem yöntemi kullanılarak Sivas iline bağlı 1) Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Aile Sağlık Merkezi 2) Kardeşler Aile Sağlık Merkezi 3) Dört Eylül Aile Sağlık Merkezi ne başvuran 384 hasta araştırmaya dâhil edilmiştir.

Çalışmanın yapılabilmesi için, 01.03.2019 tarihinde Sağlık Bakanlığından izin alınmıştır. Ayrıca 04.01.2019 tarihinde de Etik Kurul Onayı alınmıştır.

5.2. Araştırmanın Tanımlayıcı Sorularının Sayı (Frekans) ve Yüzde Bilgileri

Aile Sağlık Merkezlerinin Hizmet Kalitesini Değerlendirmek İçin; Fiziksel Özellikler, Güvenirlilik, Heveslilik, Güven, Empati olmak üzere beş boyutta değerlendiren ölçek kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan ölçek; Saraçlı'nın, 2010'da yapmış olduğu araştırmasından uyarlanmıştır. Çalışmada kullanılan anketin birinci kısmında 7 adet sosyo demografik sorular bulunmaktadır. Anketin ikinci kısmında Aile Sağlık Merkezine başvuran hastaların bekledikleri kaliteyi ölçmeye yönelik 30 adet beklenti sorusu, üçüncü kısmında Aile Sağlık Merkezinden hizmet alan hastaların, almış oldukları hizmete yönelik algıladıkları kalitenin değerlendirildiği 30 adet performans sorusu 5'li likert ölçek ile değerlendirilmiştir. (Kesinlikle Katılmıyorum =1, Kesinlikle Katılıyorum=5). Dördüncü kısımda ise hasta bireylerin ihtiyaç halinde tekrar aynı Aile Sağlık Merkezini tercih edip etmeyeceklerine

yönelik sorulara yer verilmiştir. Çalışmada bireylerin tüm sorulara verdikleri cevaplar ele alınarak değerlendirilmiş ve beklenti skorları için Cronbah Alfa Kat Sayısı 0,97 performans skorları için 0,98 bulunmuştur. Bu iki değerde güvenilirlik için çok yüksek bir değerdir.

Elde edilen veriler SPSS (Veri:22,0) programına yüklenerek verilerin değerlendirilmesinde, parametrik test varsayımlar yerine getirildiğinde (Kolmogorofsimirnov) iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi, Varyans analizi, Tukey testi, Parametrik test varsayımlar yerine getirilmediğinde Kruskal-Wallis testi; Man whitneyu testi, sayımla elde edilmiş ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

6. BULGULAR

Çalışmaya katılan 384 hastanın %59,6'sı kadın, %40,4'ü erkektir. Araştırma grubunun %39,3'u en çok 16-25 yaşları arasındadır. Eğitim düzeyi en çok yüksek okul mezunudur. Araştırma grubunda en fazla %41,5'i 1650-2500 arasında gelir düzeyine sahiptir. Çoğunluğun %27,9'u öğrenci grubundan oluşmaktadır. Kronik hastalığınız var mı? Sorusuna %81,5 kişi hayır, %18,5'i evet cevabını vermiştir. Kronik hastalığı olan toplamada 71 kişiden, %8,3 tansiyon hastasıdır.

Tablo 1: Demografik Veriler

	S	%	Gelir Düzeyi	S	%	
Cinsiyet	Kadın	229	1650<az	121	31,5	
	Erkek	155	1650-2500	160	41,7	
Yaşınız	S	%	2501-3500	51	13,3	
	16-25	151	39,3	3501-4500	16	4,2
	26-35	76	19,8	4500+	36	9,4
	36-45	56	14,6	Kronik Hastalığınız Var mı?	S	%
46-55	56	14,6	Evet	71	18,5	
55 ve üstü	45	11,7	Hayır	313	81,5	
Mesleğiniz	S	%	Kronik Hastalığınız Nedir?	S	%	
	Esnaf ve Zanaatkar	9	2,3	Diabet	12	3,1
	İşçi	84	21,9	Tansiyon	32	8,3
	Öğrenci	104	27,1	Koah	7	1,8
	Emekli	23	6,0	Diğer	14	3,6
	Memur	26	6,8	Astım	8	2,1
	Diğer	50	13,0	Eğitim düzeyi	S	%
	Hemşire	21	5,5	Okur yazar değil	13	3,4
	Doktor	1	0,3	Okuryazar	17	4,4
	Öğretim Üyesi	9	2,3	İlköğretim	61	15,9
Sağlıkçı	1	0,3	Lise	109	28,4	
Laborant	6	1,6	Yüksek Öğretim	184	47,9	

Tablo 2: Araştırmaya Katılan Bireylerin Hizmet Kalite Algıları ile Performans ve Beklenti Skorlarının Karşılaştırılması

		Ort.	Standart Sapma	Fark. Ort	Fark. Standart Sapma	Sonuç
Boyut1 (Fizik. Özel.)	Boyut1 Performns ort	4.10	0,78			t=4,92
	Boyut1 Beklenti ort	3.83	0,90	-0,27	1,08	P=0,001*
Boyut2 (Güvenilirlik)	Boyut2 Performns ort	4.04	0,76			t=3,58
	Boyut2 Beklenti ort	4.00	0,86	-0,04	0,22	P=0,001*
Boyut3 (Heveslilik)	Boyut3 Performns ort	5.05	0,96			t=4,95
	Boyut3 Beklenti ort	4.33	0,74	-0,72	0,97	P=0,001*
Boyut4 (Güven)	Boyut4 Performns ort	3.63	0,61			t=7,62
	Boyut4 Beklenti ort	4.01	0,89	+0,37	0,66	P=0,001*
Boyut5 (Empati)	Boyut5 Performns ort	2.40	0,40			t=7,32
	Boyut5 Beklenti ort	2.18	0,50	-0,22	0,60	P=0,001*

Bireylerin her bir boyuttaki beklenti ve performans ölçümlerine ilişkin skorlar karşılaştırıldığında Boyut1, Boyut2, Boyut3, Boyut4, Boyut5, yönünden skorlar arası farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). 1,2,3,5 boyutlarının performans ortalamaları daha düşükken 4.boyutta (güvenirlik boyutunda) daha yüksektir.

Tablo 3: Aile Sağlık Merkezlerinin Fiziksel Özelliklerin Gelir Düzeyine Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

Gelir Düzeyi		N	Ortalama	Standart sapma	Sonuç
Boyut1 (Fizik.Özel.) Beklenti Ort.	1650< az	120	4,21	0,62	
	1650-2500	160	3,99	0,88	F=3,85
	2501-3500	51	4,20	0,59	P=0,004*
	3501-4500	15	3,61	1,01	
	4500+	36	4,30	0,79	
Boyut1 (Fizik.Özel.) Performans Ort.	1650< az	120	4,10	0,83	
	1650-2500	160	3,69	0,89	F=4,09
	2501-3500	51	3,81	0,87	P=0,003*
	3501-4500	16	3,68	1,19	
	4500+	36	3,65	0,94	
Ortalama1 Fark	1650< az	120	-0,01	0,91	
	1650-2500	160	-0,13	1,20	F=1,29
	2501-3500	51	-0,34	1,05	P=0,273
	3501-4500	15	+0,17	0,67	
	4500+	36	-0,02	0,69	

ASM'nin fiziksel özellik boyutunun gelir düzeylerine göre, bireylerin beklenti skorları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir düzeyine ilişkin skorlar ikişerli karşılaştırıldığında geliri 1650<az olanlarla 3501-4500 arasındaki farklılık, 3501-4500 ile 4500+

olanlar arasındaki farklılıklar önemli bulunurken ($P<0,05$) diğer gruplar arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($P>0,005$). Farklılık önemsiz olmasına rağmen, gelir düzeyi 3501-4500 arası olan bireylerin beklentilerini, ASM'nin fiziki özellikleri karşılamıştır. Diğer gelir düzeyi grupların beklentilerini karşılamamıştır. Ayrıca; Boyut 1'de ASM'nin fiziksel özellikleri yönünden değerlendirildiğinde bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim, kronik hastalıklar gruplarına göre beklenti ve performans skorları ile performans ve beklenti skorlarına ilişkin farklar karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 4 Aile Sağlık Merkezlerinin Güvenirlilik Özelliklerinin Eğitim Düzeyine Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

Eğitim Durumuz	N	Ortalama	Standart Sapma	SONUÇ
Boyut2 Güvenirlilik Beklenti Ort.	Okuryazar değil	13	3,93	0,44
	Okuryazar	17	3,84	0,52
	İlköğretim	61	4,05	0,65
	Lise	109	3,95	0,67
	Yükseköğretim	184	4,11	0,88
Boyut2 Güvenirlilik Performans Ort.	Okuryazar değil	13	3,86	0,41
	Okuryazar	17	3,82	0,56
	İlköğretim	61	4,10	0,73
	Lise	109	3,90	0,76
	Yükseköğretim	184	4,05	0,99
Ortalama2 Fark	Okuryazar değil	13	-0,07	0,15
	Okuryazar	17	-0,02	0,12
	İlköğretim	61	+0,04	0,20
	Lise	109	-0,04	0,20
	Yüksek öğretim	184	-0,06	0,24

ASM'nin güvenilirlik boyutunun eğitim düzeylerine göre, bireylerin beklenti ve performans arasındaki farklar karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeylerine göre skorlar ikişerli karşılaştırıldığında ilköğretim- lise, ilköğretim-yüksek okul arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$), diğer gruplar arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). ASM'nin taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde sağlayabilme kabiliyeti ilköğretim mezunlarının beklentileri karşılanmış, diğer eğitim grubunun beklentisini karşılamamıştır. Ayrıca Boyut II'de ASM'nin Güvenirlilik Özelliklerine Göre; Cinsiyet, yaş, kronik hastalıklar gruplarına göre beklenti skorları ve performans skorları karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 5: Aile Sağlık Merkezlerinin Güvenirlilik Özelliklerinin Gelir Düzeyine Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

	Gelir Düzeyiniz	N	Ortalama	Standart Sapma	SÖNÜÇ
Boyut2 (Güvenirlilik) Beklenti Ort.	1650<az	121	4,22	0,79	F=5,74
	1650-2500	160	3,87	0,68	p=0,001*
	2501-3500	51	3,94	0,68	
	3501-4500	16	3,88	1,14	
	4500+	36	4,35	0,77	
Boyut2 (Güvenirlilik) Performans Ort.	1650<az	121	4,20	0,86	F=4,32
	1650-2500	160	3,85	0,81	p=0,002*
	2501-3500	51	3,85	0,86	
	3501-4500	16	3,85	1,13	
	4500+	36	4,27	0,81	
Ort2 Fark	1650<az	121	-0,02	0,18	F=1,10
	1650-2500	160	-0,02	0,25	p=0,356
	2501-3500	51	-0,09	0,26	
	3501-4500	16	-0,03	0,15	
	4500+	36	-0,07	0,15	

ASM'nin güvenirlilik boyutunun gelir düzeyine göre, bireylerin beklenti skorları karşılaştırıldığında beklenti yönünden farklılık önemli bulunmuş 1650<az geliri olan ile 1650-2500 arasında, 1650-2500 ile 4500+ arasında fark önemli bulunmuş ($p<0,05$). Puanlar ikişerli karşılaştırıldığında arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). ASM'nin taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde sağlayabilme kabiliyeti, gelir düzeyi grubunun çoğunluğunun beklentisini karşılamamıştır.

Tablo 6: Aile Sağlık Merkezlerinin Heveslilik Özelliklerinin Cinsiyete Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

	Cinsiyetiniz	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç
Boyut3 (Heveslilik) Performans Ort.	Kadın	229	5,09	0,98	t=1,07
	Erkek	155	4,99	0,93	p=0,282
Boyut3 (Heveslilik) Beklenti Ort.	Kadın	229	4,40	0,70	t=2,56
	Erkek	155	4,21	0,77	p=0,011*
Ortalama3 Fark	Kadın	229	0,00	0,00	F=1,11
	Erkek	155	0,00	0,00	p=0,342

ASM'nin heveslilik boyutunun cinsiyete göre, bireylerin beklenti skorları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). ASM'nin hastalara yardım etme ve tam hizmet sağlama konusundaki istekliliği; kadınların ve erkeklerin beklentileri karşılanmıştır. Ayrıca Boyut 3'de yaş ve kronik hastalık gruplarına göre farklılıklar önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 7: Aile Sağlık Merkezlerinin Heveslilik Özelliklerinin Eğitim Durumuna Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

Eğitim Durumunuz	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç	
Boyut3 (Heveslilik) Performans Ort.	Okuryazar değil	13	4,92	0,55	F=1,04 p=0,358
	Okuryazar	17	4,80	0,65	
	İlköğretim	61	5,07	0,81	
	Lise	109	4,94	0,84	
	Yükseköğretim	184	5,14	1,10	
Boyut3 (Heveslilik) Beklenti Ort.	Okuryazar değil	13	4,26	0,34	F=4,46 p=0,002*
	Okuryazar	17	3,98	0,60	
	İlköğretim	61	4,15	0,73	
	Lise	109	4,22	0,66	
	Yükseköğretim	184	4,48	0,78	
Ortalama3 Fark	Okuryazar değil	13	0,00	0,00	F=2,27 p=0,062
	Okuryazar	17	0,00	0,00	
	İlköğretim	61	0,00	0,00	
	Lise	109	0,00	0,00	
	Yükseköğretim	184	0,00	0,00	

ASM'nin heveslilik boyutunun eğitim düzeylerine göre, bireylerin beklenti skorları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim düzeylerine göre bireylerin ölçümler 2 şerli karşılaştırıldığında ilköğretim mezunları ile yükseköğretim mezunları, lise mezunları ile yükseköğretim mezunlar arasında fark önemli bulunurken ($p < 0,05$) diğer eğitim grupları arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p > 0,05$). ASM'nin hastalara yardım etme ve tam hizmet sağlama konusundaki istekliliği, eğitim grubunun beklentilerini karşılamıştır.

Tablo 8: Aile Sağlık Merkezlerinin Heveslilik Özelliklerinin Gelir Düzeyine Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

Gelir Düzeyiniz	N	Ortalama	Standart Sapma	Sonuç	
Boyut3 (Heveslilik) Performans Ort	1650<az	121	5,28	0,98	F=5,74 p=0,001*
	1650-2500	160	4,84	0,85	
	2501-3500	51	4,93	0,85	
	3501-4500	16	4,85	1,4	
	4500+	36	5,44	0,96	
Boyut3 (Heveslilik) Beklenti Ort.	1650<az	121	4,41	0,68	F=3,30 p=0,011*
	1650-2500	160	4,19	0,78	
	2501-3500	51	4,39	0,60	
	3501-4500	16	4,17	1,05	
	4500+	36	4,61	0,65	
Ortalama3 Fark	1650<az	121	0,00	0,00	F=1,29 P=0,274
	1650-2500	160	0,00	0,00	
	2501-3500	51	0,00	0,00	
	3501-4500	16	0,00	0,00	
	4500+	36	0,00	0,00	

ASM'nin heveslilik boyutunun gelir düzeylerine göre, bireylerin beklenti skorları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Skorlar ikişerli karşılaştırıldığında geliri 1650-2500 olanlar ile 4500+ olanlar arasındaki farklılık önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Kendi içlerinde farklılık gösterse de sonuçta beklentiler performansı karşılamıştır.

Tablo 9: Aile Sağlık Merkezlerinin Güven Özelliklerinin Cinsiyete Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

	Cinsiyetiniz	N	Ortalama	Standart Sapma	SONUÇ
Boyut4 (Güven) Beklenti Ort.	Kadın	229	3,68	0,60	t=2,05
	Erkek	155	3,55	0,61	p=0,041*
Boyut4 (Güven) Performans Ort.	Kadın	229	4,04	0,90	t=0,58
	Erkek	155	3,96	0,87	p=0,673
Ortalama4 Fark	Kadın	229	+0,35	0,97	t=0,50
	Erkek	155	+0,40	0,94	p=0,382

ASM'nin güven boyutunun cinsiyete göre, bireylerin beklenti skorları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Erkeklerin beklentileri daha düşüktür. Boyut 4'de cinsiyete göre bireylerin beklenti skorları ile performans skorları arasındaki farklar karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Farklılık skorları önemsiz olsa bile, fark skorlarına baktığımızda ASM personelinin bilgi ve nezaketi ile emniyet ve güven telkin edebilme kabiliyeti hem kadın hem erkeklerin beklentilerin karşılandığını göstermektedir.

Ayrıca, IV.Boyut'da yaş, kronik hastalık gruplarına göre farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$).

Tablo 10: Aile Sağlık Merkezlerinin Güven Özelliklerinin Eğitim Durumuna Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

Eğitim Durumunuz	N	Ortalama	Standart Sapma	SONUÇ	
Boyut4 (Güven) Beklenti Ort.	Okuryazar değil	13	3,57	0,40	F=3,11 p=0,015*
	Okuryazar	17	3,37	0,46	
	İlköğretim	61	3,50	0,58	
	Lise	109	3,58	0,51	
	Yükseköğretim	184	3,73	0,67	
Boyut4 (Güven) Performans Ort.	Okuryazar değil	13	3,76	0,48	F=1,05 p=0,380
	Okuryazar	17	3,87	0,49	
	İlköğretim	61	4,13	0,69	
	Lise	109	3,91	0,79	
	Yükseköğretim	184	4,05	1,04	
Ortalama4 Fark	Okuryazar değil	13	+0,19	0,44	F=1,44 p=0,219
	Okuryazar	17	+0,50	0,57	
	İlköğretim	61	+0,62	0,91	
	Lise	109	+0,33	0,94	
	Yükseköğretim	184	+0,32	1,03	

ASM'nin güven boyutunun eğitim gruplarına göre, bireylerin beklenti düzeyinde karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeylerine göre puanlar ikişerli karşılaştırıldığında okuryazar ile yükseköğretim arasında fark bulunurken ($p<0,05$) diğerlerinde

önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). Fark skorları önemsiz olmasına rağmen, ASM'nin hastalara yardım etme ve tam hizmet sağlama konusundaki istekliliği, tüm eğitim gruplarının beklentisinin üstündedir.

Tablo 11: Aile Sağlık Merkezlerinin Güven Özelliklerinin Gelir Düzeyine Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

	Gelir Düzeyiniz	N	Ortalama	Standart Sapma	SONUÇ
Boyut4 (Güven) Beklenti Ort.	1650<az	121	3,69	0,54	F=3,80
	1650-2500	160	3,55	0,64	p=0,005*
	2501-3500	51	3,69	0,45	
	3501-4500	16	3,25	1,08	
	4500+	36	3,84	0,48	
Boyut4 (Güven) Performans Ort.	1650<az	121	4,24	0,90	F=3,96
	1650-2500	160	3,87	0,83	p=0,004*
	2501-3500	51	3,95	0,83	
	3501-4500	16	3,60	1,10	
	4500+	36	4,08	0,97	
Ortalama4 Fark	1650<az	121	+0,54	0,89	F=1,41
	1650-2500	160	+0,31	1,04	p=0,196
	2501-3500	51	+0,25	1,01	
	3501-4500	16	+0,35	0,65	
	4500+	36	+0,23	0,79	

Asm'nin güven boyutunun gelir düzeyine göre, bireylerin beklenti skorları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gruplara ilişkin değerler ikişerli karşılaştırıldığında 3501-4500 arasında geliri olanlar ile 4500+ üstünde olanlar arasında fark önemli bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). ASM'nin hastalara yardım etme ve tam hizmet sağlama konusundaki istekliliği, gelir düzeyinde beklentinin üstündedir.

Tablo 12: Aile Sağlık Merkezlerinin Empati Özelliklerinin Cinsiyete Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

	Cinsiyetiniz	N	Ortalama	Standart Sapma	SONUÇ
Boyut5 (Empati) Beklenti Ort.	Kadın	229	2,44	0,38	t=2,49
	Erkek	155	2,34	0,43	p=0,013*
Boyut5 (Empati) Performans Ort.	Kadın	229	2,20	0,49	t=0,92
	Erkek	155	2,15	0,50	p=0,355
Ortalama5 Fark	Kadın	229	-0,24	0,59	t=0,89
	Erkek	155	-0,18	0,60	p=0,371

ASM'nin empati boyutunun cinsiyete göre, bireylerin beklenti skorları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). ASM'nin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat için erkeklerin beklentileri düşüktür. Bireylerin performans ve beklenti skorlarının farkı karşılaştırıldığında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). ASM'nin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat hem kadınların hem erkeklerin beklentilerini karşılamadığını göstermektedir.

Tablo 13: Aile Sağlık Merkezlerinin Empati Özelliklerinin Yaşa Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

	Yaşınız	N	Ortalama	Standart Sapma	SONUÇ
Boyut5 (Empati) Beklenti Ort.	16-25	151	2,45	0,43	F=2,89
	26-35	76	2,47	0,33	P=0,026*
	36-45	56	2,35	0,34	
	46-55	56	2,31	0,43	
	55 ve üstü	45	2,30	0,39	
Boyut5 (Empati) Performans Ort.	16-25	151	2,16	0,55	F=0,84
	26-35	76	2,16	0,56	p=0,498
	36-45	56	2,18	0,43	
	46-55	56	2,28	0,37	
	55 ve üstü	45	2,12	0,38	
Ortalama5 Fark	16-25	151	-0,28	0,67	F=2,61
	26-35	76	-0,31	0,65	p=0,033*
	36-45	56	-0,16	0,51	
	46-55	56	-0,02	0,53	
	55 ve üstü	45	-0,17	0,37	

ASM'nin empati boyutunun yaş gruplarına göre, bireylerin beklenti skorları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Yaş gruplarına göre puanlar 2 şerli karşılaştırıldığında 16-25 ile 46-55, 16-25 ile 55+ üzeri, 26-35 ile 46-55 fark bulunurken ($p<0,05$) diğer gruplar arasındaki farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). ASM'nin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat yaş gruplarında beklentiyi karşılamamıştır.

Tablo 14: Aile Sağlık Merkezlerinin Empati Özelliklerinin Eğitim Durumuna Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

Eğitim Durumunuz?	N	Ortalama	Standart Sapma	SONUÇ	
Boyut5 (Empati) Beklenti Ort.	Okuryazar değil	13	2,31	0,30	F=4,65
	Okuryazar	17	2,30	0,27	P=0,001*
	İlköğretim	61	2,30	0,39	
	Lise	109	2,33	0,35	
	Yükseköğretim	184	2,49	0,43	
Boyut5 (Empati) Performans Ort.	Okuryazar değil	13	2,09	0,20	F=0,68
	Okuryazar	17	2,18	0,29	p=0,605
	İlköğretim	61	2,25	0,40	
	Lise	109	2,13	0,46	
	Yükseköğretim	184	2,19	0,57	
Ortalama5 Fark	Okuryazar değil	13	-0,22	0,24	F=2,27
	Okuryazar	17	-0,11	0,26	p=0,061
	İlköğretim	61	-0,04	0,55	
	Lise	109	-0,20	0,61	
	Yükseköğretim	184	-0,30	0,63	

ASM'nin empati boyutunda eğitim düzeylerine göre, bireylerin beklenti skorları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeylerine ilişkin skorlar 2 şerli karşılaştırıldığında, okuryazar-yükseköğretim, ilköğretim-yükseköğretim, lise-yükseköğretim arasında fark önemli bulunurken diğer eğitim grupları arasında farklılık önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). ASM'nin empati boyutu, hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat, eğitim gruplarının beklentilerini karşılamamıştır.

Tablo 15: Aile Sağlık Merkezlerinin Empati Özelliklerinin Gelir Düzeyine Göre Beklenti ve Performans Skorları ile Beklenti ve Performans Skorlarının Farkı

	Gelir Düzeyiniz	N	Ortalama	Standart Sapma	SONUÇ
Boyut5 (Empati) Beklenti Ort.	1650<az	121	2,43	0,39	F=2,20
	1650-2500	160	2,36	0,40	P=0,068
	2501-3500	51	2,43	0,31	
	3501-4500	16	2,22	0,69	
	4500+	36	2,51	0,34	
Boyut5 (Empati) Performans Ort.	1650<az	121	2,30	0,51	F=3,45
	1650-2500	160	2,10	0,46	p=0,044*
	2501-3500	51	2,18	0,48	
	3501-4500	16	1,97	0,54	
	4500+	36	2,21	0,51	
Ortalama5 Fark	1650<az	121	-0,13	0,59	F=0,96
	1650-2500	160	-0,26	0,65	p=0,426
	2501-3500	51	-0,24	0,61	
	3501-4500	16	-0,24	0,42	
	4500+	36	-0,30	0,40	

ASM'nin empati boyutunun gelir düzeylerine göre, bireylerin beklenti puanları karşılaştırıldığında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$). Gelir düzeyi gruplarına göre performans karşılaştırıldığında 1650<az alanlarla 4500+ üstü alanlar arasında farklılık önemli bulunmuştur ($p<0,05$) diğerleri önemsiz bulunmuştur ($p>0,05$). ASM'nin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat, gelir düzeyi grubunun beklentisini karşılamamıştır.

7. TARTIŞMA VE SONUÇ

Çalışmada seçilen Aile Sağlık Merkezleri hedeflendiği gibi hasta memnuniyetini sağlamamıştır. Aile Sağlık Merkezlerine başvuran hastalar tarafından performansa verilen skor $3,96\pm 0,82$ iken beklentiye verilen skor ise $4,29\pm 0,65$ dir. Bu sonuçlara göre performans ile beklenti skoru arasındaki fark $-0,33$ 'tür. Dolayısıyla ASM'lerin çoğunlukla beklentiyi karşılamadığı tespit edilmiştir.

Fiziksel Özellik: ASM'nin fiziki tesislerinin, malzemelerinin, donanımının görünümü değerlendirildiğinde; araştırmaya katılan 46-55 yaş gruplarının, erkek bireylerin, ilköğretim mezunu olanların, gelir düzeyi 3501-4500 arası olan bireylerin, (diyabet dışında) diğer kronik rahatsızlığı olan hastaların beklentileri karşılanırken çoğunluğun beklentilerini karşılamamıştır.

Güvenirlilik: ASM'nin taahhüt edilen hizmeti güvenilir ve doğru bir şekilde sağlayabilme kabiliyeti değerlendirildiğinde araştırmaya katılan 46-55 yaş gruplarının, erkek bireylerin, ilköğretim mezunlarının, gelir düzeyi 1650<az geliri olan ile 1650-2500 arası 1650-2500 ile 4500+ arası olan



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

olan bireylerin, (diyabet dışında) kronik rahatsızlığı olan hastaların beklentilerini karşılarken, çalışmaya katılan bireylerin çoğunluğunun beklentisi karşılanmamıştır.

Heveslilik: ASM'nin hastalara yardım etme ve tam hizmet sağlama konusundaki istekliliği değerlendirildiğinde araştırma grubunun beklenti ve performansı aynı düzeyde çıkmıştır. Birbirini dengelemiş ve beklentiyi karşılamıştır.

Güven: ASM personelinin bilgi ve nezaketi ile emniyet ve güven telkin edebilme kabiliyeti değerlendirildiğinde araştırma grubunun beklentisini fazlasıyla karşılamıştır.

Empati: ASM'nin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat değerlendirildiğinde araştırma grubunun beklentisini karşılamamıştır.

ASM'lerin fiziksel özellikleri, güvenilirlik, heveslilik, güven, empati boyutları değerlendirildiğinde kadınların beklentilerini karşılamadığı saptanmıştır. "Yaş gruplarına" göre bakıldığında 46-55 yaş bireylerin beklentilerini karşılarken diğer yaş gruplarının beklentilerini karşılamamıştır. Bireylerin "eğitim düzeylerine" göre ilköğretim mezunu olan bireylerin beklentilerini karşılarken diğer eğitim düzeyi grupların beklentilerini karşılamamıştır. "Gelir düzeyi" 3501-4500 arası olan bireylerin beklentileri karşılanmış diğer gelir düzeyi grupların beklentilerini karşılamamıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde Hekkert ve ark. (2009) yapmış olduğu çalışmada hasta bireylerin bazı demografik özelliklerinin (yaş, cinsiyet, sağlık durumu, eğitim) hasta memnuniyetine etkisini araştırmıştır. Bulunan sonuçta, demografik verilerin hasta memnuniyetine etkisinin olduğu özellikle yaş, sağlık durumu ve eğitimin hasta memnuniyetinde belirleyici role sahip olduğu saptanmıştır.

Çalışmaya katılan "ilköğretim mezunlarının" ASM'den almış olduğu hizmetin beklentilerini karşılarken diğer eğitim gruplarının beklentisini karşılamamıştır. Bu çalışmaya benzer şekilde, Edirne ve ark. (2009) Van'da yapmış olduğu çalışmada sağlık merkezine başvuran hastaların eğitim düzeyi ilköğretim ve altında (okuryazar, okuryazar değil) eğitim almış kişilerin oranı %34,7, üniversite mezunu olanların oranı %14,4 olarak belirlenmiştir. Akıllı ve Genç (2007) yaptığı araştırmada ise, sağlık kuruluşlarına en çok başvuran hastalar arasında eğitim düzeyi %37 ile ilköğretim mezunları olmuştur.

Çalışmada ASM'nin hastalara sağladığı kişisel ilgi ve dikkat için; erkeklerin beklentileri kadınlardan daha düşüktür. Fakat her iki grup için performans, beklentilerini karşılamamıştır. Yaş gruplarına göre de yaş ilerledikçe beklenti azalmış fakat yine de sonuçta tüm yaş gruplarının beklentisi karşılanmamıştır. Eğitim gruplarının ve gelir gruplarında da beklentisi karşılanmamıştır. Hem kronik hastası olanların hem de kronik hastası olmayanların da beklentileri karşılanmamıştır. Yine benzer şekilde Ünal ve ark. (2008) sağlık merkezine başvuran hastaların tedavisi için her şeyin yapıldığı ve tedavi ile ilgili ayrıntılı bilgi verilmesi, doktorlarının çalışmasından memnun olma durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Yapılan tedavi hakkında hastaya bilgi verilmesi, yapılan tedavi için izin alınması, anlayacağı dilden ifadeler kullanılması, hasta memnuniyetini etkileyen en önemli faktör olduğu bilinmektedir.

Çalışmada tekrar ASM'ne gelir misiniz sorusu toplam performans ve beklenti yönünden karşılaştırıldığında beklentide fark önemli bulunmuştur. Hayır diyenlerin hastanelerden beklentileri daha yüksektir. Performans ve toplam skor yönünden ise farklılık önemsiz bulunmuştur. Bölgenizdeki ASM dışında özel hastane veya devlet hastanesine gidiyor musunuz sorusuna beklenti, performans ve fark önemli bulunmuştur. Hayır diyenlerin beklentisi karşılanmıştır. ASM'lerde sürekli aynı hekime muayene olmak hastalarda güveni arttırdığı ve hasta memnuniyeti sağladığı gözlenmiştir. Araştırmayla ilişkili olarak; Bu-Alayyan ve ark. (2008) tarafından Kuveyt'te yapılan çalışmada, temel memnuniyetsizliğin tedavinin devam etmemesi, hastaların sadece %30'unun hep aynı hekime muayene olduğu, %27,8'inin ise çoğu zaman aynı hekimle görüşebildiği belirtilmiştir. Yine Potiriadis ve ark. (2008) tarafından Avustralya'da yapılan

çalışmada Aile sağlık merkezlerine başvuran hastaların sürekli aynı hekime muayene olması hasta memnuniyetini arttırdığı gözlemlenmiştir.

Araştırmanın sonuçlarına göre Aile Sağlık Merkezlerine başvuran hastaların hem fiziksel hem ruhsal olarak isteklerinin yeterince karşılanmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca hastalandıklarında ilk olarak Aile Sağlık Merkezlerini tercih etmedikleri daha ziyade ikinci, üçüncü ve özel sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri görülmüştür. Aile Sağlık Merkezlerini daha çok ilaç yazdırmak ve rapor almak için gittikleri tespit edilmiştir. Hastaların Aile Sağlık Merkezlerinden gerektiği gibi sağlık hizmeti almadığı gözlemlenmiştir. Bu durum ASM'lerin gerçek amacını yansıtmamaktadır.

Aile Sağlık Merkezinin Etkin Kullanılması İçin Öneriler;

- ✓ Birinci basamak sağlık hizmetlerinin fiziksel eksikleri giderilmeli ve daha modern hale getirilmelidir.
- ✓ Hastalara karşı empati duygusu daha çok geliştirilmelidir.
- ✓ Aile Sağlık Merkezlerinde hastalara karşı ilgi, alaka ve takip artırılmalıdır.
- ✓ İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuru için sevk zorunluluğu getirilmelidir.

Böylece ASM'lerin ilk başvuru yeri olması sağlanacak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvurular azalacaktır. Bu sayede ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının hem iş yoğunluğu azalacak hem de ülkenin sağlık hizmetlerindeki ekonomik sorununun çok büyük bir kısmını azaltacaktır.

KAYNAKÇA

Aile Hekimliği Kanunu (2004). Kanun Numarası: 5258, Kabul Tarihi: 24/11/2004 Yayımlandığı R.Gazete : Tarih : 9/12/2004 Sayı :25665 Yayımlandığı Düstur : Tertip : 5 Cilt : 44

Akıllı, A., Genç, M. (2007). Şanlıurfa ili Bozova ilçesi merkez sağlık ocağına başvuran hastaların sağlık hizmetlerini kullanma durumu ve etkileyen faktörler. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 14(2):95-99.

Altınöz Hc, Esen Mf, Bilgin E, Karçaaltıncaba E, Kahyaoğlu B, (2009). Çalışanların Kalite Yönetimi Algıları: Bir Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Uygulaması. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi Bildiriler Kitabı, Ankara, s.319-334.

Bu-Alayyan, S., Mostafa, A., Al-Etaibi, B., Sorkhou, E., Al-Taher, H., Al-Weqayyan, A. (2008). Patient satisfaction with primary health care services in Kuwait. Kuwait Medical Journal, 40(1):25-30.

Diken, A. (1998). Sanayi ve Hizmet İşletmelerinde Toplam Kalite Yönetimi. Konya Ticaret Odası Eğitim ve Kültür Yayınları, Sayı:8, Konya, s.105-107.

Edirne, T., Kuflaşlan, AD., Atmaca, B. (2009). Van İlinde Birinci Basamak Hasta Memnuniyeti: Ankete dayalı Kesitsel Çalışma. Türk Aile Hek Derg, 13(3): 137-47.

Hekkert, KD., Cihangir, S. (2009). Kleefstra SM, van den Berg B, Kool RB. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. Soc Sci Med, 69(1):68-75.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Karkın, N. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Dönüşüm Sürecinde Yerel Yönetimin Tutum ve Beklentileri, Büyük Şehir Belediyeleri Örneği. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, s.79.
- Kayral, İ, H. (2015). Hizmet Kalitesi ve Sağlık Hizmetlerinde Çok Boyutlu Kalite. Detay Yayıncılık, Ankara, s.1
- Önsüz, Mf., Topuzoğlu, A., Cöbek, Uc., Ertürk, S., Yılmaz, F., Birol, S. (2008). İstanbul'da Bir Tıp Fakültesi Hastanesinde Yatan Hastaların Memnuniyet Düzeyi. Marmara Med, 21(1), s.33-49.
- Potiriadis, M., Chondros, P., Gilchrist, G., Hegarty, K., Blashki, G., Gunn, JM. (2008). How do Australian patients rate their general practitioner? A descriptive study using the general practice assessment questionnaire. Med J Aust, 189 (4):215–219.
- Sağlık Bakanlığı Proje Yönetim Destek Birimi. (2004). Sağlıkta Dönüşüm Programının Birinci Fazına Destek Sağlıkta Dönüşüm Projesi. Proje İşletim Klavuzu, Bölüm –I, Ankara, s.43.
- Tanrıkulu, S. (2004). Sağlıkta Kalite Seçim Değil, Zorluluktur. Standart ve Ekonomik Teknik Dergisi, İstanbul, s.79-80.
- Tanrıverdi, H., Erdem, Ş., (2010). Sağlık Hizmetlerinde Hizmet Kalitesi İle Tatmin Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi ve Bir Uygulama. TSA Dergisi, 14:(1), s.73-92.
- Tarım, M. (2000). Hizmet Organizasyonlarında (Hastanelerde) Kalite. Kamu İşverenleri Sendikası Yayını, Ankara, s.1027.
- Top, M., Tarcan, M., Güler, H., Tekingündüz, S. (2010). Hastane Sektöründe Yatan Hastaların Hasta Tatmini ve Hastane Kalitesi Algulamalarının Değerlendirilmesi, İzmir İli Sağlık Bakanlığı Hastaneleri Örneği Akademik Bakış Dergisi, 22(1), s.29.
- Ünalın, D., Öztürk, A., Tolga, Y., Tasdelen, C., Yazlak, Z., Ögüt, E. ve Ark. (2008). Kayseri Devlet Hastanesi'nden Poliklinik Hizmeti Alan SSK Mensubu Erişkin Hastalarda Memnuniyet Durumu, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3:(8), s.85-98.
- Yılmaz, M. (2001). Sağlık Bakım Kalitesinin Bir Ölçütü: Hasta Memnuniyeti, CÜ Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 5:(2), s.69-74.



**GENEL SAĞLIK SİGORTASI KAPSAMINDA YEŞİL KARTTAN FAYDALANAN
VATANDAŞLARIN YEŞİL KART UYGULAMASI HAKKINDAKİ GÖRÜŞLERİ
ÜZERİNE NİTEL BİR ARAŞTIRMA**

**A QUALITATIVE STUDY ON THE OPINIONS OF CITIZENS WHO BENEFIT
FROM A GREEN CARD WITHIN THE SCOPE OF GENERAL HEALTH
INSURANCE ON THE GREEN CARD APPLICATION**

Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI

Yozgat Bozok Üniversitesi, umit.cirakli@yobu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-3134-8830

Arş. Gör. Dr. Durmuş GÖKKAYA

Yozgat Bozok Üniversitesi, durmus.gokkaya@yobu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-6713-1748

Rümeysa KİBAR

Yozgat Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı Başkanlığı, rumeysa.kibar@gmail.com, orcid.org/0000-0001-9856-678X

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (21.05.2021-27.06.2021)

Öz

Bu araştırma, genel sağlık sigortası kapsamında yeşil karttan faydalanan vatandaşların yeşil kart uygulaması hakkındaki görüşlerini daha detaylı olarak ortaya koyabilmek amacıyla, tarama modeline göre yapılandırılmış nitel bir araştırmadır. Bu çalışmanın örneklemini, 2020 Ağustos-Eylül aylarında görüşülen yirmi yeşil kartlı birey oluşturmaktadır. Araştırmacı tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu ile yüz yüze görüşmeler gerçekleştirilmiş ve araştırma verileri elde edilmiştir. Elde edilen veriler betimsel analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir. Bu araştırma kapsamında yeşil kartlı bireylerin GSS ve yeşil kart uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerine, başvuru-vize süreci ile yeşil kart kullanımına dair deneyimlerine, uygulama hakkındaki genel düşüncelerine ve isteklerine ilişkin bulgu ve yorumlara yer verilmiştir. Araştırma kapsamında incelenen yeşil kartlıların medeni durumlarının, eğitim düzeylerinin ailedeki kişi sayısının, hane içindeki gelirleri ile mal varlıklarının yeşil kart sahibi olmada belirleyici etmenler olduğu ortaya çıkmıştır. Araştırmada yeşil kartlıların yeşil kartın ne olduğunu, amacını, önemini, kapsamını ve sunduğu sağlık hizmetlerini bildikleri, uygulamadan memnun oldukları ve sosyal güvencenin öneminin farkında oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Genel sağlık sigortası, yeşil kart uygulaması, nitel çalışma



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Abstract

This research is a qualitative research structured according to the screening model in order to reveal the opinions of the citizens who benefit from the green card within the scope of universal health insurance on the green card application in more detail. The sample of this study consists of twenty green card holders interviewed in August-September 2020. Face-to-face interviews were conducted with the semi-structured interview form created by the researcher and research data were obtained. The data obtained were evaluated with the descriptive analysis method. Within the scope of this research, the findings and interpretations regarding the knowledge levels of the individuals with green cards on General Health Insurance and green card application, their experiences regarding the application-visa process and the use of green cards, their general thoughts and requests about the application were included. It has been revealed that the marital status, education level, number of family members, income in the household and assets of the green card holders examined within the scope of the study are the determining factors in obtaining a green card. In the study, it was concluded that the green card holders knew what the green card is, its purpose, importance, scope and health services, they were satisfied with the application and were aware of the importance of social security.

Keywords: General health insurance, green card application, qualitative study

GİRİŞ

Geçmişten günümüze ülkeler halklarının bugününü ve geleceğini güvence altına almak amacıyla sosyal güvenlik sistemlerini kurmuşlardır. Her ülkede farklılık gösteren sosyal güvenlik sistemleri Türkiye’de de geçmişten bu yana çeşitli evrelerden geçerek günümüze kadar gelmiştir. Bu evreler içinde, 1945’ten 2006 yılına kadar sosyal güvenlik sistemi Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve BAĞ-KUR olmak üzere üçlü bir yapıya sahip olmuştur. Bunlara ek olarak sosyal güvenlik sistemi dışında kalan yoksul kişilere sağlık hizmeti sunmak amacıyla 3816 sayılı yasa ile “Yeşil Kart” sistemi başlatılmıştır (Şener, 2010: 109). Genel sağlık sigortası kapsamında olan yeşil kart, hane içindeki kişi başı geliri asgari ücretin 1/3’den az olan ve 2022 sayılı Kanuna göre aylık alan kişilerin sağlık hizmetlerinden ücretsiz bir şekilde yararlandığı sağlık güvencesidir.

3816 sayılı Kanun kapsamında yeşil kart sisteminden faydalananlar da 1.1.2012 tarihinden itibaren Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından resen genel sağlık sigortası olarak tescil edilmiş ve yeşil kartlı vatandaşlarda kapsama alanına alınmıştır. Bu tarihten itibaren Türk vatandaşlarından herhangi bir sosyal güvencesi olmayan kişiler, yapılacak gelir testi sonucu 5510 sayılı kanunun 60’ıncı maddesi kapsamında tescil edilerek prim ödemeksizin SGK’nın sağlık yardımlarından faydalandırılmaktadır (Resmi Gazete, 2006, 2011).

Bu çalışmada Genel Sağlık Sigortası kapsamında yeşil karttan yararlanan vatandaşların yeşil kart uygulamasına yönelik bakış açıları ele alınmıştır. Yeşil kartlı bireylerin, yeşil kart uygulaması hakkındaki düşünceleri, deneyimleri ve beklentilerini araştırarak bu konuda yapılabilecek yeni girişimlere rehber olmak, yaşanan problemleri tespit etmek ve bunlara yönelik çözüm önerileri sunabilmek için bu çalışma tasarlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

Sosyal Güvenlik Sistemi

Sosyal güvenlik, topluluk halinde yaşamaya başlayan insanların tehlikeli yaşam koşullarına karşı kendilerini güvence altına almak istemeleri ile ortaya çıkmıştır (Kızılova, 2015: 4). Sosyal güvenlik terimi ilk kez, Sovyetler Birliği’nin 31.10.1918 tarihli bir kararnamesinde yer almıştır (Güvercin,

293

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ÇIRAKLI, Ü. / GÖKKAYA, D. / KİBAR, R.)

2000: 3). Türkiye’de sosyal güvenliğin tarihsel sürecine bakıldığında 1945’ten sonra yeterli olmasa da kapsamlı bir sosyal güvenlik sistemi geliştirme doğrultusunda birtakım çabaların olduğu görülmektedir (Vargün, 2019: 51). Ancak 2006 yılına kadar sosyal güvenlik sistemi parçalı ve dağınık bir yapı olarak devam etmiştir. 2006 yılına kadar sosyal güvenliğin işlevleri üç büyük kurum tarafından yerine getirilmekteydi. Bu kurumlar; öncelikle 506 Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), 1479 Sayılı Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (BAĞKUR) ve kamuda iştirakçi olanlara ilişkin 5434 sayılı Emekli Sandığı (ES) Kurumu’dur (Ulutürk ve Dane, 2009: 132). Ayrıca herhangi bir sosyal güvenlik uygulamasına dâhil olamayan bireyler için yeşil kart uygulamasına da yer verilmiştir (Gözlü, 2020: 214).

2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında yapılan çalışmaların sonucunda 20 Mayıs 2006 tarih ve 26173 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ve 1.05.2006 tarihinde kabul edilen 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile birlikte sosyal güvenlik çerçevesinde yeni yasal düzenlemeler yapılarak sosyal güvenlik kurumları tek bir sistem altında birleştirilerek Genel sağlık sigortası sistemine geçilmiştir (Ekinci, 2018: 31; Vargün, 2019: 64; Gözlü, 2020: 215). Genel sağlık sigortasına ilişkin hükümlerin yürürlüğü, 1.10.2008 ile 31.12.2011 tarihleri arasında isteğe bırakılmış, 1 Ocak 2012 tarihinde ise genel sağlık sigortasında zorunluluk başlamıştır (Kuruca, 2012: 170). Tablo 1.’de SGK tarafından sunulan verilerle hazırlanan Genel Sağlık Sigortasına ait bilgiler paylaşılmıştır (SGK, 2020a, 2020b).

Tablo 1. 2012-2019 Yılları Arası GSS Verileri

Yıllar	Türkiye Nüfusu	GSS Kapsamında Tescil Edilenler	GSS Primleri Kendileri Tarafından Ödenenler	GSS Primleri Devlet Tarafından Ödenenler (Yeşil Kartlılar)
2012	75.627.384	11.357.306	3.798.485	7.558.821
2013	76.667.864	12.351.352	4.699.867	7.651.485
2014	77.695.904	11.385.011	4.043.415	7.341.596
2015	78.741.053	10.180.009	2.787.922	7.392.087
2016	79.814.871	10.189.469	2.679.737	7.509.732
2017	80.810.525	9.825.269	1.889.260	7.936.009
2018	82.003.882	10.585.086	2.322.684	8.262.402
2019	83.154.997	11.473.608	2.393.087	9.080.521

Kaynak: SGK, 2020.

Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Yeşil Kart Uygulaması

Genel sağlık sigortası, “kişilerin ekonomik gücüne ve isteğine bakılmaksızın, ortaya çıkacak hastalık riskine karşı, toplumun bütün fertlerinin sağlık hizmetlerinden eşit, ulaşılabilir ve etkin bir biçimde faydalanmasını sağlayan sağlık sigortasıdır” (Çallı, 2012, s.35). Genel Sağlık Sigortasının amacı; ülkedeki tüm vatandaşları kapsayacak adil ve kolay erişilebilir, hakkaniyete dayalı, tedavi edici, kaliteli sağlık ve sosyal güvenlik hakkı tanımadır (Özmen, 2013: 27). Genel sağlık sigortası kapsamındaki yeşil kart ise; “hiçbir sosyal güvenlik kurumu altında olmayan ve sağlık hizmetleri giderlerini karşılayacak durumunda bulunmayan vatandaşlarımızın tedavi giderlerinin devlet tarafından karşılanması amacıyla verilen bir karttır” şeklinde tanımlanmaktadır (Tarcan ve Şahin, 2007: 71). Vatandaşlar buna göre devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden ücretsiz bir



şekilde faydalanabilmektedir. Yasal çerçevede yeşil kart; “3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkına Kanun” ile 3 Temmuz 1992 tarih ve 21273 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Yasa ile muhtaç olan vatandaşlara öngörülen sağlık yardımlarından faydalanmaları için yeşil kart verildiğinden bu kanundan doğan uygulamalara “Yeşil Kart” uygulaması denilmiştir (Kızılova, 2015: 2). 3816 sayılı kanun kapsamında yeşil kart sisteminden faydalananlar da 1.1.2012 tarihinden itibaren GSS'nin tüm ülkede zorunlu olmasıyla birlikte SGK tarafından resen genel sağlık sigortası olarak tescil edilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 2006, 2011) ve aynı tarihte gelir testi uygulaması yürürlüğe girmiştir (Ekinci, 2018: 34).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmanın Amacı ve Yöntemi

Genel Sağlık Sigortası kapsamında yeşil karttan yararlanan vatandaşların yeşil kart uygulamasına yönelik bakış açılarının incelenmesi ve uygulama hakkındaki düşüncelerinin ortaya konulması bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır.

Yeşil kartlı bireylerin deneyimleri, düşünceleri ve isteklerini daha kapsamlı ve detaylı olarak inceleyebilmek üzere araştırmaya yön veren "ne, ne zaman, nasıl, neden, nerede ve kim" sorularını cevaplandırmak amacıyla, araştırma tarama modeline uygun olarak tasarlanmıştır. Tarama modelleri, geçmişte ya da halen var olan bir durumu var olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlayan yaklaşımlardır. Araştırmaya konu olan olay, birey ya da nesne kendi koşulları içinde ve olduğu gibi tanımlanmaya çalışılır. Onları herhangi bir şekilde değiştirme, etkileme çabası gösterilmez. Bilinmek istenen şey vardır ve ordadır. Önemli olan ona uygun bir biçimde “gözleyip” belirleyebilmektir (Karasar, 2009: 7). Bu araştırma GSS kapsamındaki yeşil kartlı bireylerin yeşil kart uygulaması hakkındaki düşüncelerini daha detaylı olarak ortaya koyabilmek amacıyla tarama modeline göre yapılandırılmış nitel bir araştırmadır.

Evren ve Örneklem

Araştırma evreni Türkiye’deki yeşil kartlı bireylerdir. Fakat bu evrene ulaşmak imkânsız olduğundan çalışma evreni seçilmiştir. Yozgat ilindeki Yozgat Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfında (SYDV) kaydı olan yeşil kartlılar çalışma evreni olarak belirlenmiştir. Örneklem yöntemi olarak da kolayda örneklem yöntemi ile veriler toplanmıştır. Ural ve Kılıç’a (2011: 43) göre kolayda örneklem yönteminde amaç, isteyen herkesin örneklem içerisine ve örneklem dâhil edilmesidir. Denek bulma işlemi belirlenen örneklem hacmine ulaşıncaya kadar devam eder. Bu yöntem gerek zaman gerekse ekonomik açıdan büyük tasarruf sağlar. Örneklem, yapılan nitel araştırmada Yozgat SYDV’de kaydı olup, ulaşılabilen yirmi yeşil kartlı bireyle görüşülmüştür.

Veri Toplama Aracı Yöntemi

Bu çalışmada yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılarak derinlemesine görüşme tekniğiyle veriler toplanmıştır. Görüşme formu, yeşil kartlı bireylerin; GSS ve yeşil kart hakkındaki bilgi düzeyleri, başvuru ve vize süreci ile yeşil kart kullanımında edindikleri tecrübeleri ve düşünceleri, yeşil kart uygulamasına dair görüşleri hakkında bilgi almayı sağlayacak biçimde hazırlanmıştır. Görüşme formunun araştırmanın amacına yönelik olabilmesi için uzman görüşünden yararlanılmıştır. Görüşme formu 30 ana soru ve 21 alt sorudan oluşmaktadır. Diğer veri toplama araçları ise literatür taraması ile elde edilen veriler ve gerekli istatistikler olmuştur. Görüşülen kişilerin gerçek isimleri gizlilik ve mahremiyet gerekçesi ile kullanılmamış, isim ve soy isimlerinin baş harfleri ile kodlanmıştır.



Veri Toplama Süreci ve Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri 20 Ağustos 2020 ve 20 Eylül 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Veriler yeşil kartlı bireyler ile yüz yüze görüşmeler, görüşmelerin ses kayıt cihazıyla kaydedilmesi ve kayıtların çözümlenmesi yoluyla toplanmıştır. Görüşmelerin titizlikle dökümü yapılarak veri kaybına mahal vermemek için görüşmeler tekrar tekrar dinlenmiştir. Görüşmeler Yozgat SYDV'de gerçekleştirilmiş olup minimum görüşme süresi on bir dakika, ses kayıtlarının çözümlenme süresi dört saat olmuştur. Görüşülen kişilerin gerçek isimleri gizlilik ve mahremiyet gerekçesi ile kullanılmamış, isim ve soy isimlerinin baş harfleri ile kodlanmıştır. Görüşmeler kurumsal izin çerçevesinde ve sosyal hizmet uzmanı tarafından yapılmıştır. Çalışmanın geneli göz önüne alındığında güvenilirlik ve geçerlik kriterleri titizlikle ve hassasiyetle sağlanmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda görüşmeler arşivlenerek koruma altına alınmıştır.

Araştırma sürecinde elde edilen veriler, betimsel analiz yönetimi kullanılarak analiz edilmiştir. Yıldırım ve Şimşek, (2016)'e göre betimsel analiz, çeşitli veri toplama teknikleri ile elde edilmiş verilerin daha önceden belirlenmiş temalara göre özetlenmesi ve yorumlanmasını içeren bir nitel veri analiz türüdür. Bu analiz türünde araştırmacı görüştüğü ya da gözlemiş olduğu bireylerin görüşlerini çarpıcı bir biçimde yansıtabilmek amacıyla doğrudan alıntılara sık sık yer verilebilmektedir. Bu analiz türünde temel amaç, elde edilmiş olan bulguların okuyucuya özetlenmiş ve yorumlanmış bir biçimde sunulmasıdır.

Veri analiz sürecinde; yeşil kartlı bireylerin yeşil kart uygulaması hakkındaki ortak düşünceleri, görüşme sırasında elde edilen deneyimleri, düşünceleri ve isteklerinin belirlenmesi tema olarak seçilmiştir. Bu temalar üzerinden bulgular ele alınarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Bu çalışmada elde edilen bulgular 4 ana bölümde ele alınmıştır. Bu bölümlerin ilkinde yeşil kartlı bireyleri ve ailelerini tanıttıcı bulgulara, ikincisinde yeşil kartlı bireylerin GSS ve yeşil kart uygulaması hakkındaki bilgi düzeylerine ilişkin bulgulara; üçüncüsünde yeşil kartlı bireylerin başvuru ve vize süreci ile yeşil kart kullanımlarına ilişkin bulgulara, dördüncüsünde ise yeşil kartlı bireylerin uygulama hakkındaki görüşlerine ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

1. Yeşil Kartlı Bireyi ve Ailelerini Tanıttıcı Bulgular

Çalışmaya katılan katılımcıların demografik özellikleri Tablo 2'deki gibi özetlenmiştir. Araştırma kapsamındaki 20 yeşil kartlı bireyin %65'nin kadın, %60'ının evli, %50'sinin ilköğretim mezunu, %80'nin herhangi bir işte çalışmadığı, %45'inin 2000-3000 TL aylık geliri olduğu görülmüştür.

Bu araştırmaya katılan yeşil kartlı bireyleri ve ailelerini tanıttıcı sosyo-demografik özelliklerine ilişkin bulgulara bakıldığında eğitim düzeyi, çalışma durumu, kişi başına düşen gelirin yeşil kartlı olma durumunu etkilediğini ifade etmek mümkündür.

Tablo 2. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	13	%65
	Erkek	7	%35
Yaş Grubu	20-30	8	%40
	30-40	4	%20
	40-50	8	%40
Medeni Hal	Evli	12	%60
	Boşanmış	2	%10
	Bekar	6	%30
Eğitim Durumu	Mezuniyeti Olmayan	1	%5
	İlkokul	10	%50
	Ortaokul	0	%0
	Lise	7	%35
	Ön Lisans	1	%5
	Lisans	1	%5
Çalışma Durumu	Çalışıyor	4	%20
	Çalışmıyor	16	%80
Eşlerinin Çalışma Durumu	Çalışıyor	7	%58
	Çalışmıyor	5	%42
Aile Üyelerinin Yeşil Kartlı Olma Durumu	Yeşil Kartlı Olan	15	%75
	Yeşil Kartlı Olmayan	5	%25
Hane İçindeki Gelir	0-1000 TL	5	%25
	1000-2000 TL	4	%20
	2000-3000 TL	9	%45
	3000 TL +	2	%10
Hanedeki Kişi Sayısı	1-2 Kişi	2	%10
	3-4 Kişi	7	%35
	5-6 Kişi	11	%55

2. Yeşil Kartlı Bireylerin Genel Sağlık Sigortası Ve Yeşil Kart Uygulaması Hakkındaki Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

2.1. Genel Sağlık Sigortası ve Yeşil Kart Hakkındaki Bilgi Düzeylerine İlişkin Bulgular

Bu araştırma kapsamında görüşülen yeşil kartlı bireylerin genel sağlık sigortası (GSS) hakkında bilgilerinin eksik olduğu görülmüştür. Bazı katılımcılar bilgilerinin olmadığını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar ise, GSS hakkında ücretsiz bir şekilde sağlık hizmetlerinden yararlanmak olarak belirtmişlerdir. Bunların yanı sıra, sigortalı çalışanlarla aralarında herhangi bir fark olmadığını, sağlık güvencesi kapsamında olduklarını belirten yeşil kartlılar da bulunmaktadır. Bunlarla ilgili katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

- Hastaneye gittiğinde sigorta gibi bir durum. Ben ne zaman gitsem hastanede para alınmadı ilaçların yüzdesi alınmıyor. Devletten kömür yardımı aldık bize faydası oldu (G.K, 40, İlköğretim).
- Hemen hemen her şeye bakıyor kızım. Mesela diyelim ki kulak burun boğaz bu tür şeyler hepsine bakıyor (A.S, 44, Lise).
- Ücretsiz olarak sağlık hizmetinden faydalanabildiğimi biliyorum (A.Y, 47, İlköğretim).
- Çok küçük yaşlardayken çıkmıştı onu biliyorum. Sağlıktan ücretsiz yararlanma değil mi?(A.Ö, Lise,22).

- *Açıkçası pek bir şey bilmiyorum, ama sigortası olan kişilerle ve aynı düzeyde yararlanabildiklerini biliyorum (S.E, 24, Lisans).*
- *Sağlık, ilaç, muayene hastanede yatıştan oradan yararlanıyoruz. Bildiklerim bunlar (Ş.D, 46, İlköğretim).*

Bu araştırma kapsamındaki bireylerin büyük çoğunluğunun, GSS'yi tam olarak bilmemelerine karşın GSS kapsamındaki yeşil kartın ne olduğunu ve amacını bildikleri, yarıdan fazlasının da yeşil kartı ücretsiz sağlık hizmeti aldıkları sosyal güvence olarak tanımladıkları gözlemlenmiştir. Bu durumu görüşülen yeşil kartlılardan bazıları şu şekilde belirtmiştir:

- *Yeşil kart sosyal güvencesi olmayanların ücretsiz olarak sağlık hizmeti almasını sağlar. Bizim güvencemiz olmadığı için parasız hastaneye gidebilirim diye çıkarıyorlar (K.Ö, 20, Lise).*
- *Yeşil kartla gayet sıkıntısız rahat muayene olabiliyorum. İlaçlarımı rahat alıyorum. Sağlıkla ilgili bir sistem olduğunu biliyorum (P.D. 30, İlköğretim).*
- *Yeşil kartla, durumu iyi olmayanlar devlet tarafından bakılıyor (A.S, 44, Lise).*
- *Yeşil kart durumu olmayanlar, üstünde bir mal varlığının olmaması durumunda verilen karttır (H.S, 42, İlköğretim).*
- *Kimsesi olmayanlara verilen, fakir olanlara, mağdur olanlara verilen yeşil kart. Sağlık yönünden hastanelerde işe yaradığını da biliyorum (Z.K, 41, İlköğretim Terk).*

Bazı katılımcıların Yeşil kartı almaya hak kazanan kişileri 5510 sayılı Kanunda çizilen çerçeveler dâhilinde tanımladığı görülmüştür:

- *Geliri tespit edilip geliri durumu düzeyi düşük olan kişilerdir (Ş.D, 46, İlköğretim).*
- *Durumu olmayanlar, sigortalı bir işte çalışmayanlar hak kazanır (A.S,44, Lise).*

Bu araştırma kapsamında görüşülen yeşil kartlıların tamamına yakınının, başvuru işlemlerini tam olarak bilmedikleri ve başvuru sürecini kendi başvuru süreçlerine benzer şekilde anlattıkları görülmüştür. Ayrıca katılımcıların tamamına yakını, başvuru yapılmasına rağmen yeşil kart kapsamına alınmamasını mal varlığı ve maddi durumla ilişkilendirdikleri tespit edilmiştir.

- *Başvuru süreci, önce başvuru yapıyorsun, sonra evine geliyorlar, incelemeye alıyorlar inceleme oluyor, bilgi veriyorsun araştırıyorlar. Araştırmadan sonra sonuçlanıyor. Ona göre sonra SGK'ye gidip açtırıyorsun (P.D, 30, İlköğretim).*
- *Onların durumu iyidir, mal varlıkları vardır üstünde çünkü kimliğe bakıldığı zaman TC'nde senin üstünde ne varsa zaten gözükiyor, oradan karar veriyorlar (H.S, 42, İlköğretim).*
- *Sigortaya gittim geldim. Başka da bir şey olmadı yani. Burada (Yozgat SYDV) yeşil kart veren yere geldim, yeşil kart çıkartmak istediğimi söyledim. Onlarda sigortaya gönderdi, geri geldim. Yani burada işlemim yapıldıktan sonra sigortaya gönderildim (K.G, 31, İlköğretim).*
- *İlk başta SGK'ye gittim sağlık sigortası için başvurudum. Sonra gelir testi yaptırman gerekiyor dediler. Valiliğe git dediler buraya geldim. Buradan da abiler bana yardımcı oldu (K.İ, 20, Lise).*
- *Aylık gelir düzeyleri fazla mı geliyor? Başka üzerlerine evler falan çıkıyormuş benim bildiğim kadarı ile ve tapu tarla çıkıyor ondan alamıyorlar öyle biliyorum. İş olmasa da ikinci evi arabası tarlası falan olanların alamadıklarını duymuştum (G.K, 40, İlköğretim).*

Katılımcıların Yeşil kart uygulamasını objektif bir sistem olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Yapılan görüşmeler sonunda objektif olarak değerlendirmelerinde sistemin herkes için eşit olarak uygulanmasının etkili olduğu kanısına varılmıştır:



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- *Bunu devletimizin objektif yaptığını tahmin ediyorum (S.K, 46, Ön Lisans).*
- *Bence gelire ve durumuna bakıldığı için objektif. Bu sistemle mağduriyet olmaz diye düşünüyorum (G.D, 21, Lise).*

Araştırma kapsamında görüşülen yeşil kartlı bireylerin yarısından fazlasının, Yeşil kart sahibi olmada çalışma durumunun etkisinin bulunduğunu ve herhangi bir işte çalışıyor olduğunu yetkililerden gizlemenin mümkün olmadığını düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır. Bununla ilgili katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

- *Çalışan biri yeşil kartı kullanamaz. Verirken siz çalışıyor mu diye bakıyorsunuz (P.D, 30, İlköğretim).*
- *Çalıştığını gizlemek mümkün değildir. Çıkar buradan yani nasıl gizleyecekler ki. İnşaat işçilerinin bile var şimdi. İŞ-KUR'dan 9 ay işe giren de bile çıkıyor. Mümkün değildir (M.A, 46, İlköğretim).*
- *Tabii ki de. Ben çalışıyorsam sigortam yatıyorsa yeşil karta ne gerek var ki (A.E, 22, Lise).*

Ayrıca çalışıyor olsa bile sigortası yatmıyorsa bunu yetkililerden gizleyerek yeşil kartlı olunabileceğini ifade edenlerin de olduğu görülmüştür. Bununla ilgili (A.E, 22, Lise) katılımcının görüşü “Sizden gizleyip alabilirler çalıştıklarını sigortası yatmıyorsa” şeklindedir.

2022 sayılı Kanun kapsamında engelli aylığı ve engelli yakını aylığı alanların da yeşil kartlı olduğu düşünüldüğünde sağlık durumunun da yeşil kart sahibi olmada etkisinin olduğu söylenebilir. Görüşme yapılan yeşil kartlıların yarısından fazlası geliri düşük olan engellilerin, kanser ve diyaliz hastası gibi ciddi sağlık sorunları olan kişilerin yeşil kartlı olması gerektiğini ifade etmiştir. Bu bağlamda katılımcıların; kişinin sağlık durumunun yeşil kart sahibi olmada bir etken olduğunu düşündükleri sonucuna ulaşılmış ve bulgular yukarıda bahsedilen durumla örtüşmüştür. Katılımcıların bu kapsamda “Sizce yeşil kart sahibi olabilmeye sağlık durumu bir etken midir? Katastrofik bir durum meydana geldiğinde acilen yeşil kart almak mümkün müdür?” sorularına verdikleri cevaplardan bazıları şu şekildedir:

- *Vardır. Yani engelli bir insan ya çalışmıyordur sonuçta illaki alması gerekiyor. Yoksa başka türlü yararlanma şekli yok yani (S.E, 24, Lisans).*
- *Sizin öyle yetkiniz olacağını düşünmüyorum. Hastaneye ortaklaşa çalışıp belge getirdiğinde olabilir. Ya zaten engelli ve masraflı bir hastalığı olanlar kanser gibi diyelim bunlara hemen verilmeli. Sağlık söz konusu olduğu için etkisinin de olması lazım (M.D, 26, Lise).*
- *Evet, sağlığına göre değerlendirebilirsiniz. Mesela diyaliz hastaları da olabilir, sigortadan yararlanamıyorsa yeşil karttan yararlanabilir. Ağır tedavi görüyorsa, kanser hastasıysa onlara göre verilebilir (F.C, 31, İlköğretim).*

Araştırma kapsamında görüşülen yeşil kartlıların yarısından fazlasının yeşil kart verilirken dikkat edilen ölçülerin personelin özveri ile işini yapması, işlemlerin sistem üzerinden olması gibi nedenlerden dolayı adil olduğunu düşünmektedirler. Bununla ilgili bazı katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

- *Bence görevlerini düzgün yaparlarsa düşünüyorum (Ş.D, 46, İlköğretim).*
- *Adildir çünkü her şey sistem üzerinden, güvenimiz tam (E.E, 22, Lise).*

Yapılan görüşmelerde yeşil kartlı bireylerin büyük çoğunluğunun yeşil kart ve sosyal yardımlar arasında sinerji olduğunu, yeşil kartlı olmanın SYDV'deki diğer işlemlerini kolaylaştırdığını

299

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ÇIRAKLI, Ü. / GÖKKAYA, D. / KİBAR, R.)

belirtmişlerdir. Görüşmelerin sonunda kişilerin kendi deneyimlerinden yola çıkarak bu düşünceye sahip oldukları görülmüştür:

- *İki ayda bir alıyorum yardım bağlantı tabii var. Olmasa alamam alabilir miyim? Elimde olsa zaten yeşil kart olmaz. Parayı da vermezler burada yeşil kartın yok senin neden alıyorsun derler vermezler (Z.K, 41, İlköğretim Terk).*
- *Merkezi yardımlarda yeşil kart şartı var (A.Y, 47, İlköğretim).*
- *Kolaylaştırır tabii ki. Şart mı onu bilmiyorum yani. Bana kolaylaştırmıştı diyebilirim (M.A, 46, İlköğretim).*

2.2. Yeşil Kart Uygulamasını Ne Zaman ve Nasıl Öğrendiklerine İlişkin Bulgular

Araştırma kapsamında görüşülen yeşil kartlıların yarısından fazlası kapsamında oldukları yeşil kart uygulamasını ailesi, çevresi, sağlık kurumları, SYDV ve televizyon haberleri aracılığıyla öğrendikleri görülmüştür. Aile üyesi ve çevrenin kişinin yeşil karttan haberdar olmasında büyük etken olduğu söylenilebilir.

Görüşülen yeşil kartlıların %65'i yeşil kart uygulamasını 5510 sayılı Kanun yürürlüğe girmeden önce, 3896 sayılı Kanun kapsamında hane içindeki geliri asgari ücretin 1/3'den az olan kişilere ücretsiz sağlık hizmeti verildiği dönemde öğrenmiştir. Son bir yılda öğrenenlerin oranı ise %35 olarak belirlenmiştir. Bazı katılımcıların bu konuyla ilgili ifadeleri aşağıdaki gibidir:

- *Yaklaşık birkaç ay önce haberlerden öğrendim. Gelir testine girerseniz, gelirsiniz eğer ödeyemiyorsanız priminizi devlet karşılıyor diye duydum. Ben de başvurmaya geldim (S.K, 46, Ön Lisans).*
- *Bundan 6-7 yıl önce, 7 yıl oldu herhalde. Yeşil kartı sosyal dayanışmaya gele gele öğrendim. Buraya yardıma geldiğimde öğrendim. Yeşil kartlı olursan her şeyden yararlanabilirsin, rahat muayene olabilirsin, ilaçlarını ücretsiz alabilirsin dediler. Çalışanlar öyle deyince bende başvururdum (P.D, 30, İlköğretim).*

3. Yeşil Kartlı Bireylerin Başvuru ve Vize Süreci İle Yeşil Kart Kullanımına İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamına giren yeşil kartlı bireylerin başvuru/vize sürecindeki, yeşil kart kullanımında edindikleri deneyim ve bu konudaki düşüncelerine ilişkin bulgu ve yorumlara yer verilmiştir.

3.1. Başvuru Sürecine İlişkin Bulgular

Yeşil kartlı bireylerin, yeşil karta başvuru süreçlerinin hikâyesi farklılık gösterse de temelinde aynı iki neden bulunmaktadır: sosyal güvencelerinin bulunmaması ve hanedeki gelirlerinin düşük olması. Yapılan görüşmelerin sonucunda elde edilen bulgular bu durumla örtüşmüştür:

- *Yeşil karta, ilk zaman olarak bilmiyorum ama çok uzun bir zaman oldu. Başvuru sürecimiz sigortamız olmadığı yüzünden, durumumuz da iyi olmadığı için başvurmuştuk. O zaman bayağı bir zorlanmıştık. Şimdiki gibi kolay değildi (H.S, 42, İlköğretim).*

Sosyal güvencenin olmamasının yanı sıra sosyo-ekonomik durum da yeşil karta başvuruda önemli bir neden olarak belirlenmiştir. GSS kapsamında primlerini kendileri karşılayanların gelirlerinin azalmasıyla primlerini ödeyemedikleri ve sağlık hizmetinden ücretsiz yararlanmak için yeşil karta başvuru yaptıkları görülmüştür:

- *Ben ilk iş yerimi 2016 yılında kapattığımda gelir testine gitmiştim. O zaman yaptırılmışım. En alt limitten ücret çıkmıştı, yatırıyordum. Ama sonra iş bulmadığım için yatıramadım, biraz da birikti faydalanamamaya başladım. Televizyonda da böyle bir şey duyunca GSS'sini ödeyemeyenleri devletimiz karşılıyor deyince ben de başvurmak istedim (S.K, 46, Ön Lisans).*

Yapılan görüşmelerde görüşülen kişilerin nerdeyse tamamı, yeşil karta başvuru süreçlerinde herhangi bir sorun yaşamadığını ifade etmiştir. Kendisinin, aile üyesinin veya çevresinden birinin sorun yaşadığını belirtenlerin de sistemsel olarak sorun yaşadıkları, ancak sorunu çözmek için bir faaliyette bulunmadıkları anlaşılmaktadır:

- *Bilinçli başvurduğum zaman bir sorun yaşanmıyor (Ş.D, 46, İlköğretim).*
- *Hayır, biz yaşamadık (K.Ö, 20, Lise).*
- *Sorun yaşamadık yok. Eşim başvurdu. 10 gün yattık. O zamana kadar çıktı. Günlüğü 170 milyonu o zaman hastanede yatmanın biz bedavaya çıktık hastaneden. Sonrasında ilaçlara bile katkısı oldu. Belirli bir miktarını ödüyoruz ilaçların (G.K,40, İlköğretim).*
- *Hastaneye giderken hiç yaşamadık. Ama başvuru sürecinde git gel durumumuz bayağı bir olmuş yani o zaman bir iki hafta sürmüştü yeşil kartı almamız çünkü şimdiki gibi sistemler böyle kolay değildi (H.S, 42, İlköğretim).*

Çalışmada yapılan görüşmelerde yeşil kartlılar başvurunun değerlendirilmesinde, işlemlerinin sistem üzerinden yapıldığı bu yüzden tanıdık, eş-dost vs. etkisinin olamayacağını böyle bir durumun yaşanmasının vicdana, ahlaka, dini değerlere ve adalete sığmayacağını belirtmişlerdir. Bazı katılımcıların görüşleri şu şekildedir:

- *Kesinlikle hayır, her şey sistem üzerinden (A.Y, 47, İlköğretim).*
- *Yok, benim burada tanıdığım yok hiç. Herkes adaletli davranıyor zaten. Şartlarına bakılarak yapıldığı için torpil olacağını fazla zannetmiyorum (K.G, 31, İlköğretim).*
- *Bizde ne eş vardı ne dost vardı. Bir Köroğlu bir Ayvaz Allah devlete zeval vermesin eşimizde dostumuz da o oldu (K.Ö, 20, Lise).*

Yeşil kart başvurusu gelir tespitine göre değerlendirilmektedir. Gelir tespiti işlemleri bütünsel sosyal yardım bilgi sistemi üzerinden yapılmaktadır ve ilden ile veya ilçeden ilçeye değişiklik söz konusu olmamaktadır. Yapılan görüşmelerde de bu bilgi desteklenmiştir:

- *Hayır yok. Zannetmiyorum her taraf aynıdır büyük bir ihtimal (F.C, 31, İlköğretim).*
- *Olmaz resmi iş ya her yerde aynıdır (İ.S, 48, İlköğretim).*
- *Her yerde aynı işlem yapılır çünkü fakir her yerde fakir (Z.K, 41, İlkokul Terk).*

Yeşil kart kapsamındaki bireylerde toplum baskısının başvuru kararlarında olumsuz bir etken olacağı düşünülebilir. Fakat bu araştırma kapsamında yeşil kartlı bireylerin yarısından fazlası başvuru kararlarında çevrelerinden etkilenmediklerini ifade etmişlerdir. Bu kapsamda, yapılan görüşmelerde yeşil kart uygulamasının devletin sağladığı bir hak olması nedeniyle başvurularında çevrenin etkisinin bulunmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

- *Bence saklanması gerekmiyor. Saklanması hiçbir anlam ifade etmiyor. Neden saklıyorsun kendini mahcup olarak mı görüyorsun kendini fakir olarak mı görüyorsun? Bence utanılacak çekinilecek bir şey yok. Ben söylerim yeşil kartlıyım diye. Sen sigortalıysan ben de yeşil kartlıyım. Biz de yararlanıyoruz. Bana göre karar etkisi yoktur (G.D, 21, Lise).*

Bu araştırma kapsamında görüşülen yeşil kartlı bireylerin tamamına yakını başvuru ve vize süreçlerinde herhangi olumsuz bir durumla karşılaşmadıklarını belirtmişlerdir:

- *Arkadaşlar sağ olsun ellerinden gelen yardımı yaptılar. Sordukları soruların cevaplarını verdim, onlar da işlerini yaptılar (S.K, 46, Ön Lisans).*
- *İyiydi, ben hiç kimseden hani bir azar bir aşağılama, bir şey hani sorduğum soruya cevap vermeyim diye bir şey görmedim asla. Hepsi de ilgililer (K.G, 31, İlköğretim).*

Yeşil kart başvurusu yapmış veya yeşil kart sahibi bir bireyin toplum tarafından nasıl algılandığı konusunda görüşülen yeşil kartlıların hemen hemen hepsinin toplumun olumsuz bir düşüncede olmadığını düşündükleri görülmüştür.

- *Toplum ne düşünüyor? İhtiyaç sahibi biri olduğunu düşünüyorsa almasını ister ama ihtiyacı olmadığını düşünüyorsa da istemez. Haksızlığa göz yummaz halk. Kayın babamın vardı yeşil kartı. Onun babası vefat edince tarlalar üstüne geçti yeşil kartını aldılar. Komşular onu muhtaç olarak görmedi o zaman. Neden görsün bir sürü tarlası olmuş oldu (G.K, 40, İlköğretim).*

3.2. Yeşil Kart Kullanıma İlişkin Bulgular

Yeşil kartlı bireylerin %55'inin son 12 ay içerisinde yeşil kart kullanmadığı, %45'inin ise yeşil kartı kontrol, muayene ve ilaç alımında kullandığı görülmüştür. Görüşülen yeşil kartlıların %15'in yılda 1-2 defa, %10'unun 2-3 defa, %15'inin 3-4 defa, %10'unun 4-5 defa, %15'inin 5-6 defa, %5'inin 6-8, %5'inin ise 8'den fazla sağlık kurumuna gittiği görülmüştür.

Yeşil kartlı bireylerin ekonomik durumları ve yeşil kart kapsamında finanse edilen sağlık hizmetleri göz önüne alındığında, yeşil kartlıların özel sağlık hizmeti sunucularından ziyade kamu sağlık hizmeti sunucularından yararlandığı düşünülebilir. Görüşme yapılan yeşil kartlıların yarısından fazlasının kamu sağlık hizmeti sunucularından yararlandığı sonucuna ulaşılmıştır ve bulgular yukarıda bahsedilen durumla örtüşmüştür. Hastanenin; yakın, yeni ve güvenilir olması, sağlık personeli ve ekipman açısından yeterli olması ve en önemlisi yeşil kartlı bireylere ücretsiz olarak sağlık hizmeti sunması gereksesi ile Yozgat Şehir Hastanesini kullandıkları görülmüştür.

- *Yeşil kart devlet hastaneleri için geçerli (E,E, 22, Lise).*
- *Bilmem hastane diye. Araştırma uzak geldi ıssız diye gitmiyorum. Korkuyorum oradan biraz. Bu rahat geliyor. Otobüsle gidiyorum, gelirken de yürüyorum. Ayağımı kırdığım için zorlanıyorum şimdi ama yine de oraya gidiyorum ben (Z.K, 41, İlkokul Terk).*

Yeşil kartlı bireylerin yarısından fazlası yeşil kart kullanımında hiçbir sorunla karşılaşmadıklarını bir kısmının ise sadece ilaç alımı konusunda yeşil kart kapsamında olmalarından dolayı sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir:

- *Hiçbir sorunla karşılaşmadım. Direkt gittim muayenemi aldım muayene oldum. Giriyorum ilacımı alıyorum artık benim ilaç kaç para tutuyorsa onu ödüyorum geliyor. Bu yani (A.S, 44, Lise).*
- *Hiç sıkıntı olmadı yani, yaşamadım. Sadece ilaç konusunda yaşadım sorun. Param olmadığı için alamadım (M.A İlköğretim).*

Bu araştırma kapsamındaki yeşil kartlı bireylerin tamamına yakınının yeşil kart kullanımında zorluk yaşamadığı sonucuna ulaşılmış olup sağlık personeli tarafından diğer hastalara uygulanan muameleden farklı bir muamele ile karşılaşmadıkları görülmüştür:

- *İlgilenmiyorlar mı diyorsun? Yok, herkese eşitler (P.D, 30, İlköğretim).*
- *Eşim o zamanlar çalışmıyordu en son doğum yaptığımda yeşil kartlıydım (F.C. 31, İlköğretim).*
- *Bazen randevu bulamıyoruz ama o genelde herkeste oluyormuş bazen de geç zamana veriyorlar randevuları ama başka zorlukları yok sıraya giriyoruz hepimizi alıyorlar (K.Ö, 20, Lise).*

4. Yeşil Kartlı Bireylerin Yeşil Kart Uygulaması Hakkındaki Görüşlerine İlişkin Bulgular

Bu bölümde araştırma kapsamında yeşil kartlı bireylerin, yeşil kart uygulamanın sunmuş olduğu hizmetlerden memnuniyetine, uygulama kapsamında olmasını istedikleri sağlık hizmetlerine, yetkinin kendilerinde olması halinde yapmak istediklerine ve kapsamında olmak istedikleri sosyal güvenlik kurumuna ilişkin bulgu ve yorumlara yer verilmiştir.

4.1. Uygulamanın Sunmuş Olduğu Hizmetlerden Memnuniyetlerine İlişkin Bulgular

Görüşülen yeşil kartlıların tamamının uygulamanın sunmuş olduğu hizmetlerden memnun olduğu sonucuna varılmıştır. Görüşülen yeşil kartlıların bir kısmı memnuniyetlerini şu ifadelerle anlatmıştır:

- *Memnunum çok şükür, boğazımızı zor doğuruyoruz bir de hastaneye para verseydik ne olurdu halimiz (K.Ö, 20, Lise).*
- *Tabii ki de memnunum olurum (A.E, 22, Lise).*
- *Mesela kömür yardımını sadece yeşil kartlılar alabiliyor ben de almıştım. Aldım da yani birkaç sefer. Sağlıkta da hiç bana yeşil kartlıymışım gibi gelmiyor. Diğer sigortalularla eşitmişim gibi. Eczaneye gittiğim zaman aynı şekil. Memnunum yani (Z.A, 35, İlköğretim).*

Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulmasının yeşil kart uygulamasının avantajı olarak gördükleri sonucuna ulaşılmıştır. Bunun yanı sıra yeşil kart ile sigortanın aynı işlevi yerine getirdikleri ve bunun da bir avantajı olduğunu düşündükleri görülmüştür.

Görüşülen yeşil kartlıların yarısından fazlası uygulamanın dezavantajı olmadığını belirtirken bir kısmı ise emeklilik ve ilaç konusunda dezavantajı olduğunu ifade etmiştir:

- *Ücretsiz ve eşit yani olumsuz bir yanı da yok (P.D, 30, İlköğretim).*
- *Yeşil kartı sağlıktan yararlanmak için kullandığımdan avantajlı. Ama emekli olamıyoruz (İ.S, 48, İlköğretim).*
- *Dezavantajı sadece eczane. O da bizden kaynaklanıyor. Bunun dışında sigortalıların tüm haklarından biz de yararlanıyoruz (S.K, 46, Ön Lisans).*

4.2. Uygulama Kapsamında Olmasını İstedikleri Sağlık Hizmetleri ile Uygulamaya Dair Yapmak İstediklerine İlişkin Bulgular

Yeşil kartlı bireylerin uygulama kapsamında olmasını istedikleri sağlık hizmetlerinin farklılık gösterdiği söylenebilir. Bir kısım yeşil kartlı her türlü sağlık hizmetinin bu kapsamda olması gerektiğini ve özel hastanede ücretsiz muayene edilmeleri gerektiğini belirtmiştir:

- *Hepsi olmalıdır, hepsini karşılaması lazım (H.S, 42, İlköğretim).*
- *Özel hastanenin sunduğu hizmetlerde, göz çizdirme ameliyatı mide küçültme ameliyatı gibi gerekli olan şeyler de özellikle mecburi ya da hayati tehlikesi olan şeylerde illaki alttan alması lazım devletin. Vatandaşın iyiliği için elinden geldiğince hizmet eklemesi lazım (S.E, 24, Lisans).*

Görüşülen yeşil kartlılardan bazıları ise sunulan hizmetlerin yeterli olduğunu düşünmektedir: Bununla ilgili (K.G, 31, İlköğretim) katılımcının görüşü “Olanlardan memnunum ben. Olsun dediğim yok” şeklindedir.

Görüşülen yeşil kartlı bireylerin yarısından fazlası yönetici olmaları halinde yeşil kart uygulaması ile ilgili bir değişiklik yapmak istemedikleri görülmüştür. Değişiklik yapmak istememelerini ise, zaten olması gereken tüm hizmetlerin yeşil kart kapsamında kendilerine sunulması, iş ve işlemlerinin kolayca yapılabilmesi olarak ifade etmişlerdir:

- *Devletim vatandaş için her şeyin en iyisini düşünmüştür, sunabileceğim herhangi bir fikir yok (E.E, 22, Lise).*
- *Yok, yapmazdım ben memnunum genel olarak (F.C, 31, İlköğretim).*
- *Valla ben yönetici olsam bu uygulamayla ilgili zaten devletimizin yaptığı şeylerin çoğunu ben de yapmak isterdim. Gerçekten buna ihtiyacı olanları faydalandırmak ve mağdur olanları yararlandırmak isterdim. Onun haricinde başka bir şeye gerek yok (S.K, 46, Ön Lisans).*

4.3. Kapsamında Olmak İstedikleri Sosyal Güvenlik Kurumuna İlişkin Bulgular

Bu araştırma kapsamında görüşülen yeşil kartlı bireylerin tamamına yakınının bir sosyal güvenlik kurumu kapsamında olmak istedikleri sonucuna ulaşılmış olup sosyal güvenlik kurumu olarak ise emeklilik ve sağlık hizmetleri açısından daha avantajlı olduğu gerekçesi ile SSK’yi tercih edenlerin çoğunlukta olduğu görülmüştür:

- *Sigortayı seçerdim. Yeşil kartta emeklilik yok. Sigortam olsaydı emekli olabilirdim. Yaşlandığımda rahat ederdim (İ.S,48, İlköğretim).*
- *Sigorta olsa fena olmazdı. Yani dediğimiz gibi bu tarz ameliyatlarda özellerde falan olsun ya sağladıkları için. Daha avantajlı, avantajı olduğu için (S.E, 24, Lisans).*
- *Sigorta tabii ki. En önemlisi o. Daha fazla yerlerden yararlanmak için (Ş.D, 46, İlköğretim).*
- *Emekli sandığıdır herhalde. Bilmiyorum Daha güvenilir geldi sanki. Artık çalışmış bitmiş her şey ya hani emekli olmuştun artık. Huzura kavuşmuş oluyorsun. Sanki o daha iyi emeklilik açısından (Z.A, 35, İlköğretim).*

Görüşülen yeşil kartlı bireylerden BAĞ-KUR kapsamında olmak isteyenlerinde bulunduğu görülmüştür. Bu kişilerin BAĞ-KUR’u emeklilik ve primleri kontrol etmede diğerlerine göre daha avantajlı olması yönünden tercih ettikleri söylenebilir:

- *Elimde olsa açıkçası BAĞKUR’u seçerdim. Hani sigortam, yeşil kartın ileri yaşta bir şeyi yok emekliliği falan. Yaşlanınca bir şeyin olmayacak. Emeklilik ve geleceğim için BAĞ-KUR’u seçerdim (P.D, 30, İlköğretim).*
- *BAĞ-KUR. Çünkü ben pirim yatırıyorum ne kadar yatırdım ne kadar alacağımı biliyorum. SGK’de kontrol ederim ama her dakika bordroma bakamam. BAĞ-KUR’da her şey senin elinde olduğu için tercih ederim (M.D, 26, Lise).*

Yapılan görüşmelerde görüşülen kişilerinin tamamı sigortasız çalışmayacaklarından bahsetmişlerdir. Daha fazla maaş karşılığında sigortasız çalışmayı emeklilik açısından ve dini görüşlerine aykırı olmasından kabul etmeyenlerin çoğunlukta olduğu görülmüştür:

- *Böyle bir teklif şimdi hiç kabul etmezdim çünkü sigortalı olup da emekli olmayı düşünürdüm. Emekli olmadıktan sonra 150 TL bana zaten yetmez (H.S, 42, İlköğretim).*
- *Hayır, etmem. İnsanların hakkına girmek istemem (A.E, 22, Lise).*



- *Hayır, istemem. Benim dini görüşüme göre istemem. Haramdır (S.K, 46, Ön Lisans).*
- *İstemem ben. Vebal olur (İ.S, 48, İlköğretim).*

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonucunda elde edilen; GSS kapsamındaki yeşil kartlı bireylerin ve ailelerinin temel özellikleri, yeşil kartlı bireylerin GSS ve yeşil kart uygulaması hakkındaki bilgi düzeyleri, başvuru ve vize süreçleri ile yeşil kart kullanımına ilişkin deneyimleri ile uygulama hakkındaki görüşlerine ilişkin sonuçlar değerlendirilmiştir.

Yeşil karttan faydalanan ve bu araştırmada görüşülen bireylerden alınan bilgilere göre şu sonuçlara varılmaktadır:

- Bu araştırma kapsamındaki yeşil kartlıların GSS'yi sağlık sisteminin bir parçası olarak ifade ettikleri görülmüştür. GSS kapsamında sunulan sağlık hizmetlerini ise tam olarak bilmedikleri saptanmıştır. Bu durumun yeşil kartlı bireylerin haklarını tam olarak araştırmamalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir.
- Araştırma kapsamındaki yeşil kartlıların yeşil kartın ne olduğunu, önemini, amacını, kimlerin faydalanabileceğini, hangi şartlarda alınabileceğini bildikleri sonucuna varılmıştır.
- Görüşülen yeşil kartlıların büyük çoğunluğunun başvuru sürecini tüm aşamaları ile bilmediği sonucuna varılmıştır. Bu durumda kendi başvuru süreçlerinin etkisinin bulunduğu düşünülmektedir.
- Araştırma kapsamındaki yeşil kartlıların çalışma durumunun, sağlık durumunun, gelirin ve mal varlığının yeşil kartlı olmada bir etken olduğunu düşündükleri görülmüştür. Aynı zamanda yeşil kart verilirken dikkat edilen gelir tespiti ölçütlerinin adil olduğunu düşündükleri görülmüştür.
- Görüşülen yeşil kartlıların yeşil kart uygulamasını objektif bir sistem olarak değerlendirdikleri sonucuna varılmıştır. Bu durumda, başvuru ve değerlendirme süreçlerinin Bütünleşik Sosyal Yardım Bilgi Sistemi - BSYBS üzerinden yapılmasının büyük bir etkisi olduğu düşünülmüştür.
- Araştırma kapsamındaki yeşil kartlıların, yeşil kart ve sosyal yardımlar arasında bir sinerji olduğunu düşündükleri ve yeşil kartlı olmanın SYDV'deki iş ve işlemlerini kolaylaştırdığına inandıkları görülmüştür. Bu durumun kendi deneyimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.
- Araştırma kapsamındaki yeşil kartlıların büyük kısmının yeşil kart uygulamasını ailesi, çevresi, televizyon haberleri ile sağlık kuruluşlarından öğrendikleri saptanmıştır. Aile üyesi, çevre ve sağlık kurumunun yeşil karttan haberdar olma konusunda büyük bir etken olduğu öğrenilmiştir.
- Görüşülen yeşil kartlıların uygulamayı 5510 sayılı Kanundan önce öğrendikleri görülmektedir.
- Görüşülen yeşil kartlıların başvuru hikâyelerinin farklılık gösterdiği ancak başvurularındaki temel neden sosyal güvencelerinin ve düzenleri gelirlerinin bulunmaması olarak saptanmıştır.
- Araştırma kapsamındaki yeşil kartlıların; yeşil kart başvurularının değerlendirilmesinde tanıdık, eş-dost vs. etkisinin bulunmadığı ve değerlendirmede ilden ile ilçeden ilçeye değişikliğin söz konusu olmadığını düşündükleri sonucuna varılmıştır.
- Araştırma kapsamındaki yeşil kartlıların başvuru süreçlerinin aile içinde bilindiği fakat çevresinde duyulmadığı görülmektedir. Yeşil kartın devlet tarafından verilen sosyal bir hak olması nedeniyle çevrenin başvuru kararında olumsuz bir etkisinin bulunmadığı düşünülmektedir.
- Görüşülen yeşil kartlıların büyük çoğunluğunun vize başvurusunda bulunduğu, başvuru-vize süreçlerinde herhangi bir sorun yaşamadıkları görülmektedir.
- Görüşülen yeşil kartlıların toplum nazarında kendilerine dair olumsuz bir intibainın bulunmadığını düşündükleri sonucuna varılmıştır.

- Araştırma kapsamında görüşülen yeşil kartlıların yarısından fazlasının son 12 ay içerisinde yeşil kartı kullanmadıkları, çok sık hastaneye gitmemekle birlikte kamu sağlık kuruluşlarını tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumda pandemi sürecinin etkisinin olabileceği düşünülmektedir.
- Görüşülen yeşil kartlıların yeşil kart kullanımında herhangi bir sorunla karşılaşmadıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- Araştırma kapsamındaki yeşil kartlıların uygulamanın sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinden memnun olduğu, uygulamaya ilişkin eklemek istedikleri veya değiştirmek istedikleri bir konunun bulunmadığı görülmüştür.
- Araştırma kapsamındaki yeşil kartlıların büyük kısmının emeklilik ve düzenli bir gelir açısından herhangi bir sosyal güvenlik kurumu kapsamında olmak istedikleri ve sosyal güvencenin öneminin farkında oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Bu araştırmada elde edilen sonuçlara göre aşağıdakiler önerilmektedir:

- Ülkemizde gelir düzeyi düşük bireylere dair sağlık hizmetleri alanında daha kapsamlı politikalar geliştirilmelidir.
- Yeşil kart uygulamasına dair kamu spotları, el broşürleri, gezici sağlık ekipleri gibi uygulamalar ile toplumu bilinçlendirilmelidir.
- Yeşil kartlı bireylerin ekonomik durumları göz önünde bulundurularak yeşil kart kapsamında ücretsiz sunulan hizmetlerin kapsamının genişletilmesine çalışılmalıdır.

KAYNAKÇA

- Çallı, M. (2012). *5510 Sayılı Kanuna Göre Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Olup Genel Sağlık Sigortasından Yararlanamayanlar: Denizli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, Denizli.
- Ekinci, N. (2018). *Ankara İlinde Yaşayan Kişilerin Genel Sağlık Sigortası ve Özel Sağlık Sigortalarına İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Gözlü, K. (2020). Türkiye’de Sağlık Sigortacılığı. *Türkiye’de Sağlık Sisteminin Genel Görünümü*. (1, ss.213-221). (Editörler: Şantaş, F. ve Şantaş, G.). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Güvercin, C. H. (2000). *Gemlik Araştırma Bölgesi’nde Yeşil Kart Sahiplerinin Bazı Özellikleri, Yeşil Kart Kullanımı ve Bunu Etkileyen Etmenler*. Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Bursa.
- Karasar, N. (2009). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. (28. Baskı). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Kızılova, A.T. (2015). *Türkiye’de Genel Sağlık Sigortası, Gelişimi, Uygulanması ve Sorunları*. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, Bursa.
- Kuruca, M. (2012). *Genel Sağlık Sigortası*. Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, İstanbul.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Özmen, S. (2013). *Genel Sağlık Sigortasının Özel Sağlık Hizmeti Sunucularına ve Hasta Memnuniyetine Olan Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Uludağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, Bursa.
- SGK. (2020a). http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/saglik/gss_bilgi_bankasi. Son Erişim Tarihi: 04. 01. 2021.
- SGK. (2020b). http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/sgk/tr/kurumsal/istatistik/sgk_istatistik_yilliklari. Son Erişim Tarihi: 04.01.2021.
- Şener, Ü. (2010, Şubat). *Yoksullukla Mücadelede Sosyal Güvenlik, Sosyal Yardım Mekanizmaları ve İş Gücü Politikaları, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV) Politik Notu*. (Çevirim içi), <http://www.tepav.org.tr/tr/yayin/s/277>.
- Tarcan, M. ve Şahin, İ. (2001). Hastanelerde Yeşil Kart Uygulamasında Karşılaşılan Sorunlar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, (5), 70-95.
- T.C. Resmi Gazete. (1992). *Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun*. Ankara: Başbakanlık Basımevi, Tarih: 03.07.1992, Sayı: 21273.
- T.C. Resmi Gazete. (2006). *Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu*. (2006). Ankara: Başbakanlık Basımevi, Tarih: 16 Haziran 2006, Sayı: 26200.
- T.C. Resmi Gazete. (2011). *Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Gelir Tespiti, Tescil ve İzleme Sürecine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik*. Ankara: Başbakanlık Basımevi, Tarih: 28 Aralık 2011, Sayı: 28156.
- Ulutürk, S. ve Dane, K. (2009). Sosyal Güvenlik: Teori, Dönüşüm Ve Türkiye Uygulaması. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(29), 114-142.
- Ural, A. ve Kılıç, İ. (2011) *Bilimsel Araştırma Süreci ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Detay Yayıncılık.
- Vargün, F. T. (2019). *Sosyal Güvenlik Reformunun Genel Sağlık Sigortası Kapsamında Değerlendirilmesi: Ardahan İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Ardahan Üniversitesi, Eğitim Enstitüsü Siyaset Bilimi ve Kamu Yönetimi Ana Bilim Dalı, Ardahan.
- Yıldırım A. ve Şimşek H. (2016). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.



SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK ŞİDDET HABERLERİNİN İÇERİK ANALİZİ

CONTENT ANALYSIS OF VIOLENCE NEWS FOR HEALTH EMPLOYEES

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi, gulcan.santas@bozok.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0488-9375

Öğr. Gör. Bahar ERDOĞAN

Yozgat Bozok Üniversitesi, baharerdogan0@gmail.com, orcid.org/0000-0003-4636-0629

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.05.2021-20.06.2021)

Öz

Bu çalışmanın amacı Medimagazin sağlık haber portalında 2019 yılında yer alan sağlıkta şiddet haberlerinin incelenmesidir. Araştırmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerini tespit etmek için Medimagazin haber portalı incelenmiştir. Medimagazin haber portalının 1 Ocak 2019- 31 Aralık 2019 tarihleri arasında yer alan sağlıkta şiddet konulu haberlerine erişilmiştir. Çalışma bulguları incelendiğinde, en fazla şiddet haberinin Eylül ayında ve İstanbul'da olduğu tespit edilmiştir. Şiddetin daha çok hastalar ve hasta yakınları tarafından uygulandığı ve şiddete en fazla uğrayan grubun hekimler olduğu belirlenmiştir. Yapılan haberlerde gerçekleşen şiddetin daha çok fiziksel şiddet olduğu ve şiddet sonucu yaralanma oranının %54 olduğu bulgusu elde edilmiştir. Yaralanmaların daha çok itme, vurma gibi fiziksel unsurlar ile gerçekleştiği ortaya konulmuştur. Çalışmada şiddetin en fazla olduğu sağlık kurumunun devlet hastaneleri olduğu ve şiddetin yoğunlukla polikliniklerde gerçekleştiği tespit edilmiştir. Şiddetin ortaya çıkmasında etkili olan nedenler incelendiğinde usulsüz ilaç ve rapor istemenin ilk sırada olduğu saptanmıştır. Sağlık işyerlerinde çalışanları korumaya yönelik daha somut uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: şiddet, sağlık çalışanı, haber

Abstract

Aim: The aim of this study is to analyze the news about health violence published in Medimagazin health news portal in 2019. Method: Medimagazin news portal was examined in order to determine the news of violence against healthcare workers in the research. It was accessed the news of the Medimagazin news



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

portal on violence in health between January 1, 2019 and December 31, 2019. Results: In this descriptive research, it is purposed to reveal the extent of violence events that occurred in health care in the last year. When the findings of the study were examined, it was seen that the most violent news is in September and in Istanbul. It was identified that the violence was mostly applied by patients and their relatives, and the group that experienced the violence most was the physicians. It was found that the violence in the news reports was mostly physical violence and the rate of injury due to violence was 54%. It was demonstrated that injuries were mostly caused by physical factors such as pushing and hitting. It was determined that public hospitals were the health institutions where the violence was highest, and the violence occurred mostly in polyclinics. When the reasons affecting the emergence of violence were examined, it was found that the request for irregular drugs and reports was the first. Conclusion: There is a need for more concrete practices to protect employees in healthcare workplaces.

Keywords: violence, health employee, news

GİRİŞ

Sağlıkta şiddet, kamu ya da özel sektörde çalışan sağlık personelinin maruz kaldığı önemli bir halk sağlığı problemidir. Problemin ortaya çıkmasında, daha net anlaşılıp doğru açıklanmasında özellikle yazılı basının öneminin büyük olduğu düşünülmektedir. Günümüzde sağlıkta şiddet haberleri, yazılı ve elektronik basın açısından önemli bir haber nesnesi olarak görülmektedir. Sağlık çalışanlarına şiddet ile ilgili haberler, gazetelerde ve internet sitelerinde sıklıkla yayınlanmakta olup, yayımlanan haberlere olan ilgi de gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle sağlıkta şiddet üzerine yapılan haberlerin toplumsal algıyı etkileme potansiyeli bulunmaktadır. Bu durum, gazetelerin ve internet sitelerinin yaptığı haberlerin gerçekleri yansıtmamasının önemini artırmaktadır.

Bu çalışmada Medimagazin sağlık haber portalında 2019 yılında yer alan sağlıkta şiddet haberleri incelenmekte, sağlıkta son bir yıl içerisinde meydana gelen şiddet olaylarının boyutunun ortaya konulması hedeflenmektedir. Bu yönüyle çalışmanın sağlıkta şiddete yönelik durum değerlendirmesi yapılması bakımından alanyazın için önemli olduğu düşünülmektedir. Alanyazında bu konudaki çalışmaların sayısının artırılmasının, sağlıkta şiddete yönelik mevcut durum hakkındaki farkındalığın artmasına katkı sağlayabileceğine inanılmaktadır.

Bu çalışmada Medimagazin haber portalından sağlıkta şiddet ile ilgili haberler incelenmiş olup, çalışma ikincil veri türünde olmaması nedeniyle etik kurul izni alınmamıştır.

LİTERATÜR İNCELEMESİ

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından şiddet, yaralanma, ölüm, psikolojik zarar, gelişim bozukluğu veya yoksunlukla sonuçlanma olasılığı yüksek olan, bir başkasına, bir gruba veya topluluğa karşı kasıtlı olarak uygulanan fiziksel güç şeklinde tanımlanmaktadır (WHO, 2020). Sağlıkta şiddet ise bir sağlık çalışanını riske sokan, bir hasta veya toplum üyesinin yol açtığı sözlü taciz, tehdit edici davranış veya saldırı şeklinde ifade edilmektedir (Saines, 1999). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet iş ortamında olabildiği gibi, evde, sokakta, ofiste, alışveriş merkezinde ve hastaya giderken 112 acil servis araçlarında meydana gelebilmektedir (Duğan, 2017).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet sözel veya fiziksel şiddet şeklinde gerçekleşebilmektedir. Sözel şiddet bağırma, kötü, alaycı ve aşağılayıcı sözler kullanma, hakaret ve tehdit etme gibi davranışlarla ortaya çıkabilmektedir. Fiziksel şiddet ise ortamdaki eşyalara zarar verme, kapıyı çarpma, sağlık çalışanlarını itme, vurma, bıçak veya sert bir cisimle yaralama, öldürme gibi eylemleri kapsamaktadır (Özcan ve Yavuz, 2017). Sağlık kuruluşlarında sözel şiddetin bildirimi konusunda belirsizlikler bulunmaktadır. Bu kuruluşlarda genellikle yaralanma, ölüm gibi hayati

309

önem taşıyan durumlar “şiddet” olarak değerlendirilmektedir. Ancak sözel şiddet bildiriminden bahsedildiğinde, sağlık çalışanları çalışma ortamında sözel şiddeti mesleklerinin bir unsuru olarak değerlendirebilmekte ve şikâyet etmeyi gereksiz bulabilmektedir. Buna ek olarak sözel şiddetin yasal olarak kanıtlanabilirliğinin görece daha zor olması gibi sebeplerle sağlıkta sözel şiddetin bildiriminin daha düşük düzeyde gerçekleşebileceği ifade edilmektedir (Çamcı ve Kutlu, 2011). Sözel şiddetle karşılaşan bir sağlık personeli genellikle duymazlıktan gelme, sakin veya öfkeli şekilde uyarma, güvenlik çağırma ve hukuki işlem başlatma gibi eylemlere başvurabilmektedir. Fiziksel şiddet karşısında ise sağlık çalışanları kaçma/kaçınma, kendini koruma, güvenlik çağırma ve hukuki şikâyette bulunma gibi davranışlarla karşılık verebilmektedir (Al vd., 2012).

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet son yıllarda giderek artış göstermektedir. Hastaneler sağlık çalışanları açısından daha tehlikeli ortamlar olmaya başlamıştır. Bu durumda hekimler ve diğer sağlık çalışanları kendilerini daha az güvende hissedebilmektedir. Sağlık sistemindeki hızlı değişimler ve yasal uygulamalardaki sorunlar şiddetin önlenmesi ve çalışan güvenliği sağlama ile ilgili boşluklara yol açabilmektedir (Annagür, 2010). Yapılan bir çalışmada sağlık hizmetini sunan sağlık çalışanlarının, diğer iş sektörlerinde görev yapan çalışanlara göre şiddete uğrama yönünden 16 kat daha riskli olduğu belirtilmektedir (Elliott, 1997). Sağlık çalışanlarının hapisane gardiyanları, polis memurları, ulaştırma çalışanları, perakende veya banka çalışanlarına göre iş ortamında şiddete maruz kalma olasılıklarının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir. Sağlık çalışanları işyerinde şiddetin “ana hedefi veya kurbanı” olarak ele alınmaktadır (Kingma, 2001).

Önlenemez bir olgu olan şiddet ve saldırgan davranışlar, sağlık hizmetlerinin sunumunu aksatabilmekte, hizmet kalitesini düşürebilmekte, çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarını etkileyebilmekte, işgücünde ve ekonomik mecrada kayıplara sebep olabilmekte ve sağlık sistemine yönelik güvensizlik oluşturabilmektedir. Sağlıkta şiddet, sağlık çıktılarının başarısında bir engel oluşturabilmekte ve devlete ekonomik yük oluşturabilmektedir. Bu yönüyle sağlıkta şiddet konusu bir epidemi ve kamu sağlığı sorunu olarak ifade edilmektedir (Çınarlı ve Yücel, 2014). Endişe verici boyutlarda artış gösteren şiddet, birtakım olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (Kingma, 2001):

- Sunulan sağlık hizmeti kalitesinin olumsuz etkilenmesi,
- Çalışma ortamının bozulması,
- Sağlık çalışanlarının işi bırakması; böylece genel nüfusa sunulan sağlık hizmetlerinin azalması,
- Sağlık çalışanlarının isteksizliği sebebiyle sağlık mesleklerine işe alım süreçlerinin olumsuz etkilenmesi,
- Kabul edilemez toplumsal davranışların sürdürülmesi,
- Artan sağlık maliyetleri,
- Sağlık çalışanlarının sağlığının bozulması.

GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Türkiye Sağlık Sektörü için uzun yıllardır sorun olma özelliği gösteren alınan yasal ve idari önlemlere rağmen ortadan kaldırılamayan bir sorun olan sağlık çalışanlarına şiddetin dağılımının incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu nedenle aşağıda yer alan soruların cevapları araştırılmaktadır:

- Medimagazin sağlık haber portalında sağlıkta şiddete uğrayan kimdir?
- Sağlıkta şiddeti başlatan kimdir?
- Hangi ilde sağlıkta şiddet olayları en fazla yaşanmaktadır?

- Sağlık çalışanlarının en fazla maruz kaldığı şiddetin türü nedir?
- Hangi araçlar ile şiddet uygulanmaktadır?
- Sağlıkta şiddetin meydana gelmesine sebep olan durum nedir?
- Kamu sektöründe mi, özel sektörde mi çalışan sağlık personeli daha çok şiddete maruz kalmaktadır?
- Şiddetin en fazla yaşandığı sağlık kurumu türü nedir?
- Sağlık hizmetlerinin sunulduğu birimlerin hangisinde çalışan personel şiddete daha fazla maruz kalmaktadır?

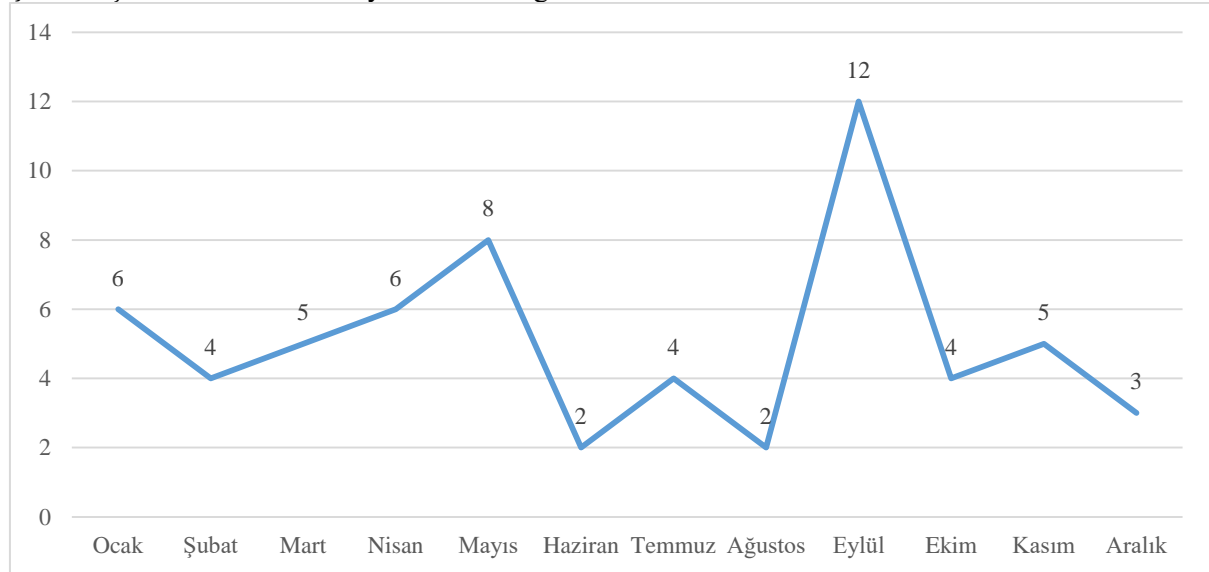
Bu çalışma tanımlayıcı niteliktedir. Araştırmada sağlık çalışanlarına yönelik şiddet haberlerini tespit etmek için Medimagazin haber portalı incelenmiştir. Çalışma verileri, sağlık alanındaki gelişmeleri güncel olarak duyuran “Medimagazin Sağlık Haber Portalı” internet sitesinden elde edilmiştir (<https://www.medimagazin.com.tr/>). Bu portal, özellikle sağlık çalışanlarının sağlık alanındaki gelişmeleri takip etmeleri amacıyla oluşturulmuş olup, portalda sağlık sektöründeki güncel gelişmelere ve alanında uzman kişilerin köşe yazılarına ulaşılabilir. Bu çalışmada, Medimagazin haber portalının 1 Ocak 2019- 31 Aralık 2019 tarihleri arasında yer alan sağlıkta şiddet konulu haberlerine erişilmiş olup; elde edilen veriler Excel dosyasında kayıt edilmiştir. Çalışmada, güvenilirliğin sağlanması amacıyla farklı zaman dilimlerinde üç kez kodlama yapılmış ve elde edilen bulguların birbiriyle uyumu değerlendirilmiştir. Elde edilen 61 habere içerik analizi uygulanmıştır.

Bu çalışmada Medimagazin haber portalından sağlıkta şiddet ile ilgili haberler incelenmiş olup, çalışma ikincil veri türünde olmaması nedeniyle etik kurul izni alınmamıştır.

BULGULAR

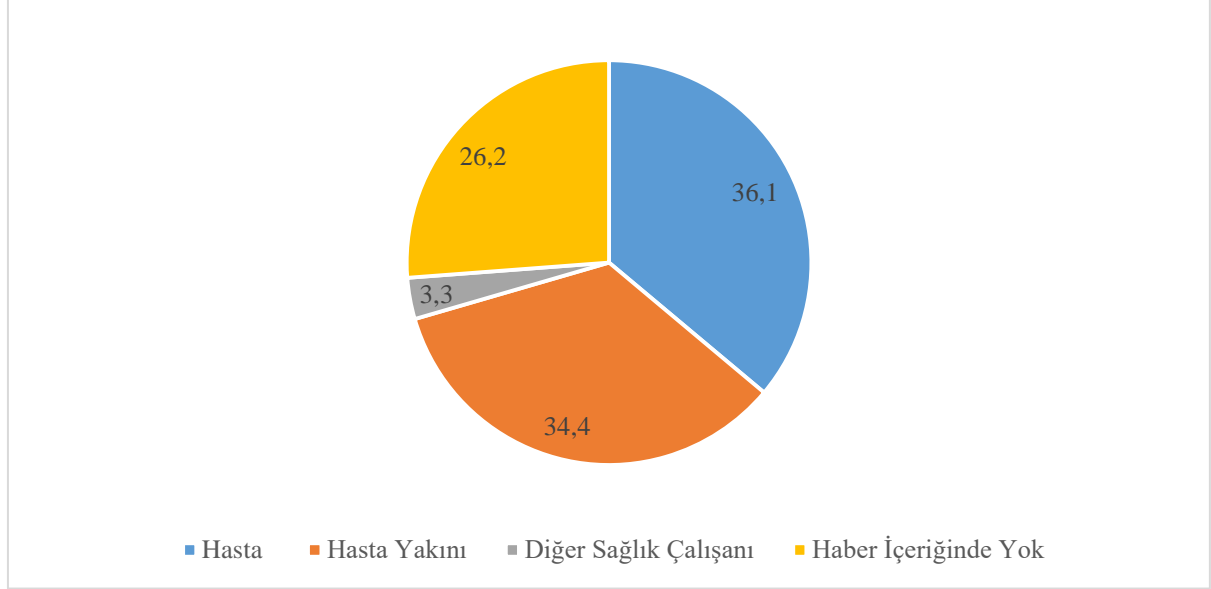
Şekil 1’de 61 şiddet haberinin aylara göre dağılımı verilmektedir. Şekil incelendiğinde en fazla şiddet haberinin 12 ile Eylül ayında olduğu görülmektedir.

Şekil 1. Şiddet Haberlerinin Aylara Göre Dağılımı



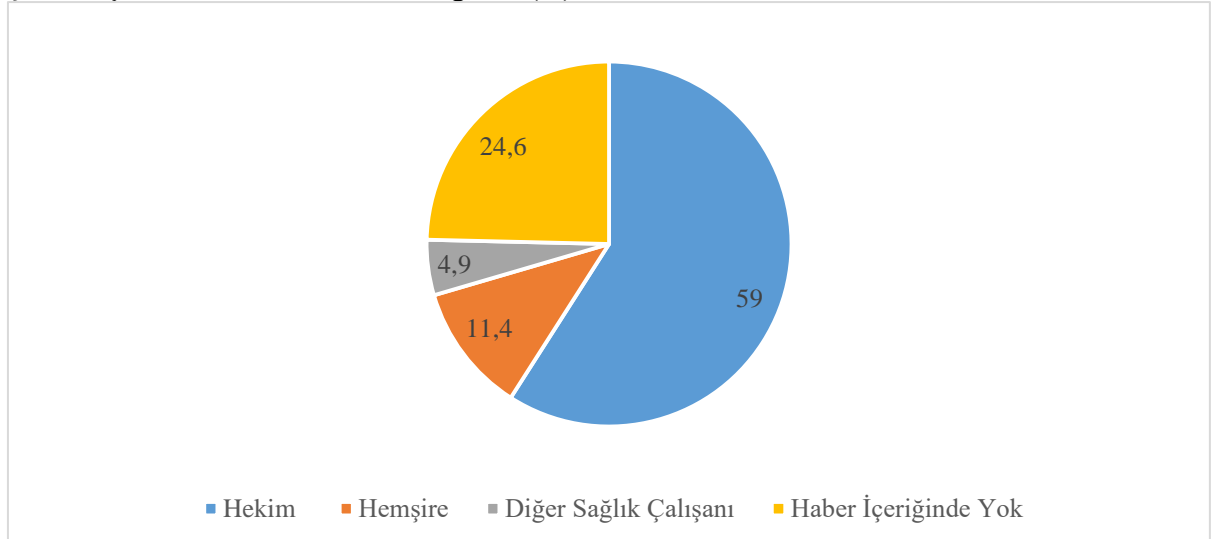
Şekil 2’de verilen şiddeti uygulayan kişilerin dağılımına bakıldığında şiddet %36,1 oran ile hastalar ve %34,4 ile hasta yakınları tarafından uygulandığı belirlenmiştir.

Şekil 2. Şiddeti Uygulayanların Dağılımı (%)



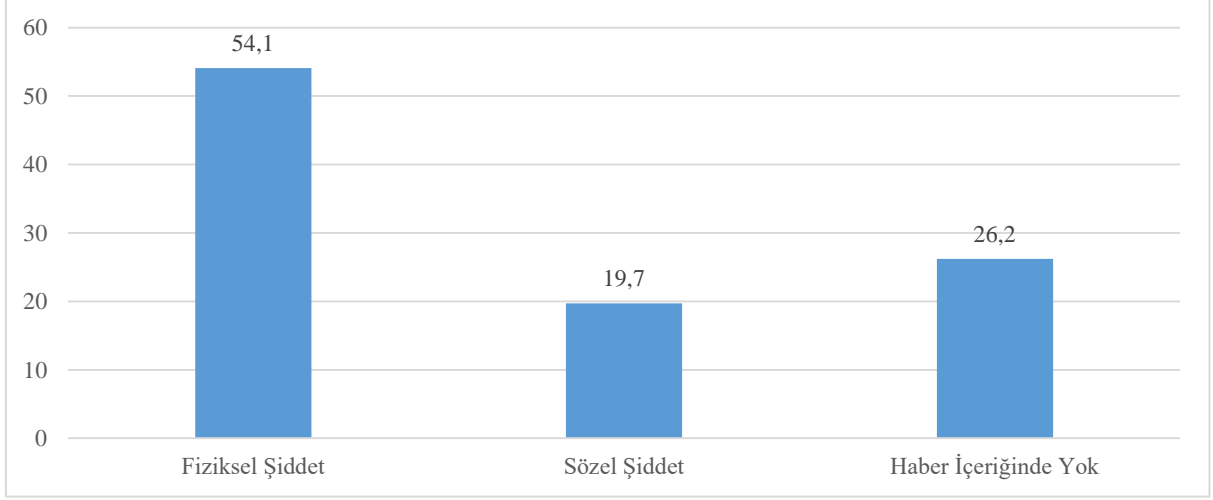
Şiddeti en fazla uygulayan grup sağlık hizmeti alan kişiler (hastalar) iken şiddete en fazla uğrayan grup ise sağlık hizmeti sunumunun en önemli aktörlerden hekimlerdir. Şiddete uğrayanların %59’unu hekimler, %11,4’ünü hemşireler oluşturmuştur (Bkz. Şekil 3).

Şekil 3. Şiddete Maruz Kalanların Dağılımı (%)



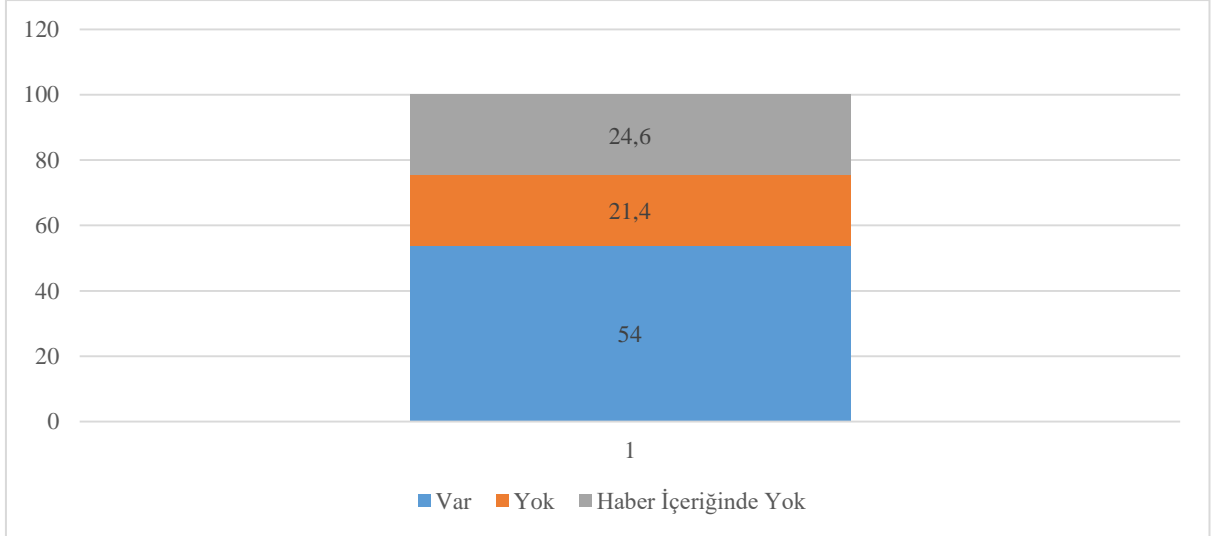
Şiddeti farklı yönleri içinde barındıran bir olgudur. Şekil 4’te verilen dağılıma bakıldığında gerçekleşen şiddetin %54,1’i fiziksel, %19,7’si ise sözel şiddet türündedir. İncelenen haberlerin %26,2’sinde ise şiddetin türüne ilişkin bilgi yer almamıştır.

Şekil 4. Şiddetin Türüne Göre Dağılım (%)



Şekil 5'te fiziksel şiddet sonucu oluşan yaralanma oranları verilmektedir. Şekil incelendiğinde şiddet sonucu yaralanma oranının %54 olduğu görülmektedir.

Şekil 5. Şiddet Sonucu Yaralanma Durumunun Dağılımı (%)



Tablo 1'de şiddet haberlerine ilişkin gerçekleştirilen içerik analizi sonuçları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde %36,1 ile şiddeti uygulamada ilk sırada hastalar, %59 ile şiddete maruz kalmada ilk sırada hekimler ve %27 ile şiddetin en fazla olduğu sağlık kurumunun devlet hastaneleri olduğu görülmektedir. Şiddetin yoğunlukla polikliniklerde olduğu, fiziksel şiddetin sözel şiddete göre daha fazla görüldüğü ve fiziksel şiddete uğrayanların yarısından fazlasının yaralandığı belirlenmiştir. Tabloda şiddette itme, vurma gibi fiziksel unsurların daha yoğunlukta olduğu, şiddetin ortaya çıkmasında usulsüz ilaç ve rapor istemenin ilk sırada olduğu ve incelenen dönemde şiddet haberlerinde ilk sırada İstanbul'un yer aldığı görülmektedir.

Tablo 1. Şiddet Haberlerinin İçerik Analizi

Konu	Sayı	%
Şiddeti Uygulayan		
Hasta	22	36,1
Hasta Yakını	21	34,4
Diğer Sağlık Çalışanı	2	3,3
Haber İçerisinde Yok	16	26,2
Şiddete Maruz Kalan		
Hekim	36	59,0
Hemşire	7	11,4
Diğer Sağlık Çalışanı	3	4,9
Haber İçerisinde Yok	15	24,6
Şiddeti Uygulayan		
Hasta	22	36,1
Hasta Yakını	21	34,4
Diğer Sağlık Çalışanı	2	3,3
Haber İçerisinde Yok	16	26,2
Şiddete Maruz Kalan		
Hekim	36	59,0
Hemşire	7	11,4
Diğer Sağlık Çalışanı	3	4,9
Haber İçerisinde Yok	15	24,6
Şiddetin Olduğu Sağlık Kuruluşu		
Devlet Hastanesi	17	27,9
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	16	26,2
Özel Hastane	1	1,6
Aile Sağlığı Merkezi	11	18,0
Haber İçerisinde Yok	16	26,2
Şiddetin Olduğu Birim		
Poliklinik	22	36,1
Klinik	3	4,9
Acil	6	9,8
Aile Sağlığı Merkezleri	10	16,4
Yoğun Bakım	1	1,6
Hastane Dışında	3	4,9
Haber İçerisinde Yok	16	26,2
Şiddetin Türü		
Fiziksel Şiddet	33	54,1
Sözel Şiddet	12	19,7
Haber İçerisinde Yok	16	26,2
Şiddet Sonucu Yaralanma		
Var	33	54,0
Yok	13	21,4
Haber İçerisinde Yok	15	24,6
Şiddet Aracı		
Fiziksel (İtme, Vurma vb.)	29	47,5
Sözlü (Bağırma, Hakaret, Küfür vb.)	12	19,7
Kesici Alet	4	6,6
Haber İçerisinde Yok	16	26,2
Şiddetin Nedeni Olan Konu		
Usulsüz ilaç veya rapor istemi	24	39,3
İletişim problemleri	10	16,4
Hasta ve yakınlarının memnuniyetsizliği	5	8,2
Uzun bekleme süreleri	4	6,6
Hastanın ölümü	1	1,6
Haber İçerisinde Yok	17	27,9
Şiddetin Olduğu Şehir		
İstanbul	13	21,3
İzmir	6	9,8
Samsun	5	8,2
Ankara	4	6,6
Bursa	4	6,6



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Edirne	4	6,6
Diğer	12	19,6
Haber İçeriğinde Yok	13	21,3
Toplam	61	100,0

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Medimagazin sağlık haber portalında 2019 yılında yer alan sağlıkta şiddet haberleri incelenmekte olup, sağlıkta son bir yıl içerisinde meydana gelen şiddet olaylarının boyutunun ortaya konulması amaçlanmaktadır. Çalışma bulguları incelendiğinde, en fazla şiddet haberinin Eylül ayında ve İstanbul'da olduğu görülmektedir.

Yapılan haberlerde şiddeti uygulayan kişilerin dağılımı incelendiğinde, şiddetin %36,1 oranı ile hastalar ve %34,4 ile hasta yakınları tarafından uygulandığı bulgusu elde edilmiştir. Sağlıkta yaşanan şiddet haberlerinin incelendiği bir çalışmada da, hasta ve hasta yakınlarının daha yüksek düzeyde şiddeti başlatan taraf olduğu görülmektedir (Arslan, 2019). Bu bulgu, birçok ampirik çalışmanın bulgularıyla tutarlıdır. Ayrancı vd. (2006) tarafından yürütülen bir çalışmada sağlık çalışanlarına saldırıda bulunan bireylerin daha çok hasta ve hasta yakınları olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmeti sunucularına yönelik şiddet olaylarının incelendiği diğer bir çalışmada da, hasta yakınlarının şiddet davranışları gösterme eğiliminin hastaların kendilerinden daha olası olduğu ifade edilmektedir (Erkol vd., 2007). Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yönelik şiddetin incelendiği bir çalışmada da, şiddeti başlatan saldırganların büyük kısmının hasta yakını ve hastalar olduğu tespit edilmiştir (Altıntaş, 2006).

Çalışmanın bir diğer bulgusuna göre, şiddete en fazla uğrayan grup, sağlık hizmeti sunumunun en önemli aktörlerden olan hekimlerdir. Bu çalışma kapsamında şiddete uğrayanların %59'unu hekimler ve %11,4'ünü hemşireler oluşturmaktadır. Konuyla ilgili yapılan ampirik çalışmalarda da hekim ve hemşirelerin diğer sağlık çalışanlarına göre daha fazla şiddet olgusunu deneyimlediği belirtilmektedir (Arslan, 2019; Atik, 2013; Ayrancı vd., 2006; Ayrancı vd., 2002).

Yapılan haberlerde gerçekleşen şiddetin %54,1'inin fiziksel şiddet ve %19,7'sinin ise sözel şiddet türünde yapıldığı tespit edilmiştir. İncelenen haberlerin %26,2'sinde ise şiddetin türüne ilişkin bilgi yer almamıştır. Şiddet sonucu yaralanma oranının %54 olduğu bulgusu elde edilmiştir. Çalışmada fiziksel şiddetin sözel şiddete göre daha fazla görüldüğü ve fiziksel şiddete uğrayanların yarısından fazlasının yaralandığı belirlenmiştir. Yaralanmaların daha çok itme, vurma gibi fiziksel unsurlar ile gerçekleştiği ortaya konulmuştur. Sağlıkta şiddete yönelik gazete haberlerinin incelendiğinde bir diğer çalışmada da, fiziksel şiddet haberlerinin sözel şiddete göre daha fazla yapıldığı bulgusu elde edilmiştir. Aynı çalışmada, sağlıkta şiddet olgusu sırasında daha çoğunlukla kaba kuvvet, hakaret ve silah kullanıldığı saptanmıştır (Arslan, 2019). Bir diğer gazete incelemesi çalışması da benzer bulguyu ortaya koymaktadır. Çalışmada, fiziksel şiddet türlerinin dayak, bıçaklama ve öldürme şeklinde meydana geldiği belirtilmektedir (Duğan, 2015). Bu çalışmanın tersi şekilde, ampirik çalışmalarda genellikle sağlık işyerlerinde sözel şiddetin fiziksel şiddete göre daha fazla olduğu bulgusunu elde eden çalışmalar bulunmaktadır (Çamcı ve Kutlu, 2011). İstanbul'da faaliyet gösteren çeşitli hastanelerde çalışan 868 hemşire üzerinde yürütülen bir çalışmada, sözel şiddetle karşılaşma oranının fiziksel şiddet ve psikolojik şiddetle karşılaşma oranına göre daha yüksek olduğu ifade edilmiştir. Aynı çalışmada fiziksel şiddete maruz kalan hemşirelerin itilme, tokatlanma, yumruklanma, tekmelenme, tükürülme, nesnelere yoluyla saldırılma, tırmalanma ve ısırılma gibi eylemlere maruz kaldığı belirtilmiştir (Altıntaş, 2006).

Çalışmada şiddetin en fazla olduğu sağlık kurumunun devlet hastaneleri olduğu tespit edilmiştir. Bir diğer haber inceleme çalışmasında da, şiddet olgularının kamu sağlık kurumlarında daha fazla görüldüğü ortaya konulmuştur (Güvercin, 2019). Gazetelerde yer verilen haberlerin incelendiği bir diğer çalışmada da, sağlıkta şiddetin kamu ve özele göre dağılımına bakıldığında, kamu sağlık

315



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

kurumlarında daha fazla şiddet haberinin yapıldığı bulgusu elde edilmiştir (Arslan, 2019). Benzer bulgu, sağlıkta şiddete yönelik gazete haberlerinin incelendiği diğer çalışmalarda da elde edilmiştir (Duğan, 2015). Bu bulgu, yürütülen birçok ampirik çalışmanın bulgularıyla tutarlıdır. Yapılan bir çalışmada da şiddet olgusunun kamu hastaneleri ve aile sağlığı merkezlerinde daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (Ayrancı vd., 2006). Eskişehir, Ankara ve Kütahya illerinde gerçekleştirilen bir diğer çalışmada da, devlet hastanesi ve birinci basamak sağlık kurumlarında şiddetin daha yüksek düzeyde görüldüğü tespit edilmiştir (Ayrancı vd., 2002).

Çalışmada elde edilen bulgular kapsamında, şiddetin yoğunlukla polikliniklerde olduğu belirlenmiştir. Bu bulguyu destekler şekilde, gazetede sağlık çalışanlarına şiddet haberlerinin değerlendirildiği retrospektif tanımlayıcı bir çalışmada da poliklinik ve muayenehanelerde daha fazla şiddet olgusuna rastlandığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, poliklinik ve muayenehaneleri hastane acil üniteleri, 112 acil servisler ve yoğun bakım birimleri takip etmektedir (Güvercin, 2019). Başka bir çalışmada, şiddet haberlerinin en fazla acil servis birimlerinde ve aile sağlığı merkezlerinde görüldüğü belirlenmiştir (Arslan, 2019). Gazete haberlerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada da, hastanede uygulanan şiddet haberlerinde en fazla şiddetin acil serviste görüldüğü tespit edilmiştir (Duğan, 2015).

Bu çalışmada, şiddetin ortaya çıkmasında etkili olan nedenler incelendiğinde usulsüz ilaç ve rapor istemenin ilk sırada olduğu tespit edilmiştir. Bu bulguyla benzer olarak, Güvercin (2019) tarafından yürütülen çalışmada da, usulsüz ilaç veya rapor istemi en fazla vurgulanan şiddet nedenleri arasında belirlenmiştir.

Sonuç olarak, Türkiye’de sağlık sektöründe şiddet yadsınamaz bir gerçek olarak her geçen gün artmaktadır. Sağlıkta şiddetin önüne geçebilmek için bir takım önlemler alınmaya başlanmıştır, fakat bu önlemler yalnızca teknik alt yapıyı sağlamak ile sınırlı kalmamalıdır. Emek yoğun bir sektör olan sağlık hizmetlerinde ve stres altında çalışmayı gerektiren sağlık işyerlerinde çalışanları korumaya yönelik daha somut uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır. Günümüzde sağlık çalışanlarına yönelik haberlerin gazetelerde ve internet sitelerinde sıklıkla yayımlandığı ve toplumun bu haberlere hassasiyet gösterdiği söylenebilir. Bu yönüyle, farklı gazete ve internet sitelerinin yaptığı sağlıkta şiddet haberlerinin incelenmesinin ve konuya yönelik bu tür bilimsel çalışmalarının artırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada Medimagazin haber portalından sağlıkta şiddet ile ilgili haberler incelenmiş olup, çalışma ikincil veri türünde olmaması nedeniyle etik kurul izni alınmamıştır.

KAYNAKÇA

- Al, B., Zengin, S., Deryal, Y., Gökçen, C., Arı Yılmaz, D., ve Yıldırım, C. (2012). Increased violence towards health care staff. *Journal of Academic Emergency Medicine*, 11(2), 115-124.
- Altıntaş, N. (2006). Sağlık kurumlarında çalışan hemşirelere yönelik şiddetin belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul.
- Annagür, B. (2010). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet: Risk faktörleri, etkileri, değerlendirilmesi ve önlenmesi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 161-173.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Arslan, T. (2019). Sağlık kurumlarında şiddet: Gazete haberleri üzerinde bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Düzce Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Düzce.
- Atık, D. (2013). Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olgusunun bir devlet hastanesi örneğinde incelenmesi. NWSA-Medical Sciences, 8(2), 1-15.
- Ayrancı, Ü., Yenilmez, Ç., Günay, Y., Kaptanoğlu, C. (2002). Çeşitli sağlık kurumlarında ve sağlık meslek gruplarında şiddete uğrama sıklığı. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3(3), 147-154.
- Ayrancı, U., Yenilmez, C., Balci, Y., Kaptanoğlu, C. (2006). Identification of violence in Turkish health care settings. Journal of Interpersonal Violence, 21(2), 276-296.
- Çamcı, O., Kutlu, Y. (2011). Kocaeli’nde sağlık çalışanlarına yönelik işyeri şiddetinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 2(1), 9-16.
- Çınarlı, İ., Yücel, H. (2014). Sağlık iletişiminin bakış açısı ile Türkiye’de sağlık işyeri ortamında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet. Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi, 31-52.
- Duğan, Ö. (2015). Sağlıkta şiddet haberlerinin basına yansımaları. Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Anabilim Dalı, Konya.
- Duğan, Ö. (2017). Analysis of violence in health news: An examination on newspaper reports, Erciyes Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi, 5 (1), 400-410.
- Elliott, P.P. (1997). Violence in health care. Nursing Management, 28(12), 38-41.
- Erkol, H., Gökdoğan, M. R., Erkol, Z., Boz, B. (2007). Aggression and violence towards health care providers—a problem in Turkey?. Journal of Forensic and Legal Medicine, 14(7), 423-428.
- Güvercin, C.H. (2019). Sağlık çalışanlarına şiddet haberleri: Basının kritik rolü. Sted, 28(5), 327-333.
- Kingma, M. (2001). Workplace violence in the health sector: A problem of epidemic proportion. International Nursing Review, 48, 129-130.
- Medimagazin. (2019). <https://www.medimagazin.com.tr/> (Erişim Tarihi: 01 Ocak 2019-31 Aralık 2019)
- Özcan, F., Yavuz, E. (2017). Türkiye’de sağlık çalışanları şiddet tehdidi altında. The Journal of Turkish Family Physician, 8(3), 66-74.
- Saines, J.C. (1999). Violence and aggression in A&E: Recommendations for action. Accident and Emergency Nursing, 7(1), 8-12.
- WHO. (2020). Definition and typology of violence. <https://www.who.int/violenceprevention/approach/definition/en/> (Erişim Tarihi: 1 Mayıs 2020)



SAĞLIKTA EŞİTSİZLİĞE İLİŞKİN BİR ARAŞTIRMA A STUDY ON HEALTH INEQUALITY

Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi, fatih.santas@bozok.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0595-4183

Dr. Öğr. Üyesi Gülcan ŞANTAŞ

Yozgat Bozok Üniversitesi, gulcan.santas@bozok.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0488-9375

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (22.05.2021-28.06.2021)

Öz

Bu çalışma, sağlıkta eşitsizliğin araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada DSÖ bölgeleri; yaşam beklentisi, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve obezite, sağlık hizmetine erişim, sağlık altyapısı ve finansmanı açısından değerlendirilmiştir. Çalışmanın verileri, Dünya Sağlık Örgütü veri tabanı olan "The Global Health Observatory"den elde edilmiştir. Çalışmada sağlık değişkenleri açısından mevcut durum verilmiş ve her bir değişken için göreceli katlar hesaplanmıştır. Bölgelerin sağlık değişkenleri açısından farklılıkları Tek Örneklem Ki-Kare Testi ile analiz edilmiştir. Bölgelerin sağlık değişkenleri açısından sıralanmasında faktör analizi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda tüm sağlık göstergeleri açısından bölgeler arasında farklılıklar olduğu bir diğer ifadeyle bölgesel eşitsizlikler olduğu belirlenmiştir. Afrika Bölgesi'nin göstergeler açısından hem hesaplanan kat hem de faktör analizi sonucunda en olumsuz bölge olduğu saptanmıştır. Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik atılacak her adım ile hem eşitsizliğin yoğun olduğu ülke vatandaşlarının sağlık düzeyi artacak hem de sağlığın üretime olan katkısı nedeniyle dolaylı olarak bu kişilerin sağlıkları daha da iyi hale gelecektir.

Anahtar Kelimeler: sağlık, sağlıkta eşitsizlik, dünya sağlık örgütü bölgeleri

Abstract

This study was carried out to explore inequality in health. WHO regions in the study; life expectancy, child health, women's health, communicable diseases and obesity, access to health care, health infrastructure and financing. The data of the study were obtained from the World Health Organization database "The Global Health Observatory". In the study, the current situation in terms of health variables was given and the relative risks were calculated for each variable. The differences of the regions in terms of health variables were analyzed using the Single Sample Chi-Square Test. Factor analysis was used to rank the regions in terms of



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

health variables. As a result of the study, it was determined that there are differences between regions in terms of all health indicators, in other words, there are regional inequalities. It has been determined that the African Region is the most unfavorable region in terms of indicators as a result of both the calculated layer and factor analysis. With every step to be taken towards eliminating inequalities in health, both the health level of the citizens of the countries where inequality is intense will increase and their health will become even better indirectly due to the contribution of health to production.

Keywords: health, health inequality, world health organization regions

GİRİŞ

Sağlık; yaygın şekilde bilinen haliyle çevre, davranış, genetik ve sağlık hizmetlerinin bir fonksiyonudur. Son yıllarda sağlığın belirleyicileri daha da genişletilmiş ve özellikle sağlığın sosyal belirleyicilerine dikkat çekilmeye başlanmıştır. Sağlığın belirleyicileri anlaşıldıkça birey ve toplumların sağlık statüleri de daha iyi hale gelmektedir.

Sağlık göstergelerinde her ne kadar dünya genelinde bir iyileşme olduğu görülmekle birlikte bu iyileşmeler her ülke, toplum ya da birey açısından eşit değildir. Diğer bir ifadeyle bazı birey ya da toplumların sağlıkları diğerlerinden daha iyidir. Bu durum, kuramsal olarak ve sağlık yöneticileri tarafından uygulamada sıklıkla tartışılmaktadır. Sağlıkta eşitliğin ya da hakkaniyetin olmaması diğer bir ifadeyle sağlıkta eşitsizlik olarak ifade edilen olgu, ister gelişmiş ister gelişmekte olsun tüm ülke ve sağlık sistemlerinin ortak sorunudur. Sağlıkta eşitsizlik, farklı şekilde tanımlanan bir kavram olmakla birlikte tanımlarda ortaya çıkan benzer düşünce, sağlıkta eşitsizliğin istenmeyen ve önlenemez farklılıklar olduğudur. Tanım üzerinden gidildiğinde sağlıkta eşitsizlikler gerekli önlemler alındığında ortadan kaldırılabilir ya da en azından azaltılabilir haksızlıklardır.

Sağlıkta eşitsizliklerle mücadelede ilk adım eşitsizliklerin belirlenmesidir. Bu belirleme işinde de en önemli enstrümanlardan birisi doğru ve eksiksiz verilerdir. Ancak özellikle gelişmekte olan ülkelerdeki veri eksikliği sağlıkta eşitsizliklerin araştırılmasını güçleştirmektedir.

Dünya genelinde sağlık göstergeleri açısından ülkelere göre değişmekle birlikte önemli değişiklikler olmaktadır. Doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı gibi temel sağlık göstergelerinde iyileşmeler görülmektedir. Ancak bu noktada bazı sorular oluşmaktadır: Neden bazı ülkelerdeki insanlar diğer ülkelerdeki insanlardan daha sağlıklıdır? Neden bazı ülkelerde ortalama yaşam süresi diğer ülkelerden daha fazladır? Aynı sorular aynı ülke içerisinde yaşayan insanlar için de sorulabilir: Neden aynı ülkede yaşamalarına rağmen bazı insanlar diğerlerine göre daha sağlıklı ya da daha sağlıklıdır? (Abel-Smith, 1994, s. 17). Tüm bu sorular sağlıkta eşitsizlik kavramını gündeme taşımaktadır.

Sağlıkta ve sağlık hizmetlerinde eşitlik ve hakkaniyet, açık ya da kapalı olarak kamu sağlık politikalarının temel amaçları arasındadır (Mooney, 1992, s. 102). Mooney (1994) tarafından sağlık hizmetlerinde eşitlik üç boyutla açıklanmaktadır: Sağlıkta eşitlik, eşit ihtiyaçlar için eşit sağlık hizmeti kullanımı ve eşit ihtiyaçlar için sağlık hizmetine eşit erişim şeklindedir. Sağlıkta eşitlik, bir hedef olmakla birlikte ulaşılabilmeye güçtür. Sağlıkta eşitlik, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme imkânı olması ve kimsenin bu potansiyele ulaşma konusunda dezavantajlı olmamasıdır (Aba ve Ateş, 2015, s. 34). Sağlığın tek belirleyicisi sağlık hizmeti değildir (davranış, genetik ve çevre faktörü de sağlığı etkiler). Ayrıca bireyler farklı sağlık statüleri ile dünyaya gelirler. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde eşitliğin tanımlanmasında sağlıkta eşitlik ulaşılabilmeye zor bir durumdur. Eşit ihtiyaçlar için eşit sağlık hizmeti kullanımı ve eşit ihtiyaçlar için eşit sağlık hizmetine ulaşım erişilmesi nispeten daha kolay hedeflerdir. İkisi arasındaki fark, kullanım hem arz hem de talep tarafıyla ilgili iken erişim arz tarafıyla ilgilidir. Erişim; coğrafik ulaşılabilirlik olarak tanımlanırken (O'Donnell, 2007, s. 2821), bir diğer şekilde hizmeti sunan ile alanın konumunun birbirine

319

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ŞANTAŞ, F / ŞANTAŞ, G)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

uymasıdır (Çelik, 2013, s. 332). Sağlık hizmetine erişememe sağlıkta eşitsizliğe neden olan faktörlerden birisidir. Fuchs (1974) tarafından sağlık hizmetine erişim problemleri genel erişim ve özel erişim problemleri olmak üzere iki kısma ayrılmıştır: Genel erişim problemi, kişilerin tamamının yaşadığı sorundur. Ekonomik durumu ya da eğitim düzeyi ne olursa olsun kırsal kesimde yaşayan tüm bireylerin sağlık hizmetine erişimde yaşadığı sorun genel erişim problemine örnektir. Özel erişim problemi ise bireylerin sağlık güvencelerinin olmaması ya da ekonomik sıkıntılar nedeniyle sağlık hizmeti alamamalarıdır.

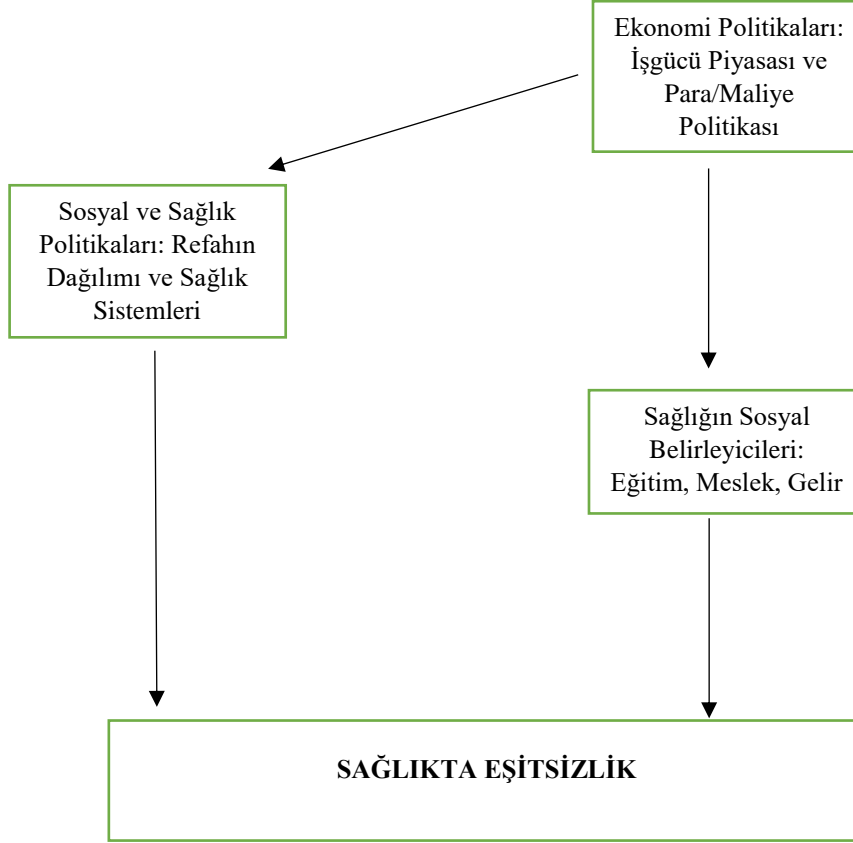
Sağlık politikalarında sağlıkta eşitlik kadar önem verilen ve bazen sağlıkta eşitliğin yerine kullanılan kavram, hakkaniyettir. Sağlıkta hakkaniyet, sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicileri açısından toplumun çeşitli katmanları arasında sistematik farklılıkların olmamasıdır (Braveman ve Gruskin, 2003, s. 254-256). Hakkaniyette iki durum ortaya çıkmaktadır: Dikey hakkaniyet ve yatay hakkaniyet. Dikey hakkaniyet, farklı olanların farklı şekilde tedavi edilmesidir. Örneğin, soğuk algınlığı ile zatürrenin farklı şekilde tedavi edilmesi dikey hakkaniyettir. Yatay hakkaniyet ise aynı sağlık sorunları olanlara aynı şekilde tedavi verilmesidir. İki zatürre hastasının başka sağlık sorunları olmaması koşuluyla aynı tedaviyi almaları yatay hakkaniyettir (McGuire vd., 1995, s. 54).

Sağlıkta eşitsizlik, sağlıkta eşitlik ya da hakkaniyetin olmaması durumudur ve sistematik, sosyal olarak üretilmiş ve haksız sağlık farklılıklarıdır (Whitehead ve Dahlgren, 2006, s. 2). Diğer bir tanımla sağlıkta eşitsizlik; gereksiz, kaçınılabilir, haksız ve adaletsiz sağlık farklılıklarıdır. Sağlıkta eşitsizlik, doğal durum yerine sosyal nedenlerden ortaya çıkan, önlenemez olması nedeniyle kabul edilmez nitelikte, toplumsal özelliği nedeniyle ortadan kaldırılmasında ekonomi, sosyoloji, politika gibi sağlık dışı alanların da işbirliğinin gerektiği, ahlaki bir sorun olarak ifade edilmesi gereken sağlıkla ilgili farklılıklardır (Belek, 1998, s. 102). Ancak biyolojik farklılıklar ve davranışlar (alkol, sigara kullanımı ya da spor yapma vb.) nedeniyle ortaya çıkan sağlık farklılıkları sağlıkta eşitsizlik olarak adlandırılmamaktadır (Abel-Smith, 1994, s.19). Kız ve erkek çocukların aşılama ve beslenme farklılıkları ya da bireylerin tedavi olmada bölgesel farklılıklar yaşaması ise sağlıkta eşitsizliğe örnektir (Braveman ve Gruskin, 2003, s. 255).

Sağlıkta eşitsizliğin değerlendirilmesinde farklı karşılaştırmalardan yararlanmak mümkündür: Ülkeler arası ya da ülke içinde bölgesel karşılaştırmaların yapılması, ülke içindeki etnik gruplar arası karşılaştırmaların yapılması, meslekler arası karşılaştırmaların yapılması, çalışan ve işsiz arasında karşılaştırmaların yapılması, eğitim kategorileri arasında karşılaştırmaların yapılması ve cinsiyet arasında karşılaştırmaların yapılması öne çıkan karşılaştırma türleridir. Sağlıkta eşitsizliklerin değerlendirilmesi, özellikle gelişmekte olan ülkelerde verilere ulaşımın güçlüğü sebebiyle zordur. Gelişmekte olan ülkelerdeki doğum ve ölüm kayıtlarının eksik olması, kayıt dışı sektörde çalışmanın yaygınlığı nedeniyle gelirin saptanmasının zorluğu bu ülkelerde sağlıkta eşitsizliğin tam anlamıyla değerlendirilmesini güçleştirmektedir (Abel-Smith, 1994, s. 19-20).

Sağlıkta eşitsizliklerin nedenleri; global ekonomi, makro sosyal-politik çevre, politik öncelikler ve kararlar, eşitlik/hakkaniyete yönelik sosyal değerler, gelir-güç ve zenginliğin adaletsiz dağılımı, yoksulluk ve ayrımcılıktır (NHS, 2015, s. 1). Sağlıkta eşitsizliğin nedenleri, Belek (1998) tarafından makro ve mikro nedenler olarak iki grupta toplanmıştır: Makro nedenler, kapitalizm ve emperyalizm; mikro nedenler ise politik yapı, kişi başına düşen milli gelir, yoksulluk, gelir dağılımında adaletsizlik ve sınıflı toplum yapısıdır. Şekil 1'de sağlıkta eşitsizliğin nedenleri verilmektedir.

Şekil 1. Sağlıkta Eşitsizliğin Nedenleri



Kaynak: Forster vd., (2018): 17

Eşitsizliğin izlenmesi ve değerlendirilmesinde çeşitli ölçütlerden yararlanılmaktadır: Gini Katsayısı ve Lorenz Eğrisi, İnsani Gelişim Endeksi, Konsantrasyon Endeksi, QALY (Kaliteye Ayarlanmış Yaşam Yılları), DALY (Engelliğe Ayarlanmış Yaşam Yılları), Regresyon Temelli Yöntemler, Toplumda Atfedilebilir Risk, Benzemezlik Endeksi öne çıkan ölçütlerdir (McGuire vd., 1995, s. 54; Aba ve Ateş, 2015, s. 53-63).

Bu çalışma, gündemdeki yerini her zaman koruyan sağlıkta eşitsizliğin araştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma, Dünya Sağlık Örgütü Bölgesi'ni kapsamaktadır ve DSÖ verilerinden yararlanarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmada, DSÖ Bölgeleri çeşitli sağlık değişkenleri açısından birbirleriyle karşılaştırılarak mevcut durumdaki eşitsizliklerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Çalışmada herkesçe ulaşılabilir ikincil veriler kullanılması nedeniyle etik kurul izni alınmasına gerek görülmemiştir.

LİTERATÜR ÖZETİ

Sağlıkta eşitsizlik konusu uzun yıllardır araştırılan ve sağlık politikası ve sağlık yönetimi alan yazınında her zaman gündemdeki yerini koruyan konu başlıklarındandır. Alan yazın incelendiğinde sağlıkta eşitsizlik konusunun derleme ve araştırma şeklindeki çalışmalar ile incelendiği görülmektedir. Araştırma şeklinde gerçekleştirilen çalışmaların özet bulguları şu şekildedir: Aba ve



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Ateş (2015) tarafından gerçekleştirilen çalışmanın kapsamını, 194 DSÖ üyesi ülke oluşturmuştur. Çalışmada 5 ana değişken belirlenmiştir. Bunlar: Yaşam beklentisi ve mortalite oranları, nedene özel mortalite oranları, halk sağlığı hizmetleri, sağlık insangücü ve altyapı, sağlık harcamaları ve demografik ve sosyo-ekonomik göstergeler. Araştırma kapsamında Almanya ilk sırada Çad son sırada yer almıştır. Türkiye ise 52. sıradadır.

Yardım ve Özcebe (2010) tarafından yapılan çalışmada Ankara ili Çankaya ilçesinde sağlık düzeyi üzerinde sosyo-ekonomik farklılıkların etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda gelir, eğitim ve mesleki prestij morbidite hızı üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Çalışma; gelir, eğitim ve mesleki prestij açısından düşük düzeyde olanların morbidite hızlarının yüksek olduğunu göstermektedir. Sağlıkta eşitsizlikler ile ilgili bir diğer araştırma Yoloğlu vd. (2020) tarafından gerçekleştirilmiştir. Çalışmada sağlık eşitsizlikleri DSÖ yaşam kalitesi üzerinden incelenmiştir. Yaşam kalitesinin kadınlarda, düşük eğitim ve gelir düzeyinde olanlarda, çalışmayanlarda, sosyal güvencesi olmayanlarda ve geliri asgari ücretin altında olanlarda daha düşük olduğu saptanmıştır.

Şantaş ve Şantaş (2018) tarafından OECD ülkeleri, Türkiye'nin bölgeleri ve illeri sağlık statüsü, sağlık hizmeti kullanımı ve sağlık altyapısı açısından incelenmiştir. Çalışma sonucunda ülke, bölge ve şehirler açısından farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Tüm göstergeler açısından en iyi durumda olan ülkenin Japonya, Türkiye'deki en iyi bölgenin Batı Anadolu ve en iyi şehrin ise Tunceli olduğu belirlenmiştir. Tunceli'nin en iyi durumda olmasını yazarlar, nüfus yoğunluğunun az olması (göstergelerin nüfusa oranlanması) ile açıklamışlardır.

Anyangwe ve Mtonga (2007) tarafından yapılan çalışmada Amerika ve Sahra Altı Afrika karşılaştırılmıştır. Amerika Bölgesi dünya nüfusunun %14'ünü kapsarken global hastalık yükünün %10'unu, sağlık çalışanlarının %42'sini ve sağlık harcamalarının %50'den fazlasını kapsamaktadır. Sahra altı Afrika ise dünya nüfusunun %11'ini, global hastalık yükünün %25'ini, sağlık çalışanlarının %3'ünü, ve toplam sağlık harcamalarının %1'inden azını kapsamaktadır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmada Dünya Sağlık Örgütü Bölgeleri açısından sağlıkta eşitsizliğin ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışmada kullanılan değişkenler, verilerin tüm bölgeler için tam olma ve en güncel olma şartlarına göre seçilmiştir. Veri setinde yer alan ve bu kriterlere uygun olan tüm değişkenler çalışma kapsamına alınmıştır. Değişkenler; yaşam beklentisi, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve obezite, sağlık hizmetine erişim, sağlık altyapısı ve finansmanı şeklinde gruplanmıştır.

Çalışmanın verileri, Dünya Sağlık Örgütü veri tabanı olan "The Global Health Observatory" (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators>) elde edilmiştir.

Çalışmada gruplanan sağlık değişkenleri doğrultusunda mevcut durumlar verilmiş ve her bir değişken için göreceli katlar hesaplanmıştır. Katların hesaplanmasında değişkenin türüne göre en iyi ya da en kötü durumdaki bölge referans kategori kabul edilerek 1,00 ile kodlanmış ve diğer bölgelerin katları referans bölgeye oranlanarak Excel'de hesaplanmıştır. Örneğin yaşam beklentisi değişkeni için Afrika Bölgesi en az değere sahip olan bölge olduğu için referans kategori olarak belirlenmiştir.

Bölgelerin sağlık değişkenleri açısından birbirlerinden istatistiksel olarak farklılıkları, Tek Örneklem Ki-Kare Testi ile analiz edilmiştir.

Bölgelerin sağlık değişkenleri açısından sıralanmasında faktör analizi kullanılmıştır. Faktör analizine çalışmada kullanılan tüm sağlık değişkenleri dâhil edilmiştir. Bölgeler faktör skorlarına

göre en iyiden en olumsuz doğru sıralanmıştır. Faktör analizi ve Ki-kare Testi SPSS 21.0 programında gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada herkesçe ulaşılabilir ikincil veriler kullanılması nedeniyle etik kurul izni alınmasına gerek görülmemiştir.

BULGULAR

Tablo 1’de yaşam beklentisine ilişkin değişkenler için yapılan analiz sonuçları verilmektedir. Her üç değişken açısından da yaşam süresi beklentisinin en az olduğu yer Afrika’dır. Yaşam süreleri için hesaplanan değerlere bakıldığında dünya genelinde doğumda beklenen yaşam süresi ve sağlıklı yaşam süresinin Afrika’ya göre 1,18 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Tabloda tüm bölgelere ilişkin değerlerin Afrika’dan fazla olduğu, diğer bir ifadeyle tüm bölgelerde yaşam sürelerinin Afrika’dan fazla olduğu görülmekle birlikte bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 1. Yaşam Beklentisi

DSÖ Bölgeler	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi		Doğumda Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi		60 Yaş Üstü Beklenen Yaşam Süresi	
	Yıl	Kat	Yıl	Kat	Yıl	Kat
Afrika Bölgesi	61,2	1,00	53,8	1,00	16,63	1,00
Amerika Bölgesi	76,8	1,25	67,5	1,25	22,74	1,37
Güney Doğu Asya Bölgesi	69,5	1,14	60,4	1,12	18,15	1,09
Avrupa Bölgesi	77,5	1,27	68,4	1,27	22,32	1,34
Doğu Akdeniz Bölgesi	69,1	1,13	59,7	1,11	18,24	1,10
Batı Pasifik Bölgesi	76,9	1,26	68,9	1,28	20,98	1,26
Ki-Kare Analizi	$\chi^2= 3,056$ $p=0,691$		$\chi^2= 2,926$ $p=0,711$		$\chi^2= 1,555$ $p=0,907$	

Tablo 2’de çocuk sağlığını çeşitli açılardan değerlendiren göstergelere ilişkin mevcut durum ve göstergeler için hesaplanan değerler verilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi beş yaş altı çocuklarda fazla kilo prevalansı hariç diğer değişkenler istatistiksel olarak anlamlıdır. ($p<0,05$). Neo-natal ölüm, beş yaş altı ölüm hızı ve beş yaş altı çocuklarda anemi prevalansı değişkenlerinde en iyi durumda olan bölge Avrupa’dır. Referans kategori durumundaki Avrupa Bölgesine göre Afrika’da neo-natal ölüm hızı 5,40 kat, beş yaş altı ölüm hızı 8,44 kat ve anemi prevalansının ise 2,69 kat daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Referans kategoriye göre Afrika’da bodurluk 5,24 kat, yetersiz beslenme 8,00 kat fazladır. Beş yaş altı çocuklarda fazla kilo ise referans kategoriye göre Amerika Bölgesinde 2,43 kat daha fazladır.

Tablo 2. Çocuk Sağlığı

DSÖ Bölgeler	Neo-Natal Ölüm Hızı		Beş Yaş Altı Ölüm Hızı		Beş Yaş Altı Çocuklarda Bodurluk Prevalansı		Beş Yaş Altı Çocuklarda Yetersiz Beslenme Prevalansı		Beş Yaş Altı Çocuklarda Fazla Kilo Prevalansı		Beş Yaş Altı Çocuklarda Anemi Prevalansı	
	Binde	Kat	Binde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat
Afrika Bölgesi	27	5,40	76	8,44	32,5	5,24	6,4	8,00	3,1	1,03	59,30	2,69
Amerika Bölgesi	7	1,40	14	1,56	6,3	1,02	0,8	1,00	7,3	2,43	22,73	1,03
Güney Doğu Asya Bölgesi	20	4,00	34	3,78	31,0	5,00	14,7	18,38	3,0	1,00	51,41	2,33
Avrupa Bölgesi	5	1,00	9	1,00	-	-	-	-	-	-	22,04	1,00
Doğu Akdeniz Bölgesi	26	5,20	47	5,22	24,2	3,90	7,5	9,38	5,7	1,90	45,34	2,06
Batı Pasifik Bölgesi	6	1,20	12	1,33	6,2	1,00	2,1	2,63	6,2	2,07	22,36	1,01
Ki-Kare Analizi	$\chi^2 = 35,264$ p<0,001		$\chi^2 = 106,813$ p<0,001		$\chi^2 = 43,972$ p<0,001		$\chi^2 = 19,562$ p<0,001		$\chi^2 = 2,800$ p=0,592		$\chi^2 = 37,568$ p<0,001	

Bulaşıcı hastalıklar ve yetişkinlerde obeziteye ilişkin durum ve hesaplanan değerler Tablo 3'te verilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi referans bölgeye göre tüberküloz 8,25 kat ve sıtma 88,19 kat Afrika Bölgesi'nde, obezite 6,09 kat Amerika Bölgesi'nde daha yaygındır. Her üç değişken için de yapılan ki-kare analizi istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 3. Bulaşıcı Hastalıklar ve Obezite

DSÖ Bölgeler	Tüberküloz İnsidansı		Sıtma İnsidansı		On sekiz Yaş Üstü Bireylerde Obezite Prevalansı (Yaş Standardize)	
	Binde	Kat	Binde	Kat	Binde	Kat
Afrika Bölgesi	231	8,25	229,3	88,19	10,6	2,26
Amerika Bölgesi	29	1,04	6,7	2,58	28,6	6,09
Güney Doğu Asya Bölgesi	220	7,86	4,9	1,88	4,7	1,00
Avrupa Bölgesi	28	1,00	-	-	23,3	4,96
Doğu Akdeniz Bölgesi	115	4,11	10,0	3,85	20,8	4,43
Batı Pasifik Bölgesi	96	3,43	2,6	1,00	6,4	1,36
Ki-Kare Analizi	$\chi^2 = 331,017$ p<0,001		$\chi^2 = 781,906$ p<0,001		$\chi^2 = 30,874$ p<0,001	

Tablo 4'te kadın sağlığına ilişkin değişkenler görülmektedir. Kadın sağlığı değişkenleri için yapılan analizlerin tamamı istatistiksel olarak anlamlıdır. Adolesan doğum hızı, referans kategori Batı Pasifik Bölgesine göre Afrika Bölgesinde 7,09 kat daha fazladır. Üreme çağındaki kadınlarda anemi prevalansı, referans kategori Amerika Bölgesine göre Güneydoğu Asya'da 2,40 kat ve Afrika Bölgesinde ise 2,04 kat daha fazladır. Gebe kadınlarda anemi, Amerika Bölgesine göre Güneydoğu Asya Bölgesinde 1,89 kat ve Afrika Bölgesinde ise 1,81 kat daha fazladır. Anne ölüm oranı, Avrupa Bölgesine göre Afrika Bölgesinde 40,38 kat ve Doğu Akdeniz Bölgesinde ise 12,62 kat daha fazladır.

Tablo 4. Kadın Sağlığı

DSÖ Bölgeler	Adolesan Doğum Hızı		Üreme Çağındaki Kadınlarda Anemi Prevalansı		Gebe Kadınlarda Anemi Prevalansı		Ana-Ölüm Oranı	
	Binde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat	Yüz Binde	Kat
Afrika Bölgesi	102,1	7,09	39,0	2,04	46,16	1,81	525	40,38
Amerika Bölgesi	49,9	3,47	19,1	1,00	25,48	1,00	57	4,38
Güney Doğu Asya Bölgesi	26,1	1,81	45,8	2,40	48,15	1,89	152	11,69
Avrupa Bölgesi	17,1	1,19	22,7	1,19	26,55	1,04	13	1,00
Doğu Akdeniz Bölgesi	46,5	3,23	39,8	2,08	40,91	1,61	164	12,62
Batı Pasifik Bölgesi	14,4	1,00	25,3	1,32	33,01	1,30	41	3,15
Ki-Kare Analizi	$\chi^2 = 125,422$ p<0,001		$\chi^2 = 19,000$ p<0,001		$\chi^2 = 13,018$ p<0,001		$\chi^2 = 132,395$ p<0,001	

Tablo 5'te aşılama ve aile planlaması yöntemlerine ulaşımına ilişkin değerler görülmektedir. Tabloda görüldüğü gibi her üç değişken açısından da en dezavantajlı olan bölge, Afrika Bölgesidir. Afrika'ya göre diğer bölgeler için hesaplanan risk değeri 1,00'in üzerindedir. Bunun anlamı, Afrika'ya göre diğer bölgelerde belirlenen değişkenler açısından sağlık hizmetine erişim daha fazladır. Ancak bu bulgular istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 5. Sağlık Hizmetine Erişim

DSÖ Bölgeler	DBT Aşısı		BCG Aşısı		Üreme Çağındaki Kadınlarda İstedikleri Modern Aile Planlaması Yöntemine Ulaşımı	
	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat
Afrika Bölgesi	76	1,00	80	1,00	56,5	1,00
Amerika Bölgesi	87	1,14	91	1,14	82,8	1,47
Güney Doğu Asya Bölgesi	89	1,17	91	1,14	75,3	1,33
Avrupa Bölgesi	94	1,24	93	1,16	76,7	1,36
Doğu Akdeniz Bölgesi	82	1,08	87	1,09	60,9	1,08
Batı Pasifik Bölgesi	93	1,22	96	1,20	86,8	1,54
Ki-Kare Analizi	$\chi^2 = 2,704$ p=0,745		$\chi^2 = 1,732$ p=0,885		$\chi^2 = 9,755$ p=0,082	

Tablo 6'da sağlık altyapısı ve finansmanına ilişkin değerler verilmektedir. Dört değişken açısından da dezavantajlı olan bölgenin Afrika Bölgesi olduğu görülmektedir. Afrika'ya göre hekim sayısı Avrupa Bölgesinde 11,37 kat, hemşire ve ebe sayısı 8,05 kat, kamu harcaması olarak gerçekleştirilen sağlık harcamasının 1,71 kat ve genel sağlık sigortalısı oranının 1,67 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Bulgular kamu harcaması oranı olarak sağlık harcaması dışındaki diğer üç değişken için istatistiksel olarak anlamlıdır.

Tablo 6. Sağlık Altyapısı ve Finansmanı

DSÖ Bölgeler	Hekim Sayısı		Hemşire ve Ebe Sayısı		Kamu Harcaması Oranı Olarak Sağlık Harcaması		Genel Sağlık Sigortalısı (UHS)	
	On Binde	Kat	On Binde	Kat	Yüzde	Kat	Yüzde	Kat
Afrika Bölgesi	3,0	1,00	10,1	1,00	7,2	1,00	46	1,00
Amerika Bölgesi	24,0	8,00	83,3	8,25	13,2	1,83	79	1,72
Güney Doğu Asya Bölgesi	8,1	2,70	17,9	1,77	8,1	1,13	56	1,22
Avrupa Bölgesi	34,1	11,37	81,3	8,05	12,3	1,71	77	1,67
Doğu Akdeniz Bölgesi	10,1	3,37	14,5	1,44	8,7	1,21	57	1,24
Batı Pasifik Bölgesi	18,8	6,27	36,3	3,59	9,6	1,33	77	1,67
Ki-Kare Analizi	$\chi^2 = 40,735$ p<0,001		$\chi^2 = 137,123$ p<0,001		$\chi^2 = 2,729$ p=0,742		$\chi^2 = 15,143$ p=0,010	

Çalışmada bölgelerin sırasını belirleyebilmek için faktör analizi uygulanmıştır. Faktör analizine çalışmada kullanılan tüm sağlık değişkenleri dâhil edilmiştir. Tablo 8’de bileşenler ve özdeğerler verilmektedir. Tabloda görüldüğü gibi değişkenler 3 boyuttan oluşmuştur ve boyutların açıklanan toplam varyansı %94’tür.

Tablo 7. Bileşenler ve Özdeğerler

Bileşen No	Özdeğer	Açıklanan Varyans (%)	Birikimli Açıklanan Varyans (%)
1	17,276	75,113	75,113
2	3,152	13,703	88,815
3	1,266	5,503	94,318

Tablo 9’da bölgeler aldıkları faktör skorlarına göre sıralanmıştır. Tüm sağlık değişkenleri açısından ilk sırada Avrupa, ikinci sırada ise Amerika Bölgesi yer almıştır. Afrika bölgesi son sıradadır. Diğer bir ifadeyle Afrika Bölgesi’nin kat hesaplarında olduğu gibi faktör analizi sonucunda da sağlık değişkenleri açısından en olumsuz bölge olduğu saptanmıştır.

Tablo 8. Bölgelerin Faktör Skorlarına Göre Sıralanmaları

Ülke	Faktör Skoru
1. Avrupa	1,01278
2. Amerika	,89072
3. Batı Pasifik	,66115
4. Doğu Akdeniz	-,52092
5. Güney Doğu Asya	-,58368
6. Afrika	-1,46005

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, ülke sağlık sistemi uygulayıcılarının sürekli olarak gündeminde yer alan sağlıkta eşitsizlik konusunun incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışmada Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verileri kullanılmış ve DSÖ bölgeleri değerlendirilmiştir. Çalışmada DSÖ bölgeleri; yaşam beklentisi, çocuk sağlığı, kadın sağlığı, bulaşıcı hastalıklar ve obezite, sağlık hizmetine erişim, sağlık altyapısı ve finansmanı açısından değerlendirilmiştir.

Çalışma sonucunda tüm sağlık göstergeleri açısından bölgeler arasında farklılıklar olduğu bir diğer ifadeyle bölgesel eşitsizlikler olduğu belirlenmiştir. Afrika Bölgesi’nin hem hesaplanan kat



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

açısından hem de faktör analizi sonucunda göstergeler açısından en olumsuz bölge olduğu saptanmıştır. Avrupa Bölgesi ise sağlık göstergeleri açısından en iyi durumda olan bölgedir. Çalışmanın bulgularını literatürde yer alan çalışmalar destekleyici niteliktedir (Anyangwe ve Mtonga, 2007; Aba ve Ateş, 2015; Şantaş ve Şantaş, 2018).

Çalışma sonucunda görüldüğü gibi sağlık göstergeleri açısından ilerleme olmakla birlikte bu durum dünya genelinde herkesi kapsar nitelikte değildir. Bir diğer ifadeyle sağlıkta eşitsizlikler bulunmaktadır. Sağlıkta eşitsizliklerin ortadan kaldırılmasına yönelik her uygulama, eşitsizliğin yoğun olduğu ülke vatandaşlarının sağlığını artırmanın yanında sağlığın üretime olan katkısı nedeniyle dolaylı olarak yine bireylerin sağlıklarının daha iyi hale gelmesine de katkı sağlayacaktır. Çalışma kapsamında ulaşıldığı üzere sağlıkta eşitsizlikle ilgili yapılması gerekenler şöyle özetlenebilir:

- ✓ Yoksul ülkelere ve ülkelerdeki yoksullara parasal yardım yapılmalıdır. Böylece yoksul bireyler daha iyi beslenme, ev koşulları ve sağlık hizmetlerine ulaşım sağlayarak sağlık statüleri gelişecektir.
- ✓ Genel olarak tüm bireylerin eğitim düzeylerinin yükseltilmesinin yanında kadınların eğitim düzeylerinin yükseltilmesine özellikle önem verilmelidir.
- ✓ Ekonomik büyüme önem verilen bir konu olmakla birlikte sağlıkta eşitsizliği azaltmada gelir dağılımının adil olması daha önemlidir. Gelir dağılımında adalet başlı başına bir amaç olmasının yanında sağlıkta eşitsizliğinin azaltılmasına da katkı sağlayacaktır.
- ✓ Bireylerin mevcut sağlık hizmetlerine erişimlerinden genel ve özel erişim problemleri ortadan kaldırılmalıdır. Son yıllarda alanyazında yoğun şekilde çalışılan sağlık okuryazarlığının yükseltilmesi erişim probleminin azaltılmasını destekleyecektir.
- ✓ Sağlığın sosyal belirleyicilerine odaklanılmalıdır.

Bu çalışmada DSÖ verilerinden yararlanılarak DSÖ Bölgeleri sağlıkta eşitsizlik açısından değerlendirilmiştir. Gelecekte gerçekleştirilecek çalışmalarda ülkeler ve bölgeler farklı veri setleri ve farklı yöntemler ile (konstrasyon endeksi, Gini katsayısı vb. gibi) değerlendirilebilir. Ayrıca Türkiye için oluşturulacak soru formları yardımıyla şehirlerin gelişmiş ve gelişmekte olan bölgeleri sağlıkta eşitsizlik açısından karşılaştırılabilir.

Çalışmada herkesçe ulaşılabilir ikincil veriler kullanılması nedeniyle etik kurul izni alınmasına gerek görülmemiştir.

KAYNAKÇA

- Aba, G. ve Ateş, M. (2015). Sağlıkta Eşitsizlikler (1. Baskı). İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Abel-Smith, B. (1994). An Introduction to Health Policy, Planning and Financing. London: Longman Group Limited.
- Anyangwe, S.C.E. ve Mtonga, C. (2007). Inequities in the Global Health Workforce: The Greatest Impediment to Health in Sub-Saharan Africa. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 4(2), 93-100.
- Belek, İ. (1998). Sınıf, Sağlık, Eşitsizlik. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Braveman, P. ve Gruskin, S. (2003). Defining Equity in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 57(4), 254-258.
- Braveman, P. & Gruskin, S. (2003). Poverty, Equity, Human Rights and Health. *Bulletin of The World Health Organization*, 81(7), 539-545.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Çelik, Y. (2013). Sağlık Ekonomisi (2. Baskı), Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Forster, T., Kentikelenis, A., ve Bambra, C. (2018). Health inequalities in Europe: Setting the stage for progressive policy action, Erişim Tarihi: 21.07.2020, <https://www.feps-europe.eu/attachments/publications/1845-6%20health%20inequalities%20inner-hr.pdf>
- Fuchs, VR. (2011). Who Shall Live?: Health, Economics And Social Choice. New York: Basic Books, Inc. Publishers.
- McGuire, A. Hendersen, J. ve Mooney G. (1995). The Economics of Health Care: An Introductory Text, London: Routledge.
- Mooney, G. (1992). Economics, Medicine and Health Care (2nd Edition). London: Harvester, Wheatsheaf.
- Mooney, G. (1994). Key Issues in Health Economics. England: Prentice Hall/Harvester, Wheatsheaf.
- NHS (2015). Health Inequalities: What are they? How do we reduce them? A series of briefings to promote action to reduce health inequalities. Inequality Briefing, NHS Scotland, Erişim Tarihi: 20.07.2020, <http://www.healthscotland.scot/media/1086/health-inequalities-what-are-they-how-do-we-reduce-them-mar16.pdf>
- O'Donnell, O. (2007). Access to Health Care in Developing Countries: Breaking Down Demand Side Barriers. Cadernos de Saúde Pública, 23(12), 2820-2834.
- Şantaş, F. ve Şantaş, G. (2018). Türkiye'nin, Bölgelerin ve İllerin Sağlık Değişkenleri Açısından Mevcut Durumu ve Sıralanması. Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 11(3), 2419-2432.
- Whitehead, M. ve Dahlgren, G. (2006). Concepts and Principles for Tackling Social Inequities in Health: Levelling Up. Part 1, Studies on Social and Economic Determinants of Population Health 2. World Health Organization. Erişim Tarihi: 12.08.2020, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107790/E89383.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Yardım, M.S. ve Özcebe, H. (2010). Ankara İli Çankaya İlçesinde 25 Yaş ve Üzeri Nüfusun Sağlık Düzeyinde Sosyoekonomik Farklılıklar. Ege Tıp Dergisi, 49(1), 19-30.
- Yoloğlu, A.C., Kurt, A.Ö., Sarıkaya Levent, Y., Levent, T., Burat, S., Karaca, S. ve Gökalp, S. (2020). Sağlık Eşitsizlikleri, DSÖ Yaşam Kalitesi Ölçeği Üzerinden Bir Değerlendirme: Mersin İli Mezitli İlçesi Örneği. Planlama, 30(1),66-88.



Usaysad Dergi, 2021; 7(2):329-344(Araştırma makalesi)

COVID-19 PANDEMİ SÜRECİNDE HEMŞİRELERİN ETİK VE ALTURİSTİK LİDERLİK ALGISI

ETHICAL AND ALTURISTIC LEADERSHIP PERCEPTIONS OF NURSES IN THE COVID-19 PANDEMIC PROCESS

Dr. Öğr. Üyesi Fatma MANSUR

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, fatma.mansur@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0002-0336-6329

Dilek UYSAL

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, dilek.uyosal@hbv.edu.tr, orcid.org/0000-0002-8591-3065

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (02.06.2021-03.07.2021)

Öz

Tüm örgütlerde olduğu gibi sağlık örgütlerinde de liderlerin çalışanlar üzerinde etkisi büyüktür. Özellikle kriz dönemlerinde liderlik algısı ve anlayışı daha çok ön plana çıkmaktadır. Bu çalışmada Türkiye’de kamu, üniversite ve özel hastanelerde görev yapan hemşirelerin etik ve alturistik liderlik algılarının belirlenmesi amacıyla nicel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı araştırma yapılmıştır. Araştırma verileri kartopu örneklem yöntemi ile online anket uygulanarak elde edilmiştir. Araştırmaya dahil olan katılımcı sayısı 396’dır. Araştırmada geçerlilik ve güvenilirlikleri test edilmiş Alturistik Liderlik Ölçeği ve Etik Liderlik Ölçeği kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğü yeterli ve ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değerleri +1 ve -1 arasında olduğundan veriler parametrik testler uygulanmıştır. Verilerin analizinde frekans, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler yapılmıştır. Kategorik verilerin analizinde ise Bağımsız Örneklem t Testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, kadın hemşirelerin, genç yaştakilerin, lisans mezunu olanların etik liderlik algılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Daha uzun süredir hizmet veren hemşirelerin hem etik hem de alturistik liderlik algılarının daha düşük olduğu görülmüştür. Özel hastanede çalışan hemşirelerin ise etik ve alturistik liderlik algısının kamu ve üniversite hastanesindekilere göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Kamu ve devlet hastanesinde orta düzeyde olup, özel hastanede çalışan hemşirelerinki yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Etik liderlik, alturistik liderlik, hemşire liderliği.



Abstract

As in all organizations, leaders have a great impact on employees in health organizations. Especially in times of crisis, perception and understanding of leadership come to the fore. In this study, a descriptive research, one of the quantitative research methods, was conducted in order to determine the ethical and altruistic leadership perceptions of nurses working in public, university and private hospitals in Turkey. In the study, Altruistic Leadership Scale and Ethical Leadership Scale which the validity and reliability of the tested were used. Since the sample size was sufficient and the kurtosis and skewness values of the scales were between +1 and -1, parametric tests were applied to the data. Descriptive statistics such as frequency, percentage, average, and standard deviation were calculated. Comparison of categorical data was driven by Independent Sample t-Test and One-Way Analysis of Variance (ANOVA). As a result of the research, it was seen that the ethical leadership perceptions of female nurses, young people and undergraduates were higher. In addition, nurses who have served longer have lower perceptions of both ethical and altruistic leadership. It was observed that the ethical and altruistic leadership perception of nurses working in private hospitals was higher than those in public and university hospitals. It is at medium level in public and state hospitals, while that of nurses working in private hospitals is high.

Keywords: Ethical leadership, altruistic leadership, nurse leadership.

GİRİŞ

Sağlık kurumlarında yerine getirilmesi gereken görevler bağlamında farklılaşan ve karmaşık bir hal alan meslek ve uzmanlık alanları bulunmaktadır. Bir başka açıdan bakıldığında sağlık kurumlarında ortaya çıkan problemlerin türleri ve önem dereceleri bakımından çözüm üretme noktasında uzman desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Sağlık kurumları yöneticileri liderlik rolleriyle, farklı uzmanlık alanlarına sahip çalışanları etkileyerek ortak amaçlar doğrultusunda hareket etmelerini yani yönlendirmelerini sağlamaktadırlar. Sağlık kurumları yöneticilerinin, kurumun öncesi ve sonrasını belirleyerek kurumu geleceğe hazırlarken, yeniliklere ve değişikliklere açık, çalışanlarının kararlara katılımını sağlayan, demokratik lider olması gerekmektedir (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2018:106-107). Sağlık kurum ve kuruluşlarının başarısı çalışanlarının başarısı ile doğru orantılıdır. Bu nedenle hastane yöneticilerinin sorumluluklarının başında çalışanların isteklerini, ihtiyaçlarını belirlemek ve bu doğrultuda beklentilerini gerçekleştirmek yer alır (Alcan, 1997: 133). Yeni işletme anlayışı içerisinde personel yönetiminden insan kaynakları yönetimine doğru eğilim oluşmakta ve bu eğilim hem çalışanlar hem de kurumların yöneticilerini yakından ilgilendirmektedir. Aynı şekilde işletmelerde sadece yöneticilik özellikleri değil liderlik özellikleri taşıyan yöneticiler de önem kazanmaktadır. Özellikle normal çalışma şartlarının dışında, beklenmedik kriz ortamlarında lider yöneticilere daha fazla ihtiyaç duyulmaktadır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

“Liderlik; bir grubu belli amaçlar etrafında toplayabilme ve bu amaçları gerçekleştirmek için onları harekete geçirme, etkileyebilme bilgi ve kabiliyetlerinin toplamıdır” şeklinde tanımlanmaktadır (Zel, 2001: 91). Liderden beklenen yönetmekte olduğu örgütün yapısını ve büyüklüğünü göz önünde bulundurmadan örgütün hedefi doğrultusunda çalışanların performansını maksimize etmek üzere onları etkileme ve bu etkiyi sürdürmesidir (McCull-Kennedy ve Anderson, 2002:545; Schyns ve Felfe, 2006:523). Başarılı etkin bir lider, tüm çalışanların karşılaşabileceği örgütte yaşanması muhtemel sorunları tespit edebilen ve kriz durumlarına karşı alınabilecek önlemlerle süreci kusursuz bir biçimde yönetebileceğinin farkında olan kişidir (Vardar, 2001:172; Bakan ve Doğan, 2013:102). Yönetimde liderlik konusunda farklı yaklaşımlar bulunmaktadır. Alturizm ve etik liderlik; hizmetkâr liderlik, fedekar liderlik, dönüşümcü liderlik, babacan liderlik, otantik liderlik



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

gibi bir çok liderlik yaklaşımının içerisinde yer almaktadır (Avolio ve Locke, 2002; (Gregory Stone vd., 2004; Barbuto ve Wheeler, 2006; Brown vd., 2005; Özdemir, 2003).

Etik liderlik, takipçilerini hem bireysel hem de kişiler arası ilişkilerinde ahlaki normlara uygun davranışlar sergilemeye sevk eder ve karar aşamasında takipçileri ile çift taraflı iletişim kurup destek sağlayarak ahlak kurallarına uyulmasını sağlar. (Brown ve diğerleri, 2005:120) Etik lider, ahlak kuralları içerisinde tavır ve tutum sergileyen, takipçilerinin kişisel istek ve ihtiyaçlarını önemseyen, önyargılı davranmayan, adaletli ve takipçilerinin haklarını koruyan kişi olarak algılanmaktadır (Zhu vd., 2004;18).

Alturizm, başkalarına yardımcı olarak faydalı olmanın verdiği haz ve mutluluk dışında başka bir ödül ve karşılık beklentisi olmayan davranış biçimidir. Alturizm kavramı tanımının içinde yer alan en önemli esas başkalarının mutluluğu için karşılıksız yardımda bulunma, fedakârlık etme davranışlarında bulunmaktır. Bu özelliklerden hareketle alturistik liderlik, takipçilerinin huzur ve mutluluk düzeylerini karşılık beklemezsiniz artırmak amacıyla rehberlik etme, yol gösterme yeteneğine sahip olunması şeklinde tanımlanabilir (Miller, 2003: 75). Alturistik liderlik, hedefi başkasının refahını artırmak olan motive edici bir süreç olarak tanımlanır (Batson vd., 1991:161). Alturistik liderlik, teknik, maddeci yaklaşım veya örgütsel unsurlardan ziyade, liderin, takipçilerini buldukları konumdan daha iyi bir konuma taşıyabilmek için çaba gösteren bir liderlik tarzıdır (Twemlow, 2001:450). Alturistik lider, lider özellikleri ve davranışları bakımından takipçilerin iyiliğini gözetken, menfaatine ters düşse bile yardım etme çabası içerisinde olan, her türlü fedakârlığı yaparak takipçilerini mutlu eden liderdir. Alturistik lider, kendini takip edenlerin yerine koyarak empati yapar, onlar gibi düşünür, bir lider olarak yardımda bulunmaktan daha fazlasını gerçekleştirir, adaleti sağlar, haksızlıkları önler, takipçilerinin sömürülmesine izin vermez (Konan & Gedik, 2019) (Konan ve Gedik, 2019:78). Alturistik bir lider, yerine getirmeye istekli olmadığı, önemsemediği kariyer alanında, birebir ilgisinin olmadığı halde bir değer ortaya yaratmalı, bu yarattığı değer içinde herhangi bir karşılık beklememelidir. Çalışma arkadaşlarının isteklerine hiçbir kazanç ve artı beklemeden hizmet etmeye kendini adanmalıdır (Avolio ve Locke, 2002:170).

Tüm örgütlerde olduğu gibi sağlık örgütlerinde de liderlerin çalışanlar üzerindeki etkisi büyüktür. Lider yöneticiler çalışanlarının iş tatmini, motivasyon, performanslarını artıracak motivasyon unsuru olmakla birlikte, çalışanların örgütsel bağlılıkları üzerinde de etkisi bulunmaktadır (Zhu vd., 2004). Sağlık profesyonellerinden hemşirelerin, liderlerinden memnun olduklarında, kişilerarası ilişkilerde daha az tükenmişlik ve gerginlik hissettikleri, etik olmayan davranışlara katılmadıkları ve bu bağlamda hastaların da hemşireler tarafından sağlanan hizmetin kalitesinden daha memnun oldukları görülmüştür (Zaghini vd., 2020:2). Hemşirelik disiplini ve mesleği; etkili liderlerin, eğitim, araştırma ve klinik uygulamada gösterdikleri çabayla güçlenmiştir. Etkili liderler çalışanlarını mükemmellik arayışına yönlendirmek için gereken cesarete ve ilham verici özelliklere sahiptir; meslektaşlarına örnek olur ve motivasyonlarını güçlendirirler, verdikleri tavsiyelerle onlara koçluk yaparlar ve bütün bunlarla birlikte liderlik ettikleri kişilerde en iyiyi ortaya çıkarırlar. Covid-19 pandemisinin ön saflarında yer alan hemşirelerin etkili, güçlü ve kendilerine söz hakkı tanıyan liderlere ihtiyaçları vardır (Daly vd., 2020:2751)

Liderin duygusal zekası, hemşirelerin ihtiyaçlarını karşılayarak kritik yapıcı etkileri tetiklemekle kalmayıp aynı zamanda işten ayrılma niyetlerini olumlu yönde etkilemektedir (Majeed ve Jamshed, 2021:229) Liderler, ekip çalışması içerisinde önde gelen ekip üyelerine rol model olur ve kaliteli hemşirelik uygulaması için vizyon oluşturur (Reynolds, 2021:89). Liderler, özellikle kriz zamanlarında krizin atlatılması ve normale dönme süresi üzerinde de etkilidir. Kriz, organizasyonun varlığını tehdit eden, vereceği hasar belli olmayan ama etkili bir olaydır. Nedeni,

331

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(MANSUR, F /UYSAL, D)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

sonucu ve çözüm yolları belirsiz olmasına rağmen kararların çabuk alınmasını ve uygulanmasını gerektiren bir süreçtir (Pearson ve Clair, 1998:60). Doğal afetler, kriz nedenleri arasında insanların minimum müdahale etme şansına sahip oldukları kriz faktörlerindedir (Arslan, 2009: 4). Pandemi gibi tüm dünyayı ve toplumları etkileyen kriz süreçlerinde çalışanları belirlenen amaçlar doğrultusunda yönlendiren ve onların daha etkili bir şekilde çalışmalarına olanak sağlayan liderler daha fazla önem kazanmaktadır. Liderliğin önemli olduğu meslek gruplarından biride hemşireliktir. Covid-19 pandemisi, hemşire liderlerini mevcut ve gelecekteki zorluklarla başa çıkmak için yeni liderlik yetkinliklerini benimsemeye, uyarlamaya ve geliştirmeye zorlayan bir dönemeç olarak görülmektedir. Hemşirelik liderleri hiç hayal edilemeyen yaklaşımlarla, farklı türde kriz yönetimine dahil olmuşlardır. Artık hiçbir şeyin eskisi gibi olmayacağı bu yeni dönemde hemşirelik liderliği; hemşirelik hizmetlerinin yürütülmesi, hemşirelerin hastalara-ailelere bakma ve sağlıklı toplulukların desteklenmesindeki rolünün öneminin artmasıyla, sağlıkta odak noktası haline almıştır (Morse ve Warshawsky, 2021:65). Sağlıklı bir çalışma ortamının oluşturulması ve sürdürülmesi bugünün koşullarında zorlaşmıştır. Bunun sağlanabilmesi için sağlık kurum ve kuruluşlarında, özellikle ön saflardaki personelin çalıştığı ve hasta bakımının birebir sunulduğu bakım seviyelerinde güçlü bir hemşirelik liderliği gerektirmektedir (McGarity vd., 2020:277).

Hemşirelik mesleği tanımlanırken alturistik (yardım edici/özgeci) mesleklerden biri olarak tanımlanmıştır. Alan yazınına bakıldığında hemşireliğin esaslarında özgeciliğin/yardım ediciliğin yer aldığı görülmektedir. Özgecilik düzeyi yüksek seviyede olan bireylerin, diğer bireylere içten bir sevgiyle yardım etmeyi amaç edindikleri için hemşirelik mesleğini bilinçli olarak seçtikleri belirtilmektedir. Özünde özgeciliğin yer aldığı profesyoneller; insanlığa hizmet vermeyi, yardım etmeyi ve toplumsal gelişimi sağlamayı amaç edinmişlerdir (Öz, 1998:56; Gormley, 1996:585; Glannon ve Ross, 2002:68). Aynı zamanda hemşirelik mesleği etik davranışlarını içinde barındıran en önemli mesleklerden biridir.

Bu çalışmada, hemşirelerin alturistik ve etik liderlik algıları belirlenmeye çalışılmıştır.

LİTERATÜR İNCELEMESİ

Belirli liderlik tarzlarının çalışanın refahına katkıda bulunduğu bilinmesine rağmen, örgütsel öğrenme yeteneği aracılığıyla çalışanların işyerinde mutlu olmalarını sağlayan alturistik liderliğin önemi büyüktür (Salas-Vallina ve Alegre, 2018:633). Örgütsel öğrenme kapasitesinin alturistik lider davranışları ve örgütsel performans arasında tam olarak aracı olduğunu göstermektedir. Bu nedenle, örgütsel öğrenme yeteneği, özverili lider davranışlarının örgütsel performansı nasıl etkilediğini açıklamada önemli bir rol oynamaktadır. Bunun asıl nedeni örgütsel öğrenmeyi teşvik eden yaratıcı, katılımcı ve diyalog temelli bir ortamın yaratılmasını alturistik davranışlar kolaylaştırır (Mallén vd., 2015:271). Alturistik davranışlar ve alturistik liderler kurumları olumlu yönde etkilemekte ve alturistik davranışlar liderliğin özünde yer almaktadır (Sosik vd., 2009:426). Liderliğin hemşirelerin yenilikçi davranışları üzerindeki etkilerine ilişkin bilgi edinmek için, alturistik liderliğin hemşirelerin yenilikçi davranışları üzerindeki etkisi araştırılmış ve alturistik liderlerin hemşireler arasında yenilikçi davranışları teşvik etmede önemli rol oynadığı görülmüştür (Salas-Vallina vd., 2018:861). Alturistik liderlik, örgüt yapısı içerisinde özverili davranışların sonuçlarını hem geniş anlamda hem de dar anlamda analiz etmektedir. Geniş anlamda, kendini feda etme, değişen durumlara bireysel ve örgütsel adaptasyonları kolaylaştıran bir başlangıç mekanizması olarak görülmektedir. Dar anlamda, takipçilerin özverili bir lidere karizma ve geçerlilik kazandıracağı ve lidere karşı karşılık verme niyetinde olacaklarını göstermektedir (Choi ve Mai-Dalton, 1998).



Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada yöneticilerin sergiledikleri etik liderlik davranışlarının sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algılarını etkilediği görülmüştür. Ayrıca yapılan çalışmalarda etik davranış sergileyen liderlerin örgüt içerisinde çalışanlar üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir (Çıraklı vd., 2014:53; Songur vd., 2017:453; Zhu vd., 2004:16; Tuna vd., 2012:144). Sağlık çalışanları ile yapılan çalışmada etik liderlik ve örgüt kültürü algısının orta düzeyde olduğu ve aralarında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Özmen vd., 2020:440). Prosedürel adaletin etik liderlikle ilişkilendirilmesi, algılanan iş güvensizliğini azaltmaya yardımcı olmaktadır (Loi vd., 2012:369). Hemşirelerin etik liderlik algısı düzeyi ile iş doyumunu arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Türe ve Demirsoy, 2020:172). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerle yapılan çalışmada etik liderlik algısı ile örgütsel güven ve iş tatmini arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki, etik liderlik algısı ile örgütsel güven ve işten ayrılma niyeti arasında ise negatif yönlü ve anlamlı bulunan bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Sökmen, 2019:917).

YÖNTEM

Araştırmanın Amacı

Liderlik, yönetim bilimi alanında son yıllarda üzerinde çalışılan konulardan biridir. Örgütlerin karmaşık yapısı içerisinde en önemli unsur insandır. İnsan unsurunun örgüt içerisinde ihtiyaçlarının karşılanabilmesi ortak amaca yönlenebilmesi için yöneticilik ve liderlik örgüt açısından önemli hale gelmiştir (Karkin, 2004:43). Liderlik, başarılı örgütlerin arkasındaki en önemli güçtür. Örgütün içerisinde liderin tanınması örgütün geleceği için önemli sinyaller verir. Örgütün içerisindeki etkili lider başarıyı getirirken etkili olmayan lider başarısızlığın habercisidir (Williams, 1986).

Covid-19 pandemi süreci halen devam eden bir krizdir. Bu süreçte çalışanları örgütsel amaçlar doğrultusunda yönlendirecek ve onları motive edecek liderlere ihtiyaç bulunmaktadır. Kriz süreçlerinde ön saflarda yer alan sağlık profesyonellerinden hemşirelerin liderlerinin önemi bir kez daha görülmüştür. Bu bağlamda, çalışmada sağlık profesyonellerinden hemşirelerin Covid-19 pandemi sürecinde Etik ve Alturistik liderlik algılarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma Soruları

- Sosyodemografik özelliklere göre liderlik algısı değişmekte midir?
- Covid-19 pandemi sürecinde hemşireler liderlerini etik lider olarak algılamakta mıdır?
- Covid-19 pandemi sürecinde hemşireler liderlerini alturistik lider olarak algılamakta mıdır?

Araştırma Yöntemi

Türkiye’de kamu, üniversite ve özel hastanelerde görev yapan hemşirelerin etik ve alturistik liderlik algılarının belirlenmesi amacıyla nicel araştırma yöntemlerinden tanımlayıcı araştırma yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın yapılabilmesi için Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi’nden 01.06.2021 tarih ve 24848 sayı ile Etik Kurul Onayı alınmıştır. Ölçeklerin Türkçeye çevirilerek geçerlilik ve güvenilirliğini yapan araştırmacılardan da izin alınmıştır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Türkiye’deki özel, kamu ve devlet hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. TÜİK verilerine göre 2018 yılı hemşire sayısı 190.499’dur. %95 güven aralığında kabul edilebilir örneklem büyüklüğü 385’tir. Araştırma verileri kartopu örneklem yöntemi ile araştırmacıların network’ünü oluşturan kişiler aracılığıyla online anketler uygulanarak elde edilmiştir. Araştırmaya dahil olan katılımcı sayısı 396’dır.

Veri Toplama Araçları

Araştırmanın verilerini elde etmek için, Zheltoukhova (2016) tarafından geliştirilen, Çakmak, Biçer ve Uğurluoğlu (2021) tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış olan Alturistik Liderlik Ölçeği, Brown, Treviño ve Harrison (2005) tarafından geliştirilen, Tuna, Bircan ve Yeşiltaş (2012) tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlik ve güvenilirliği yapılmış olan Etik Liderlik Ölçeği kullanılmıştır. Uygulanan anket üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde katılımcılara ait tanımlayıcı ve demografik özelliklerini belirleyen ifadeler yer almaktadır. İkinci ve üçüncü bölümlerde katılımcıların etik (10 madde) ve alturistik (8 madde) liderlik algılarını belirlemek amacıyla söz konusu ölçek ifadeleri yer almaktadır. Ölçekler 5'li likert olup, 1 “Kesinlikle katılmıyorum”, 2 “Katılmıyorum”, 3 “Kararsızım”, 4 “Katılıyorum” ve 5 “Kesinlikle katılıyorum” şeklinde derecelendirilmektedir.

Verilerin Analizi

Çalışmada istatistiksel analizler için SPSS kullanılmıştır. Verilerin analizinde; ölçeğin güvenilirlik analizi için Cronbach Alpha katsayısına bakılmış, boyutların altındaki ifadelerin boyutu temsil edip etmediğini belirlemek amacıyla faktör analizi yapılmış, ölçeğin normal dağılımını belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğü yeterli ve ölçeklerin basıklık ve çarpıklık değeri +1 ve -1 arasında olduğundan veriler parametrik testlerden Bağımsız örneklem t- testi ve Tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile analiz edilmiştir.

BULGULAR

Araştırmada elde edilen verilerin analizi ili katılımcıların tanımlayıcı ve demografik özellikleri, etik liderlik ve alturistik liderlik algıları belirlenmeye çalışılmıştır.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=396)

Demografik Özellikleri	n	%	
Yaş	18-26	140	35,4
	27-35	118	29,8
	36-45	104	26,3
	46-55	34	8,6
Cinsiyet	Kadın	335	84,6
	Erkek	61	15,4
Medeni Durum	Evli	227	57,3
	Bekar	169	42,7
Eğitim Durumu	Önlisans	76	19,2
	Lisans	299	75,5
	Lisansüstü	21	5,3
Çalışılan Sektör	Kamu Hastanesi	161	40,7
	Özel Hastane	133	33,6
	Üniversite Hastanesi	102	25,8
Hizmet Süresi	1-5 yıl	154	38,9
	6-10 yıl	90	22,7
	11-15 yıl	67	16,9
	15 yıl ve üzeri	85	21,5

Tablo 1'e göre katılımcıların, %35,5'ü 18-26 yaş aralığında, %84,6'sı kadın, %57,3'ü evli, %75,5'i lisans eğitimi almış, %40,7'si kamu hastanesinde görev yapmakta ve % 38,9'unun hizmet yılı 1-5 yıl arasındadır.

Hemşirelerin etik liderlik algılarını ve alturistik liderlik algılarına belirlemek üzere kullanılan ölçeklerin güvenilirliğini belirlemek için yapılan analiz sonuçları Tablo 2'de yer almaktadır.

Tablo 2: Ölçeklerin Güvenilirlik Katsayıları

Ölçek	Cronbach Alfa	İfade Sayısı
Etik liderlik	,93	10
Alturistik liderlik	,93	8

Tablo 2'ye göre her bir ölçeğe ilişkin Cronbach Alfa katsayısı sosyal bilimler için geçerli olan 0,70'in (Kalaycı, 2016: 405) üzerindedir. Ölçeklerin güvenilir olduğu görülmektedir. Etik liderlik algısı ölçeğinin güvenilirliği 0,93 ve Alturistik liderlik ölçeğinin güvenilirliği 0,93 olduğundan ölçekler güvenilir olarak kabul edilmiştir.

Tablo 3: Etik Liderlik Algısı Ve Alturistik Liderlik Algısı İfadelerine Yönelik Tek Boyutluluk Analiz Sonuçları

Ölçek	Faktör Yüğü	Ölçek	Faktör Yüğü
Etik Liderlik		Alturistik Liderlik	
Etik-1	,809	Alturistik-1	,795
Etik-2	,520	Alturistik-2	,895
Etik-3	,740	Alturistik-3	,855
Etik-4	,861	Alturistik-4	,906
Etik-5	,857	Alturistik-5	,878
Etik-6	,853	Alturistik-6	,805
Etik-7	,873	Alturistik-7	,743
Etik-8	,875	Alturistik-8	,708
Etik-9	,806		
Etik-10	,795		
KMO : ,937		KMO : ,924	

Testlerde tek boyutluluk, ölçme sonuçlarının temelinde bulunan tek bir kavramsal yapı ya da özelliğın varlığı olarak belirtilebilir (McDonald, 1981). Tablo 3 incelendiğinde yapılan tek boyutluluk analizi sonucu faktör yükleri 0,40'ın üzerinde olduğundan, ölçek ifadelerinin yapıyı temsil ettiği görülmektedir. Bu nedenle ölçeklerden herhangi bir ifade çıkarılmamıştır.

Tablo 4: Ölçeklerde Yer Alan İfadelerin Ortalamaları

Etik liderlik algısı ifadeleri	n	Ortalama	s.s.
Bu kurumda yöneticiler, çalışanların önerilerini dikkate alırlar.	396	3,27	1,10808
Bu kurumda yöneticiler, etik standartları ihlal eden çalışanlara yaptırım uygular.	396	3,64	1,03982
Bu kurumda yöneticiler, özel hayatlarını etik tarzda yürütürler.	396	3,75	,95895
Bu kurumda yöneticiler, çalışanların fikirleri ile yakından ilgilenirler.	396	3,17	1,09813

Bu kurumda yöneticiler, adil ve dengeli karar verirler.	396	3,12	1,18181
Bu kurumda yöneticiler, güvenilir kişilerdir.	396	3,58	1,02921
Bu kurumda yöneticiler, çalışanlarla iş etiği veya değerlerini önemserler.	396	3,65	1,10420
Bu kurumda yöneticiler, işlerin etik bakımdan doğru biçimde nasıl yapılacağına ilişkin örnekler ortaya koyarlar.	396	3,57	1,07093
Bu kurumda yöneticiler, başarıyı sadece sonuçlarla değil, aynı zamanda başarıya giden yolla da değerlendirirler.	396	3,32	1,04739
Bu kurumda yöneticiler, karar verirken "yapılacak doğru şey nedir?" Diye sorarlar.	396	3,40	1,09470
Alturistik liderlik algısı ifadeleri			
Yöneticim bana yardımcı olmak için tanımlanmış rollerinin dışındaki görevleri kabul eder (örneğin, yardım etmek uğruna geride durmak, iş yüküne katkıda bulunmak gibi).	396	3,17	1,07636
Yöneticim kendi çıkarlarından vazgeçmesini gerektiren durumlarda bile, takımına sahip çıkan birisidir.	396	3,33	1,14737
İlave iş yükünü desteklemek için yöneticim de çalışır.	396	3,23	1,25146
Yöneticim söz konusu durumun kendisi üzerindeki etkilerini düşünmeden önce başkalarına yardımcı olmayı düşünür.	396	3,20	1,12265
Yöneticim bana nasıl hissettiğimi mutlaka sorar.	396	3,36	1,23648
Yöneticim takımdaki birisine adaletsiz bir şekilde davranılmasına ya da takımdaki birisinden faydalanılmasına katlanamaz.	396	3,26	1,20718
Yöneticim sevdiği iş arkadaşları için görevinin gerektirdiklerinden fazlasını yapmaya hazırdır.	396	3,46	1,04146
Yöneticim kendi kişisel çıkarları ile çatışmadığı sürece bana yardımcı olur.	396	3,50	1,04938

Tablo 4'te yer alan ölçek ifadeleri incelendiğinde, Etik liderlik algısı ile ilgili verilen yanıtlara göre en yüksek ortalama puana sahip ifade "Bu kurumda yöneticiler, özel hayatlarını etik tarzda yürütürler" (3,75), en düşük ortalamaya sahip ifade ise "Bu kurumda yöneticiler, adil ve dengeli karar verirler" (3,13) ifadesidir. Alturistik liderlik ile ilgili verilen yanıtlara göre en yüksek ortalama puana sahip ifade "Yöneticim kendi kişisel çıkarları ile çatışmadığı sürece bana yardımcı olur" (3,50), en düşük ortalamaya sahip ifade ise "Yöneticim bana yardımcı olmak için tanımlanmış rollerinin dışındaki görevleri kabul eder (örneğin, yardım etmek uğruna geride durmak, iş yüküne katkıda bulunmak gibi)" (3,17) ifadesidir.

Tablo 5: Etik ve Alturistik Liderlik Algısı Ortalamaları

Ölçek İfadeleri	n	Ortalama	s.s.
Etik liderlik algısı ortalama	396	3,45	,86016
Alturistik liderlik ortalama	396	3,31	,94304

Tablo 5 incelendiğinde, Etik liderlik algısı ortalamasının (3,45) çok fazla olmamakla birlikte Alturistik Liderlik ortalamasından (3,31) yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 6: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Etik ve Alturistik Liderlik Algısı Farklılıkları

Ölçek	Cinsiyet	n	Ortalama	s.s.	t	p
Etik liderlik algısı	Kadın	335	3,48	,87624	2,303	0,02
	Erkek	61	3,24	,73859		
Alturistik liderlik algısı	Kadın	335	3,35	,95085	1,679	0,09
	Erkek	61	3,14	,88550		

Tablo 6 incelendiğinde, ölçeklerin cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucunda etik liderlik algısında anlamlı farklılık görülmüştür ($p < 0,05$). Kadın katılımcıların etik liderlik algısı erkek katılımcılara göre yüksektir.

Katılımcıların medeni durumlarına göre liderlik algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmemiştir ($p > 0,05$).

Tablo 7: Katılımcıların Yaşlarına Göre Etik ve Alturistik Liderlik Algısı Farklılıkları

Ölçek	Yaş Aralığı	n	Ortalama	s.s	F	p	Farklılığın kaynaklandığı gruplar
Etik Liderlik Algısı	18-26 arası	140	3,54	,88500	3,431	,01	46-55 yaş arası ile 18-26 yaş arası
	27-35 arası	118	3,53	,78160			
	36-45 arası	104	3,33	,92191			
	46-55 arası	34	3,10	,71536			46-55 yaş arası ile 27-35 yaş arası
Alturistik liderlik algısı	18-26 arası	140	3,36	1,02764	1,981	,11	
	27-35 arası	118	3,42	,84252			
	36-45 arası	104	3,22	,95247			
	46-55 arası	34	3,02	,83033			

Tablo 7'de katılımcıların yaşlarına göre liderlik algılarında farklılığın bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Buna göre Etik liderlik algısı katılımcıların yaşlarına göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir ($p < 0,05$). Farklılığın hangi yaş gruplarından kaynaklandığını belirlemeye yönelik yapılan Post Hoc testlerinden Tukey testi sonucuna göre 46-55 arası yaş grubu ile 18-26 yaş grubu ve 27-35 arası yaş grupları arasında anlamlı farklılık görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde 18-26 yaş grubu ve 27-35 arası yaş grubundaki katılımcıların etik liderlik algısı 46-55 arası yaş grubuna göre daha yüksektir.

Tablo 8: Katılımcıların Eğitim Durumlarına Göre Etik ve Alturistik liderlik algısı Farklılıkları

Ölçek	Eğitim Durumu	n	Ortalama	s.s.	F	p	Farklılığın kaynaklandığı gruplar
Etik liderlik algısı	Önlisans	76	3,19	,71878	6,829	,00	Lisans ile önlisans
	Lisans	299	3,53	,87139			
	Lisansüstü	21	3,10	,93299			Lisans ile lisansüstü
Alturistik liderlik algısı	Önlisans	76	3,11	,91651	3,035	,04	Lisans ile önlisans
	Lisans	299	3,38	,94154			
	Lisansüstü	21	3,13	,96863			

Tablo 8 incelendiğinde, katılımcıların eğitim durumuna her iki liderlik algısı da istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Farklılığın Etik liderlik algısında lisans mezunları ile önlisans ve lisansüstü mezunlarından kaynaklandığı görülmektedir. Lisans mezunu katılımcıların etik liderlik algısı önlisans ve lisansüstü mezunlarına göre yüksektir. Alturistik liderlik ölçeğinde ise farklılık lisans mezunları ile önlisans mezunları arasındadır. Lisans mezunlarının alturistik liderlik algı ortalamalarının önlisans mezunlarına göre yüksek olduğu söylenebilir.

Tablo 9: Katılımcıların Hizmet Süresine Göre Etik ve Alturistik Liderlik Algısı Farklılıkları

Ölçek	Hizmet Süresi	n	Ortalama	s.s	F	p	Farklılığın kaynaklandığı gruplar
Etik liderlik algısı	1-5 yıl arası	154	3,54	,85672	7,597	,00	16 yıl ve üzeri ile diğer tüm gruplar arasında
	6-10 yıl arası	90	3,53	,80568			
	11-15 yıl arası	67	3,60	,89610			
	16 yıl ve üzeri	85	3,06	,79526			
Alturistik liderlik algısı	1-5 yıl arası	154	3,38	,99247	6,344	,00	16 yıl ve üzeri ile diğer tüm gruplar arasında
	6-10 yıl arası	90	3,39	,88934			
	11-15 yıl arası	67	3,52	,91593			
	16 yıl ve üzeri	85	2,94	,83487			

Tablo 9 incelendiğinde, katılımcıların hizmet süresine göre liderlik algılarının istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterip göstermediğini belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucunda her iki liderlik algısında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Farklılığın her iki ölçekte de 16 yıl ve üzeri çalışan katılımcılar ile diğer gruplar arasında olduğu görülmektedir. Her iki liderlik algısında da 16 yıl ve üzeri süredir çalışan katılımcıların liderlik algıları en düşük ortalamaya sahiptir.

Tablo 10: Katılımcıların Çalıştıkları Sektöre Göre Etik ve Alturistik Liderlik Algısı Farklılıkları

Ölçek	Hizmet sektörü	n	Ortalama	s.s	F	p	Farklılığın kaynaklandığı gruplar
Etik liderlik algısı	Kamu Hastanesi	161	3,18	,77884	104,825	,00	Tüm gruplar arasında
	Özel Hastane	133	4,15	,53224			
	Üniversite Hastanesi	102	2,95	,74551			
Alturistik liderlik algısı	Kamu Hastanesi	161	3,06	,88334	57,772	,00	Kamu ile özel hastane Üniversite ile özel hastane
	Özel Hastane	133	3,94	,58336			
	Üniversite Hastanesi	102	2,90	1,00346			

Tablo 10 incelendiğinde, katılımcıların hizmet verdikleri sektöre göre liderlik algılarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunup bulunmadığını belirlemeye yönelik yapılan analiz sonucunda her iki liderlik algısında da istatistiksel olarak anlamlı farklılık görülmüştür ($p<0,05$). Farklılığın etik liderlik algısında tüm gruplar arasında olduğu görülmektedir. Ortalamalar incelendiğinde en yüksek etik liderlik algısına sahip katılımcıların özel hastanelerde, en düşük etik liderlik algısına sahip katılımcılar ise üniversite hastanesinde görev yapmaktadır. Alturistik liderlik algısında ise anlamlı farklılığın özel hastane ile kamu hastanesi, özel hastane ile üniversite



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

hastanesi arasında olduğu görülmektedir. Yine etik liderlik algısında olduğu gibi özel hastanede görev yapan katılımcıların alturistik liderlik algıları en yüksek ortalamaya sahiptir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmada, sağlık profesyonellerinden hemşirelerin Covid-19 pandemi sürecinde etik liderlik ve alturistik liderlik algıları belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmada; Sosyodemografik özelliklere göre liderlik algısı değişmekte midir?, Covid-19 pandemi sürecinde hemşireler liderlerini etik lider olarak algılamakta mıdır?, Covid-19 pandemi sürecinde hemşireler liderlerini alturistik lider olarak algılamakta mıdır? Sorularına cevap aranmış olup bulunan cevaplar aşağıda belirtilmiştir.

Katılımcıların etik liderlik ve alturistik liderlik algılarının orta düzeyde olduğu, ancak etik liderlik algısının biraz daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatür incelendiğinde de çalışanların etik liderlik algısının orta düzey olduğu görülmüştür (Songur vd., 2017; Özmen vd., 2020; Akdoğan ve Demirtaş, 2014; Çıraklı vd., 2014). Özel hastanede çalışan katılımcıların hem etik liderlik algıları hem de alturistik liderlik algıları kamu hastanesi ve devlet hastanesi çalışanlarından yüksektir. Kamu hastanelerinin ana amacı hizmet sunumudur, bu nedenle çalışanlara liderlik yapan yöneticilerin hizmet sunumunda çalışanlarının kendilerini nasıl algıladıklarını bilmeleri ona göre kendilerini gereken yeterlik ve eksiklikler açısından değerlendirmeleri ve tamamlamaları hem hastane hem çalışan hemde liderler açısından önemlidir. Özel hastanelerde ise hizmet sunumu yanında kar etmekte ana amaçlardan biridir. Çalışmada özel hastanede görev yapan hemşirelerin liderlerini hem alturistik hem de etik lider olarak gördükleri söylenebilir. Burdan özel hastanede çalışan hemşire liderlerinin başarılı oldukları ve çalışanları yani takipçileri üzerinde etkili oldukları bununda kurumun amaçlarına ulaşmasında önem taşıdığı söylenebilir.

Etik liderlik algısı ile ilgili verilen yanıtlara göre en yüksek ortalama puana sahip “Bu kurumda yöneticiler, özel hayatlarını etik tarzda yürütürler” ifadesi ile çalışanların, liderlerinin özel hayatlarında etik davranışlar sergilediklerini ve takipçilerine rol-model olduklarını, en düşük ortalamaya sahip “Bu kurumda yöneticiler, adil ve dengeli karar verirler” ifadesi ile yöneticilerinin adil ve dengeli kararlar vermediklerini belirtmişlerdir. Oysa ki bir yönetim sürecindeki en önemli adım her konuda adil ve dengeli kararlar vererek takipçilerin onayını ve güvenini kazanmaktır.

Alturistik liderlik ile ilgili verilen yanıtlara göre en yüksek ortalama puana sahip “Yöneticim kendi kişisel çıkarları ile çatışmadığı sürece bana yardımcı olur” ifadesi çalışanların liderlerinin çıkar çatışması olmadığı sürece kendilerine yardımcı olduklarını, en düşük ortalamaya sahip “Yöneticim bana yardımcı olmak için tanımlanmış rollerinin dışındaki görevleri kabul eder (örneğin, yardım etmek uğruna geride durmak, iş yüküne katkıda bulunmak gibi)” ifadesi ile yöneticilerinin tanımlanmış roller içinde hareket ettiklerini belirtmişlerdir.

Kadın katılımcıların Etik liderlik algısı yüksektir. 18-26 yaş grubu ve 27-35 arası yaş grubundaki katılımcıların Etik liderlik algısı 46-55 arası yaş grubuna göre yüksektir. 18-35 yaş arasındaki hemşirelerin yani genç hemşirelerin Etik liderlik algısı yüksektir. Lisans mezunu hemşirelerin Hem Etik Liderlik hem de Alturistik Liderlik Algıları yüksektir. Çalışmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunu lisans mezunu hemşireler oluşturmakta bu da hemşirelerin eğitim seviyelerinin yüksek olduğunu ve algılamalarının yüksek olduğunu göstermektedir. 16 yıl ve üzeri çalışan hemşirelerinde meslekte deneyimli oldukları söylenebilir ve bu deneyim her iki liderlik algılarının diğer yaş grubunda çalışan hemşirelere yüksek olarak çalışmaya yansımaktadır. Her kurumun olduğu gibi her bireyin de kendisi ile bütünleşmiş bir liderlik anlayışı ve bu anlayışı



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

uygulayabilme özelliği vardır. Sağlık yöneticilerinin liderlik özellikleri bireysel ve kurumsal başarıda önemli bir yer tutmaktadır(Duygulu ve Kublay, 2008:14).

Etik liderlik algısı tüm hastanelerde farklılık gösterirken, alturistik liderlik özel hastanelerde ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmeti sunumu, ana unsuru olan insanı, ekip çalışmasını, interaktif iletişimi, karşısındakini anlamayı, şefkati ve özveriyi içinde barındırmaktadır. Sağlık çalışanlarının da sergiledikleri davranış sağlık hizmeti sunumu ile uyumlu olmalıdır. Kurumu ile aidiyet duygusu geliştirmiş, ekip arkadaşlarına ve hastalara faydalı olmayı amaç edinen bir lider, çalışanlar tarafından daha çabuk benimsenmekte ve izlenmektedir. Bu bağlamda sağlık kurumlarındaki yöneticilerin liderlik özelliklerinin ve çalışanlar tarafından nasıl algılandıklarının bilinmesi önemlidir (Aslan ve Özata, 2011:150).

Yapılan çalışmalarda liderliğin yönetim sistemi içerisinde tüm örgütler için önemli olduğuna vurgu yapılmıştır. Örgütün başarısında liderin etkisi büyüktür. Özellikle sağlık profesyonellerinden hemşirelerin her biri, hastayla başbaşa kaldığında, yüklendiği sorumluluk, sergilediği davranış, gösterdiği şefkat ve özveri, karar verme ve yönlendirme yeteneği ile birer liderdir. Her biri lider olan bir gruba liderlik ederek amaca ulaşmada gerekli motivasyona sahip olmak takipçilerden alınan güç ve enerji ile etkileşimin en üst seviyede olması ile mümkündür. Örgütlerin kendi içlerinde liderleri ile ilgili çalışanların görüşlerini gizli ya da açık olarak almaları, bu doğrultuda çalışanları motive edecek, kendisini takip ettirecek, ortak amaca ulaşmada rol-model olacak liderleri belirlemeleri gerekir düşüncesindeyiz. Özellikle kriz dönemlerinde liderlerin vizyon sahibi olmaları takipçilerinin motivasyonunu artırarak kendilerini güçlü hissetmelerini sağlayacaktır. Bu çalışmada sağlık profesyonellerinden hemşirelerin liderlik algıları incelenmiştir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda diğer sağlık profesyonellerinin ve diğer meslek grubu çalışanlarının liderlik algıları incelenerek, sonuçlarının çalıştıkları örgütler için yönlendirici olacağı düşüncesindeyiz.

KAYNAKÇA

- Akdoğan, A., & Demirtaş, Ö. (2014). Etik Liderlik Davranışlarının Etik İklim Üzerindeki Etkisi: Örgütsel Politik Algılamaların Aracı Rolü. *İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(1), 107–123. <https://doi.org/10.5578/jeas.7819>
- Alcan, Z. (1997). Bayındır Tıp Merkezi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü Hasta Memnuniyet Anket Sonuçları, Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi ve Performans Ölçümü. Haberal Eğitim Vakfı, ss. 133-138.
- Arslan, A. (2009). Kriz yönetiminde liderlik. *Akademik Bakış Dergisi*. Sayı: Ekim-Kasım-Aralık.
- Aslan, Ş., & Özata, M. (2011). Sağlık Çalışanlarında Hizmetkâr Liderlik: Dennis-Winston ve Dennis-Bocernea Hizmetkâr Liderlik Ölçeklerinin Geçerlik ve Güvenirlik Araştırması. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1), 139–154. <https://doi.org/10.18657/yecbu.49163>
- Avolio, B. J., & Locke, E. E. (2002). Contrasting different philosophies of leader motivation. *The Leadership Quarterly*, 13(2), 169–191. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00094-2](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00094-2)
- Bakan, İ. ve Doğan, İ. (2013). Liderlik Güncel konular ve Yaklaşımlar. Ankara: Gazi Kitabevi.



- Barbuto, J. E., & Wheeler, D. W. (2006). Scale Development and Construct Clarification of Servant Leadership. *Group & Organization Management*, 31(3), 300–326. <https://doi.org/10.1177/1059601106287091>
- Batson, C. D., Batson, J. G., Slingsby, J. K., Harrell, K. L., Peekna, H. M., & Todd, R. M. (1991). Empathic joy and the empathy-altruism hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 413–426. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.3.413>
- Brown, M. E., Treviño, L. K., & Harrison, D. A. (2005). Ethical leadership: A social learning perspective for construct development and testing. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 97(2), 117–134. <https://doi.org/10.1016/j.obhdp.2005.03.002>
- Choi, Y., & Mai-Dalton, R. R. (1998). On the leadership function of self-sacrifice. *Leadership Quarterly*, 9(4), 475–501. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(98\)90012-1](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(98)90012-1)
- Çıraklı, Ü., Uğurluoğlu, Ö., Şantaş, F., & Çelik, Y. (2014). Etik Liderlik Davranışlarının Örgütsel Adalet Üzerindeki Etkisi : Hastanede Bir Uygulama. *İşletme Bilimi Dergisi*, 2(2), 53–69.
- Daly, J., Jackson, D., Anders, R., & Davidson, P. M. (2020). Who speaks for nursing? COVID-19 highlighting gaps in leadership. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2751–2752. <https://doi.org/10.1111/jocn.15305>
- Duygulu, S., & Kublay, G. (2008). Yönetici Hemşirelerin ve Birlikte Çalıştıkları Hemşirelerin Liderliğe İlişkin Değerlendirmeleri ve Yönetici Hemşirelerin Sahip Oldukları Liderlik Özellikleri .*Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* (Vol. 15, Issue 1). <https://dergipark.org.tr/en/pub/hunhemsire/103302>
- Glannon, W., & Ross, L. (2002). Are doctors altruistic? *Journal of Medical Ethics*, 28(2), 68–69. <https://doi.org/10.1136/jme.28.2.68>
- Gormley, K. J. (1996). Altruism: a framework for caring and providing care. *International Journal of Nursing Studies*, 33(6), 581–588. [https://doi.org/10.1016/S0020-7489\(96\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0020-7489(96)00013-2)
- Gregory Stone, A., Russell, R. F., & Patterson, K. (2004). Transformational versus servant leadership: A difference in leader focus. *Leadership & Organization Development Journal*, 25(4), 349–361. <https://doi.org/10.1108/01437730410538671>
- Kalaycı: (Editör) (2016). SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri. (Beşinci Baskı). Ankara: Asil Yayın Dağıtım
- Karkin, N. (2004). Kamu ve Özel Sektör Yöneticilerinin Liderlik Davranışları. *Türk İdare Dergisi*, 445(January 2004), 43–84.
- Kavuncubaşı, Ş. & Yıldırım, S. (2018). Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi. Siyasal Kitabevi.
- Konan, N., & Gedik, A. (2019). Özgeci Liderlik Ölçeğinin Eğitim Örgütleri İçin Türkçeye Uyarlanması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *E-Uluslararası Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 76–92. <https://doi.org/10.19160/ijer.661177>



- Loi, R., Lam, L. W., & Chan, K. W. (2012). Coping with Job Insecurity: The Role of Procedural Justice, Ethical Leadership and Power Distance Orientation. *Journal of Business Ethics*, 108(3), 361–372. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-1095-3>
- Majeed, N., & Jamshed, S. (2021). Nursing turnover intentions: The role of leader emotional intelligence and team culture. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 229–239. <https://doi.org/10.1111/jonm.13144>
- Mallén, F., Chiva, R., Alegre, J., José, J., Piqueras, R., & Guinot, J. (2015). Are altruistic leaders worthy? The role of organizational learning capability Are altruistic leaders worthy? *International Journal of Manpower*, 36(3), 271–295. <https://doi.org/10.1108/IJM-09-2013-0212>
- McCull-Kennedy, J. R., & Anderson, R. D. (2002). Impact of leadership style and emotions on subordinate performance. *Leadership Quarterly*, 13(5), 545–559. [https://doi.org/10.1016/S1048-9843\(02\)00143-1](https://doi.org/10.1016/S1048-9843(02)00143-1)
- McDonald, R. P. (1981). The dimensionality of test and items. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 34, 100-117.
- McGarity, T., Reed, C., Monahan, L., & Zhao, M. (2020). Innovative Frontline Nurse Leader Professional Development Program. *Journal for Nurses in Professional Development*, 36(5), 277–282. <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000628>
- Miller, L. M. (2003). Qualitative investigation of intercollegiate coaches' perceptions of altruistic leadership (Yayımlanmamış Doktora Tezi) The Ohio State University, ABD.
- Morse, V., & Warshawsky, N. E. (2021). Nurse Leader Competencies. *Nursing Administration Quarterly*, 45(1), 65–70. <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000453>
- Öz, F. (1998). *Hemşirelikte Özgeçmiş (Yardım Edicilik)* Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, (2) 1: 53-58.
- Özdemir, E. (2003). *Liderlik ve Etik*. Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi Cilt XXII, Sayı 2, 2003.
- Özmen, S., Özer, Ö., & Özkan, O. (2020). Sağlık Çalışanlarında Örgüt Kültürü ve Etik Liderlik: Özel Bir Hastane Uygulaması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 445–461. <https://doi.org/10.30798/makuiibf.692062>
- Pearson, C. M., & Clair, J. A. (1998). Reframing Crisis Management. *Academy of Management Review*, 23(1), 59–76. <https://doi.org/10.5465/amr.1998.192960>
- Reynolds, S. S. (2021). How to Win Friends and Influence People—as a Nursing Leader. *Nurse Leader*, 19(1), 87–89. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.07.013>
- Salas-Vallina, Andres, & Alegre, J. (2018). Unselfish leaders? Understanding the role of altruistic leadership and organizational learning on happiness at work (HAW). *Leadership and Organization Development Journal*, 39(5), 633–649.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Salas-Vallina, Andrés, Ferrer-Franco, A., & Fernández Guerrero, R. (2018). Altruistic leadership and affiliative humor's role on service innovation: Lessons from Spanish public hospitals. *The International Journal of Health Planning and Management*, 33(3), e861–e872.
<https://doi.org/10.1002/hpm.2549>
- Schyns, B., & Felfe, J. (2006). The Personality of Followers and its Effect on the Perception of Leadership. *Small Group Research*, 37(5), 522–539.
<https://doi.org/10.1177/1046496406293013>
- Sökmen, A. (2019). Etik Liderlik, Örgütsel Güven, İş Tatmini Ve İşten Ayrılma Niyeti İlişkisi: Bir Hastane İşletmesinde Araştırma. 3. *Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 54(2), 2019–2917.
<https://doi.org/10.15659/3.sektor-sosyal-ekonomi.19.05.1123>
- Songur, C., Özer, Ö., & Say Şahin, D. (2017). Etik Liderliğin Örgütsel Adalet Üzerine Etkisi: Bir Kamu Hastanesinde Uygulama, *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*. 20(4), 445–456.
- Sosik, J. J., Jung, D., & Dinger, S. L. (2009). *Values in Authentic Action Examining the Roots and Rewards of Altruistic Leadership*. <https://doi.org/10.1177/1059601108329212>
- Tuna, M., Bircan, H., & Yeşiltaş, M. (2012). Etik Liderlik Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması: Antalya Örneği. In *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* (Vol. 26, Issue 2). <https://dergipark.org.tr/en/pub/atauniiibd/35705>
- Türe, A., & Demirsoy, N. (2020). Yönetici Hemşirelerin Etik Liderliğinin İş Doyumuna Etkisi. *The Journal of Academic Social Sciences*, 101(101), 159–175.
<https://doi.org/10.29228/ASOS.40133>
- Twemlow, S. W. (2001). Modifying Violent Communities by Enhancing Altruism: A Vision of Possibilities. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 3(4), 431–462.
<https://doi.org/10.1023/A:1012525730591>
- Vardar, A. (2001). Bireysel ve Kurumsal Değişimde Yeniden Yapılanma Stratejileri. İstanbul: Kariyer Yayıncılık.
- Williams, T. (1986). Leaders: The strategies for taking Charge. *Futures*, 18(6), 829–831.
[https://doi.org/10.1016/0016-3287\(86\)90134-5](https://doi.org/10.1016/0016-3287(86)90134-5)
- Zaghini, F., Fiorini, J., Piredda, M., Fida, R., & Sili, A. (2020). The relationship between nurse managers' leadership style and patients' perception of the quality of the care provided by nurses: Cross sectional survey. *International Journal of Nursing Studies*, 101, 103446.
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103446>
- Zel, U. (2001). Kişilik ve Liderlik. Ankara: Seçkin Yayınları.
- Zheltoukhova, K. (2016). *Developing and validating a scale of altruistic leadership* (Yayınlanmamış Doktora Tezi), Lancaster University, İngiltere.
- Zhu, W., May, D. R., & Avolio, B. J. (2004). The Impact of Ethical Leadership Behavior on Employee Outcomes: The Roles of Psychological Empowerment and Authenticity. *Journal of*



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ
ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Leadership & Organizational Studies, 11(1), 16–26.
<https://doi.org/10.1177/107179190401100104>



DİJİTAL İLAÇ PAZARLAMASINDA MARKA FARKINDALIĞI BRAND AWARENESS IN DİJİTAL PHARMACEUTİCAL MARKETİNG

Doç. Dr. Aykut EKİYOR

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, aykutekiyor1974@yahoo.com, orcid.org/0000-0002-7718-9329

Ayşegül DURMUŞ

Özel Koru Sincan Hastanesi, aysegul.durmus_@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-9098-7544

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (12.05.2020-18.07.2021)

Öz

İhtiyaçlar ve çalışma ortamıyla birlikte ilaç sektörü değişime uyum sağlamak için pazarlama faaliyetlerinde değişiklik yapmaya başlamıştır. Reçetesiz satışı yapılan ilaçlar (Over the Counter (OTC) ilaçlar anne-bebek bakım, bitkisel içerikli çeşitli ilaçlar, yara bakım, cilt bakımı, gıda takviyeleri, boğaz pastilleri, burun spreyi, merhemler, sağlık gereçleri, vitamin mineral takviyeleri, balık yağı, probiyotikler, ağız ve diş sağlığı gibi ürünleri kapsamaktadır. Bu ürünlerin satışları dijital ortamda da yapılmaktadır. Günümüzde dijital ortamda reçetesiz ilaç satışı yapan birçok internet sitesi bulunmaktadır. Bu çalışmada marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlamasının önemini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Bununla birlikte; marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlama araçları ve platformlarının tüketicilerin özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiştir. Araştırma amacı doğrultusunda literatür taranmış ve anket formu oluşturulmuştur. Hazırlanan anket formu Ankara’da yaşayan rastgele seçilmiş 300 katılımcıya uygulanmıştır. Elde edilen veriler analiz edilmiştir. Analizler sonucunda dijital platformlarda yer alan içerikler ve yorumlar, tüketicilerin markaya bakışını değiştirir ifadesi en yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir (3,72). Ayrıca çalışmada belirlenen hipotezlerin bazı ifadeler açısından kabul edildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: pazarlama, dijital pazarlama, ilaç, marka, marka farkındalığı.

Abstract

Needs and working environment, the pharmaceutical industry has started to make changes in its marketing activities in order to adapt to this change. Over the counter (OTC) medicines include mother-baby care, various herbal medicines, wound care, skin care, food supplements, throat lozenges, nasal spray, ointments, health supplies, vitamin mineral supplements, fish oil, probiotics and mouth and dental health products. These products are also sold digitally. Today, there are many websites that sell over-the-counter medicines in the digital environment.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

In this research, it is aimed to reveal the importance of digital drug marketing in creating brand awareness. However, whether digital marketing tools and platforms showed significant differences according to the structure of the consumers in creating and raising brand awareness was analyzed. According to the scope of the research the literature has been examined and a questionnaire has been created. The questionnaire was applied to 300 randomly selected participants living in Ankara. The data obtained were analyzed. As a result of the analysis, it was determined that the statement content and comments on digital platforms change the way consumers view the brand has the highest average (3,72). In addition, it was concluded that the hypotheses determined in the research were accepted in terms of some expressions.

Keywords: marketing, digital marketing, medicine, brand, brand awareness.

GİRİŞ

Küresel ölçekte ilaç sektörü, yaşam süresinin uzaması ve hayat standardının artması nedeniyle stratejik anlamda önemli bir sektördür. Son zamanlarda hastalıklarla ilgili değişimlerden dolayı sektöre yapılan araştırma geliştirme yatırımları artmaktadır. Bu yüzden ilaç sektörü küresel çapta büyüme ve gelişme göstermektedir (Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD), 2012). İlaç sektörü, hastalıkların tanı ve tedavisinde kullanılacak ilaçları ilaç teknolojisine uygun şekilde üreterek sağlık hizmetlerine fayda sağlamaktadır (Sözen ve Şar, 2015). İlaç pazarı birbirinden farklı üreticinin yer aldığı ve sektör genelinde sayılarının az olduğu fakat tedavi edici sınıflarda yüksek olduğu bir daldır (Top ve Ercan, 2016).

Küreselleşme ile birlikte Dünya’da meydana gelen değişim ilaç sektörünü de değişime uğratmıştır. İlaç sektörü küresel değişime uyum sağlamak için inovasyon çalışmalarına hız vermiştir. İnovator ilaç firmaları piyasaya sürdükleri reçeteli olarak alınan ilaçları, rekabet artıp fiyatlarda düşüş yaşandığı takdirde kullanırlar. Bu strateji daha çok firma ürününün markalaştığını düşünüyor ve fiyat rekabetinden çok tüketici algısına yönelmiş ise tercih edilmektedir. Bazı terapötik alanlar için, promosyon çalışmaları reçeteli ilacın tabii olduğu regülasyonları içermediği için pazarlama çalışmalarının daha kolay olduğu ve daha çok kitleyi kapsadığı söylenebilir. En iyi örneklerden biri Bayer ilaca ait olan Bepanthol ve Bepanthen’dir. Piyasaya reçeteli ilaç olarak çıktıktan sonra tüketici pazarında kendi ürünlerinin marka algısı yarattığını düşünerek reçeteli ilaçtan reçetesiz ilaca geçiş yapmışlar ve bunun sonucu olarak da şu an pazar lideri konumundadırlar (Özen, 2016). Son dönemde OTC (Over the Counter) yani Sağlık Bakanlığı’ndan ruhsatlı olmayan ilaçların (ürünlerin) çıkması ile dijital ortamdaki ilaç satışı ve reklamcılık faaliyetleri de genişleme göstermiştir. OTC, İngilizce “Over The Counter” kelimelerinin kısaltmasıdır ve Türkçe anlamı “tezgâh üstü” satılan ilaçlardır. İnsanların eczanelerden ya da web sitelerinden kendi paraları ile satın aldıkları devlet ödemesi kapsamına girmeyen, Sağlık Bakanlığı tıbbi cihaz statüsünde ya da Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı’ndan ruhsatlı gıda takviyesi ürünler anlamına gelmektedir (Tayız, 2014).

Günümüzde dijital ortamda reçetesiz ilaç satışı yapan birçok web sitesi vardır. Bu web sitelerinde satışı yapılan ürünler ise; anne-bebek bakım ürünleri, bitkisel şuruplar, yara bakım ürünleri, cilt bakım ürünleri, gıda takviyeleri, boğaz pastilleri, burun spreyi, merhemler, sağlık gereçleri, medikal ürünler, vitamin mineral takviyeleri, balık yağı, probiyotikler, ağız ve diş sağlığı gibi ürünlerdir. Bu sitelerde ürün satışı yapan birçok marka da bulunmaktadır.

Müşteriye erişimin en hızlı ve etkili yöntemlerinden birisi olan kurumsal dijital pazarlama özellikle rekabet ortamında gittikçe önem kazanan bir konu haline gelmektedir. Dijital pazarlama çok kanallı ve bütünleşik bir sistem olduğu için verilmek istenen mesajın kolaylıkla verilmesine yardımcı olmaktadır. Çok sayıda kişiye hızlı ve kolay erişim sağlamanın yanında ölçülebilirliği ve düşük maliyetli olması gibi avantajları bulunmaktadır (Özen, 2016).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Pazarlama bireyi ve toplumu sosyolojik ve psikolojik yönden incelemektedir. Tüketicilerin istek ve ihtiyaçlarına uygun pazarlama uygulamalarının ulusal ve uluslararası düzeyde pazarları birbirine bağlamaktadır (Bozkurt, 2015). Pazarlama bireylerin ve örgütlerin amaçlarına en uygun şekilde ulaşmasını sağlamak için, ürünlerin meydana getirilmesi, fiyatlandırılması, dağıtılması ve tutundurma çabalarının uygulanmasıdır (Mucuk, 2010). Zamanla pazarlama anlayışında bazı değişimler yaşanmaya başlamıştır. Pazarlama değişimine etki eden faktörlerin neler olabileceğine bakacak olursak; küreselleşme bunların başında gelmektedir. İkinci olarak yaşanan teknolojik gelişmeler ve internetin yaygınlaşması, üçüncü olarak da tüketicinin eğitim ve iletişim düzeyindeki artış olduğunu söylemek mümkündür (Alabay, 2010).

Dijital devrimin gerçekleşmesi pazarlama kavramının kapsamı ve etki alanında değişimler ortaya çıkmıştır. Tüketicilerin kalite ve fiyat duyarlılığının artması pazardaki faaliyetlerin boyut değiştirmesini sağlamıştır. Bu durum pazarın geleceğini belirleyecek olan tüketicileri güçlendirmiş, işletmeleri daha rekabetçi bir ortam yaratmaya zorlamıştır (Özdaş, 2017). Bu çalışmada 2019 yılına ait veriler kullanılması nedeniyle etik kurul izni alınmamıştır.

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Dijital pazarlama bir markayı tanıtmak amacıyla internet, mobil uygulamalar ve diğer interaktif ortamları kullanmak şeklinde ifade edilmektedir (Özdaş, 2017). Dijital pazarlama, geleneksel yöntemlerden farklı olarak markayı destekleme ve tanıtmak amacıyla tüketici ve işletme arasındaki iletişimi ve etkileşimi kurmayı içermektedir (Kotler ve Keller, 2006).

Dijital ortamlar diğer iletişim kanallarına göre düşük maliyetinden dolayı avantaj sağlamaktadır. Yüksek kira bedelleri ödemediği tüm dünyaya erişimi sağlayan dijital pazarlama, sanal mağazalar sayesinde müşterilere ürün tanıtımı yapmayı kolaylaştırmıştır.

Tüketicilerin dijital ortam üzerinden iletişim kurması artış göstermektedir. İşletmelerin interaktif ve elektronik alanlarda değişime cevap vermeleri kaçınılmaz olmaktadır (Moon Millison, 2003). Dijital pazarlamada hedef kitleye çeşitli kanallar aracılığıyla ulaşılmaktadır (Chaffey ve Smith, 2013; Taiminen ve Karjaluo, 2015; Dahiya ve Gayatri, 2018). Dijital pazarlama internet kanalı ile talep oluşturmaktadır (Stokes, 2013).

Dijital pazarlama satışların artmasını, müşterilere yakın olmayı, maliyet tasarrufu elde etmeyi, markanın online olarak genişlemesine ve markaya değer katmasına yardımcı olmaktadır (Akar ve Kayahan, 2007). Elektronik ticarete gerekli olan ürün, ödeme, kargo ile ilgili belgeler elektronik kanal ile hazırlanıp müşterilerin kullanımına sunulmaktadır. Düşük bir hata payı ve kırtasiye masrafı olmaksızın kısa sürede işlemler gerçekleştirilebilmektedir. Çalışma saati, tatil gibi nedenlerle kesintiye uğramadan hizmet alınabilmektedir (McGraw-Hill, 2013). Geleneksel medya iletişim araçları ile yapılan reklamlar çok daha riskli ve maliyetli iken, dijital ortamda yapılan reklamlar son derece uygun, etkili, sürekli güncellenebilir ve ölçülebilir yapıdadır (Özdaş, 2017). Sağlık işletmeleri toplumsal algıları yönetmede ve prestij kazanmada dijital pazarlama ile başarı gösterebileceklerdir (Radu ve diğerleri, 2018).

Marka, ürünleri tanıtarak benzerlerinden ayırmayı sağlayan, mal veya hizmetin simgesi olan, resim veya harflerden oluşan özel işarettir (İlıcak ve Özgül, 2005). Markanın bileşenleri olan semboller bir işletmenin ürünlerini tanıtmaya ve rakiplerinden ayırtmaya yöneliktir (Kotler, 2011). Marka, ürünleri farklılaştırarak taklit edilmesini engelleyen simge, kelime grupları, şekillerdir. Marka farkındalığı, tüketici zihninde markanın oluşturduğu etkidir. İşletme ya da ürün adı tüketiciler tarafından tanınıyorsa; işletme ya da ürün geniş bir kitleye reklamını yapmış ve bulunduğu pazarda rekabet halindedir. Elitok (2003) farkındalık kavramını dört basamaktan oluşan



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

bilinirlik piramidi ile ifade etmektedir. Piramidin en alt basamağından başlayarak, farkındalık yok, marka hatırlama, marka tanıma, en üst düzeyde algılama şeklinde ifade etmiştir.

Yapılan bir çalışmada Amerika Birleşik Devletleri sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında bütçenin yarısını dijital pazarlamaya kullanmaktadır (Horner, 2017). Sağlık kuruluşları internet aracılığıyla pazarlarını genişletmektedir (Watson ve diğerleri, 2000). Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında dijital ortamlarda yer almak kaçınılmaz hale gelmiştir (Müller ve diğerleri, 2018).

Literatürde sağlık sektöründe dijital pazarlama ile konusunda yapılmış çalışmalar bulunmaktadır. Zengin (2017) tarafından yapılan Özel Hastanelerde Dijital Pazarlama konulu çalışmada 20 özel hastanenin web sitelerinin kullanım amaçları, dijital pazarlama bakış açısıyla analiz edilmiştir. 25 Tayız (2014) tarafından yapılan “Türkiye İlaç Sektöründe Dijital / Viral Pazarlama” adlı çalışmada sosyal medya ve viral pazarlama kavramları ilaç sektörü açısından incelenmiş ve Türkiye’de ilaç sektörünün kullandığı iletişim kanalları ve ilaç sektöründeki dijital/viral pazarlama örneklerine yer verilmiştir. Özen (2016) tarafından yapılan İlaç Sektörünün Yapısı, Stratejileri, Güncel Pazarlama Yöntemleri ve Yaklaşımları adlı çalışmada, ilaç endüstrisinin her yıl gittikçe büyüyen sektörel büyüklüğünden ve pazarlamanın boyutundan bahsedilmiştir. Çinibulak (2018) çalışmasında sağlık hizmetleri pazarlanmasında özel hastane yöneticilerinin dijital pazarlama kullanımlarını araştırmıştır. Kabasakal ve Öztürk (2019) tarafından yapılan araştırmada ilaç pazarında sosyal medyanın markaya etkisi incelenmiştir.

Bu çalışmanın amacı dijital devrimin gerçekleşmesi ile pazarlama kavramının kapsamı ve etki alanında değişimler ortaya çıkmıştır. Bu değişimler ilaç sektöründe de görülmüş ve dijital pazarlamayı kavramını ortaya çıkarmıştır. Günümüzde birçok ilaç markası dijital ortamda reçetesiz ilaç, dermatolojik ürünler, sağlık bakım ürünlerinin satışını gerçekleştirmektedir.

Bu araştırmada marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlanmasının önemini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Ayrıca; marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlama araçları ve platformlarının tüketicilerin eğitim, yaş, cinsiyet, medeni durum ve gelir durumuna göre farklılıkları ortaya konması amaçlanmıştır. Tüketicilerin marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlanmasına ilişkin düşüncelerini incelemek, hangi dijital pazarlama araçlarının daha etkili olduğunu araştırmak ve çalışmaya katılan kişilerin konuyla ilgili algılarını ölçmek amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOT

Araştırmanın Amacı ve Problemi

Dijital devrimin gerçekleşmesi ile pazarlama kavramının kapsamı ve etki alanında değişimler ortaya çıkmıştır. Bu değişimler ilaç sektöründe de görülmüş ve dijital pazarlamayı kavramını ortaya çıkarmıştır. Günümüzde birçok ilaç markası dijital ortamda reçetesiz ilaç, dermatolojik ürünler, sağlık bakım ürünlerinin satışını gerçekleştirmektedir.

Bu araştırmada marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlanmasının önemini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Ayrıca; marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlama araçları ve platformlarının tüketicilerin demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediği analiz edilmiştir. Tüketicilerin marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlanmasına ilişkin düşüncelerini incelemek, hangi dijital pazarlama araçlarının daha etkili olduğunu araştırmak ve çalışmaya katılan kişilerin konuyla ilgili algılarını ölçmek amaçlanmıştır.

Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma nicel araştırma yöntemlerinden olan anket tekniği ile yapılmıştır. Coşkun (2016) tarafından yapılan “Dijital Pazarlamanın Marka Farkındalığına ve Araştırmasına Etkisi (Impact of Digital Marketing on Brand Awareness and a Research)” adlı çalışmada uygulanan anket üzerinde

değişiklikler yapılarak kullanılmıştır. Anket iki bölüm ve 32 sorudan meydana gelmektedir. Birinci bölümde demografik özellikler, dijital ilaç pazarlaması ve marka farkındalığı hakkındaki düşüncelerinin yer aldığı 13 soru yer almaktadır. İkinci bölümde ise; marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlamasının önemini ortaya çıkaracak ve araştırmada belirlenen hipotezleri test edebilecek 19 soru bulunmaktadır. Bu bölümde hazırlanan sorular 5'li likert ölçeğinde hazırlanmıştır. Çalışmanın örneklemini Ankara ilinde yaşayan rastgele seçilmiş 300 katılımcı oluşturmaktadır. Rastgele seçilmiş 300 katılımcıya 2018/Aralık-2019/Ocak dönemlerinde hazırlanan anket uygulanmıştır. Araştırmada elde edilen veriler bir istatistik programı ile analize tabi tutulmuştur. Araştırmada belirlenen değişkenlerin ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Araştırmada belirlenen hipotezlerin çözümlenmesinde T-Testi ve Anova Analizi kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan anketin güvenilirliği Cronbach Alfa'ya göre %89,7 olarak tespit edilmiştir. Bu katsayı araştırmada kullanılan ölçeğin yüksek güvenilirlikte olduğunu göstermektedir. Bu çalışmada 2019 yılına ait veriler kullanılması nedeniyle etik kurul izni alınmamıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

Araştırma kapsamında test edilmek üzere aşağıdaki hipotezler belirlenmiştir:

H₁: Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₂: Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₃: Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₄: Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması cinsiyete düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

H₅: Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Analiz sonucuna göre; katılımcıların %67,7'si kadın, %80,7'si bekârdır. Katılımcıların %78,0'i 18-25 arası yaşta. Eğitim durumlarına göre; %7,3' ü ilköğretim, %28,0'i lise, %59,7'si üniversite, %5,0'i yüksek lisans mezunudur.

Katılımcıların Marka, Marka Farkındalığı ve Dijital Pazarlama Hakkında Düşünceleri

Herhangi bir ilaç markasını tercih etmenizden çok hangisi etkili olur mu? Sorusuna katılımcıların %44,3'ü güvenilirlik, %26,0'sı ilaç özellikleri, %22,3'ü kalite, %5,7'si bilinirlik, %1,3'ü fiyat, , cevabını vermiştir. Katılımcılar ilaç markası tercihi yaparken fiyatı fazla göz önünde bulundurmamaktadır. Katılımcılar ilaç tercihinde en fazla güvenilirlik konusuna önem verdikleri anlaşılmaktadır. Sadece 1 katılımcı ilaç tercihinde promosyon cevabını vermiştir.

Sürekli kullandığınız ilaç markası fiyatını arttırırsa marka tercihiniz değişir mi? Sorusuna %12,7'si kesinlikle değişmez, %36'sı değişmez, %34,3'ü kararsızım, %12,3'ü değişir ve %4,7'si kesinlikle değişir şeklinde cevap vermişlerdir. Katılımcıların toplamına bakıldığında (146 kişi) fiyat unsurunun yine ilaç markası tercihinin çok fazla etkilemediği gözlemlenmiştir.

Sürekli kullandığınız ilaç markasının rakibi daha uygun fiyat ve promosyon verirse tercihiniz değişir mi? Sorusuna katılımcıların %31,3'ü kararsızım, %29,0'u değişmez, %26,3'ü değişir, %8,7'si kesinlikle değişmez, %4,7'si kesinlikle değişir cevabını vermişlerdir. Kesinlikle değişir ve değişir diyen katılımcı sayısı (93 kişi), değişmez ve kesinlikle değişmez diyen katılımcı sayısına (113 kişi) bakıldığında aradaki fark az olsa da tercihim değişmez diyen katılımcı sayısı daha fazladır.

Beğendiğiniz veya beğenmediğiniz bir sanatçının kullandığınız bir ilaç markasının reklamında rol alması o markaya olan ilginizi olumlu veya olumsuz etkiler mi? Sorusuna katılımcıların %43,0'ü etkilemez, %30,0'u kesinlikle etkilemez, %16,0'sı etkiler, %7,7'si kararsızım, %3,3'ü kesinlikle etkiler cevabını vermişlerdir. Etkilemez ve kesinlikle etkilemez diyenlerin toplam sayısı (219 kişi) dikkate alındığında bu oranın çok yüksek olduğu söylenebilir.

Reklamların marka algısı ve marka farkındalığı yaratmada hangi kanalların daha etkili olduğunu düşünüyorsunuz? Sorusuna katılımcıların %45,7'si internet, %38,3'ü televizyon, %8,7'si diğer, %3,7'si gazete ve dergi, %2,0'si afiş ve el broşürü, %1,7'si radyonun etkili olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcı sayıları dikkate alındığında (137) marka algısı ve marka farkındalığı yaratmada internet ortamının kullanılmasını daha etkili görülmektedir.

Marka faaliyetlerinde en çok hangi kanal yolu ile haberdar olursunuz? Sorusuna ankete cevap verenlerin %62,7'si internet, %24,3'ü televizyon, %6,3'ü arkadaş tavsiyesi, %3,0'ü afiş ve el broşürü, %2,0'si diğer, %1,0'i gazete ve dergi şeklinde ifade etmişlerdir. Katılımcıların çoğunluğu (188) marka faaliyetlerinde internet kanalından haberdar olmaktadır.

Daha önce dijital ortamda ilaç satın aldınız mı ve dijital ortamda ilaç alışverişi yapmayı güvenilir buluyor musunuz? Sorusuna katılımcıların %90,3'ü daha önce dijital ortamdan ilaç almadıklarını ve %84,0'ü dijital ortamda ilaç almayı güvenli bulmadıklarını belirtmişlerdir.

Tablo 1: Marka Farkındalığı Yaratmada Dijital İlaç Pazarlaması Değişkenlerinin Ortalamaları ve Standart Sapmaları

Değişkenler (D)	N	Ortalama (x)	Standart Sapma (S.S.)
1:Dijital İlaç Pazarlaması (DİP) ilaç markalarının gelişimini ve büyümesini etkiler.	300	3,33	,993
2:DİP'nin markalar tarafından kullanılması tüketicilerin seçimlerini etkiler.	300	3,40	,982
3:DİP faaliyetlerinin pazarlama iletişimde kullanılması halkla ilişkiler ve reklam çalışmalarını azaltmıştır.	300	3,21	,922
4:DİP geleneksel ilaç pazarlamasına göre daha güven vermektedir.	300	2,59	,926
5:Dijital ortamlardaki (DO) içerikler ve yorumlar markaya bakış açısını değiştirir.	300	3,72	,867
6:DİP faaliyetleri müşteri sadakatine katkı sağlar.	300	3,01	,954
7:DİP faaliyetleri müşteri artışına katkı sağlar.	300	3,44	,967
8:Dijital ortamlarda (DO) gerçekleştirilen ilaç pazarlama faaliyetleri aklımda kalır.	300	3,29	,960
9:DO'larda gerçekleştirilen ilaç pazarlama faaliyetleri dikkat çekicidir.	300	3,33	,962
10:DO'larda gerçekleştirilen ilaç pazarlama faaliyetleri bilgi vericidir.	300	3,06	,964
11:DO'larda gerçekleştirilen ilaç pazarlama faaliyetleri ürünlerin performansı hakkında olumlu düşünmemi sağlar.	300	2,95	,908

12:DO'larda gerçekleştirilen ilaç pazarlama faaliyetleri kullandığım markaları satın alma kararına olumlu etki yapar.	300	3,00	,925
13:DO'larda gerçekleştirilen ilaç pazarlama faaliyetleri kolay hatırlanır.	300	3,36	,909
14:DO'larda gerçekleştirilen ilaç pazarlama faaliyetleri geleneksel pazarlama faaliyetlerine göre etkilidir.	300	3,11	1,004
15:DO'larda ilaç pazarlama faaliyetlerinde bulunan markalar bulunmayanlara göre tercih edilir.	300	3,24	,995
16:DO'larda ilaç pazarlama faaliyetlerinde bulunan markalar marka farkındalığı oluşturur.	300	3,36	,966
17:DO'larda tanıtımını gördüğüm ilaç markası hakkında daha çok bilgi edinirim	300	3,29	1,147
18:DO'larda tanıtımını gördüğüm ilaç markasını satın almayı düşünürüm.	300	2,80	1,035
19:DO'larda tanıtımını gördüğüm ilaç markasına ilişkin kullanılan tasarım markayı hatırlamamda etkilidir.	300	3,57	1,040

D: Değişken

Katılımcılar 5 nolu değişkeni en yüksek algılarken (3,72), 4 nolu değişkeni düşük algılamaktadır (2,59).

Hipotezlerin Test Edilmesi

H₁: Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 2: Marka Farkındalığı Yaratmada Dijital İlaç Pazarlaması Eğitim Düzeyi Farklılığı

Değişkenler	Eğitim Düzeyi	N	Ortalama (x)	Standart Sapma (S.S.)	F	p
D1	İlköğretim	22	3,41	1,098	1,055	,368
	Lise	84	3,40	,933		
	Üniversite	179	3,26	1,007		
	Yüksek Lisans	15	3,67	,976		
	Toplam	300	3,33	,993		
D2	İlköğretim	22	3,41	1,008	,112	,953
	Lise	84	3,42	1,032		
	Üniversite	179	3,39	,943		
	Yüksek Lisans	15	3,53	1,187		
	Toplam	300	3,40	,982		
D3	İlköğretim	22	3,36	,953	,722	,539
	Lise	84	3,23	,936		
	Üniversite	179	3,17	,864		
	Yüksek Lisans	15	3,47	1,407		
	Toplam	300	3,21	,922		
D4	İlköğretim	22	2,95	,722	1,760	,155
	Lise	84	2,49	,912		
	Üniversite	179	2,58	,905		
	Yüksek Lisans	15	2,80	1,373		
	Toplam	300	2,59	,926		
D5	İlköğretim	22	3,36	,953	2,429	,065

	Lise	84	3,70	,902		
	Üniversite	179	3,73	,825		
	Yüksek Lisans	15	4,13	,915		
	Toplam	300	3,72	,867		
D6	İlköğretim	22	3,00	,926	,085	,968
	Lise	84	2,96	1,023		
	Üniversite	179	3,03	,927		
	Yüksek Lisans	15	3,00	1,000		
	Toplam	300	3,01	,954		
D7	İlköğretim	22	3,45	,963	1,280	,281
	Lise	84	3,29	1,178		
	Üniversite	179	3,48	,850		
	Yüksek Lisans	15	3,73	,961		
	Toplam	300	3,44	,967		
D8	İlköğretim	22	3,27	1,032	1,385	,247
	Lise	84	3,15	1,092		
	Üniversite	179	3,32	,890		
	Yüksek Lisans	15	3,67	,816		
	Toplam	300	3,29	,960		
D9	İlköğretim	22	3,32	1,086	,114	,952
	Lise	84	3,31	,969		
	Üniversite	179	3,34	,960		
	Yüksek Lisans	15	3,47	,834		
	Toplam	300	3,33	,962		
D10	İlköğretim	22	3,32	,780	2,685	,047
	Lise	84	2,93	,941		
	Üniversite	179	3,04	,985		
	Yüksek Lisans	15	3,60	,910		
	Toplam	300	3,06	,964		
D11	İlköğretim	22	3,36	1,049	1,857	,137
	Lise	84	2,86	,959		
	Üniversite	179	2,94	,856		
	Yüksek Lisans	15	3,00	,926		
	Toplam	300	2,95	,908		
D12	İlköğretim	22	3,09	1,192	,356	,785
	Lise	84	3,00	,931		
	Üniversite	179	2,97	,883		
	Yüksek Lisans	15	3,20	1,014		
	Toplam	300	3,00	,925		
D13	İlköğretim	22	3,41	,959	,846	,470
	Lise	84	3,27	,896		
	Üniversite	179	3,37	,929		
	Yüksek Lisans	15	3,67	,617		
	Toplam	300	3,36	,909		
D14	İlköğretim	22	3,27	,827	,949	,417

	Lise	84	3,00	1,098		
	Üniversite	179	3,12	,938		
	Yüksek Lisans	15	3,40	1,404		
	Toplam	300	3,11	1,004		
D15	İlköğretim	22	3,23	1,193	1,272	,284
	Lise	84	3,39	1,042		
	Üniversite	179	3,15	,951		
	Yüksek Lisans	15	3,40	,910		
	Toplam	300	3,24	,995		
D16	İlköğretim	22	3,50	1,058	,756	,520
	Lise	84	3,31	1,064		
	Üniversite	179	3,34	,912		
	Yüksek Lisans	15	3,67	,900		
	Toplam	300	3,36	,966		
D17	İlköğretim	22	3,27	1,241	1,294	,277
	Lise	84	3,35	1,313		
	Üniversite	179	3,22	1,051		
	Yüksek Lisans	15	3,80	1,082		
	Toplam	300	3,29	1,147		
D18	İlköğretim	22	3,00	1,155	1,023	,383
	Lise	84	2,64	1,126		
	Üniversite	179	2,84	,988		
	Yüksek Lisans	15	2,80	,862		
	Toplam	300	2,80	1,035		
D19	İlköğretim	22	3,45	,963	1,471	,223
	Lise	84	3,62	1,171		
	Üniversite	179	3,51	1,002		
	Yüksek Lisans	15	4,07	,704		
	Toplam	300	3,57	1,040		

D: Değişken

Araştırmaya katılanların cevaplarının eğitim durumuna göre bir farklılık olduğu gözlemlenmiştir. Dijital platformlarda gerçekleştirilen ilaç pazarlama faaliyetleri bilgi vericidir ifadesi için istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,047$). Diğer ifadeler için anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Lise ile yüksek lisans ($p=0,013$), üniversite ile yüksek lisans ($p=0,030$) anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

H₂: Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması yaş gruplarına göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 3: Marka Farkındalığı Yaratmada Dijital İlaç Pazarlaması Yaş Farklılığı

Değişkenler	Yaş Grupları	N	Ortalama (x)	Standart Sapma (S.S.)	F	p
D1	18-25	234	3,36	1,002	,462	,709
	26-34	38	3,32	1,016		
	35-44	21	3,19	,981		

	45-54	7	3,00	,577		
	Toplam	300	3,33	,993		
D2	18-25	234	3,38	1,014	,961	,411
	26-34	38	3,61	,823		
	35-44	21	3,38	,805		
	45-54	7	3,00	1,155		
	Toplam	300	3,40	,982		
D3	18-25	234	3,16	,940	1,476	,221
	26-34	38	3,29	,867		
	35-44	21	3,52	,814		
	45-54	7	3,57	,787		
	Toplam	300	3,21	,922		
D4	18-25	234	2,59	,914	,320	,811
	26-34	38	2,66	1,021		
	35-44	21	2,57	,978		
	45-54	7	2,29	,756		
	Toplam	300	2,59	,926		
D5	18-25	234	3,74	,817	3,196	,024
	26-34	38	3,92	,850		
	35-44	21	3,24	1,221		
	45-54	7	3,43	,976		
	Toplam	300	3,72	,867		
D6	18-25	234	3,01	,922	2,877	,036
	26-34	38	3,24	,998		
	35-44	21	2,86	1,108		
	45-54	7	2,14	,900		
	Toplam	300	3,01	,954		
D7	18-25	234	3,38	,991	1,673	,173
	26-34	38	3,74	,795		
	35-44	21	3,57	,870		
	45-54	7	3,43	1,134		
	Toplam	300	3,44	,967		
D8	18-25	234	3,24	,956	1,068	,363
	26-34	38	3,53	,830		
	35-44	21	3,38	1,117		
	45-54	7	3,14	1,215		
	Toplam	300	3,29	,960		
D9	18-25	234	3,24	,989	4,582	,004
	26-34	38	3,79	,704		
	35-44	21	3,43	,926		
	45-54	7	3,86	,378		
	Toplam	300	3,33	,962		
D10	18-25	234	3,03	,978	2,432	,065
	26-34	38	3,37	,819		
	35-44	21	2,71	1,007		
	45-54	7	3,29	,756		
	Toplam	300	3,06	,964		
D11	18-25	234	2,91	,889	2,244	,083
	26-34	38	3,29	,867		

	35-44	21	2,81	1,078		
	45-54	7	2,71	,951		
	Toplam	300	2,95	,908		
D12	18-25	234	2,94	,908	4,448	,004
	26-34	38	3,45	,828		
	35-44	21	3,10	1,136		
	45-54	7	2,43	,535		
	Total	300	3,00	,925		
D13	18-25	234	3,33	,922	3,055	,029
	26-34	38	3,63	,819		
	35-44	21	3,43	,811		
	45-54	7	2,57	,787		
	Toplam	300	3,36	,909		
D14	18-25	234	3,07	1,038	,994	,396
	26-34	38	3,21	,905		
	35-44	21	3,43	,811		
	45-54	7	3,00	,816		
	Toplam	300	3,11	1,004		
D15	18-25	234	3,21	,988	2,418	,066
	26-34	38	3,37	1,051		
	35-44	21	3,52	,814		
	45-54	7	2,43	1,134		
	Toplam	300	3,24	,995		
D16	18-25	234	3,31	,993	3,378	,019
	26-34	38	3,74	,760		
	35-44	21	3,48	,873		
	45-54	7	2,71	,756		
	Toplam	300	3,36	,966		
D17	18-25	234	3,28	1,163	1,655	,177
	26-34	38	3,47	1,033		
	35-44	21	3,29	1,007		
	45-54	7	2,43	1,397		
	Toplam	300	3,29	1,147		
D18	18-25	234	2,77	1,034	4,907	,002
	26-34	38	3,21	,905		
	35-44	21	2,67	1,017		
	45-54	7	1,71	,951		
	Toplam	300	2,80	1,035		
D19	18-25	234	3,58	1,074	2,482	,061
	26-34	38	3,71	,835		
	35-44	21	3,48	,981		
	45-54	7	2,57	,535		
	Toplam	300	3,57	1,040		

D: Değişken

Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlamasının tüketicilerin yaşlarına göre bazı değişkenlerin anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edilmiştir.

Yapılan tamamlayıcı LSD analiz sonucunda 5, 6, 9, 12, 13, 16 ve 18 değişkenlerinde farklılaşma olduğu tespit edilmiştir.

H₃: Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması gelir düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 4: Marka Farkındalığı Yaratmada Dijital İlaç Pazarlaması Gelir Farklılığı

Değişkenler	Gelir Grupları	N	Ortalama (x)	Standart Sapma (S.S.)	F	p
D1	Yok	148	3,31	,947	1,073	,375
	500 TL-1600 TL	67	3,19	1,158		
	1601 TL-3000 TL	50	3,58	,950		
	3001 TL-4500 TL	19	3,37	1,012		
	4501 TL-6000 TL	7	3,57	,535		
	6001 TL ve üzeri	9	3,11	,782		
	Toplam	300	3,33	,993		
D2	Yok	148	3,41	,975	1,280	,272
	500 TL-1600 TL	67	3,18	1,043		
	1601 TL-3000 TL	50	3,60	,969		
	3001 TL-4500 TL	19	3,58	,961		
	4501 TL-6000 TL	7	3,57	,535		
	6001 TL ve üzeri	9	3,33	,866		
	Toplam	300	3,40	,982		
D3	Yok	148	3,13	,942	1,923	,090
	500 TL-1600 TL	67	3,13	,936		
	1601 TL-3000 TL	50	3,42	,883		
	3001 TL-4500 TL	19	3,21	,918		
	4501 TL-6000 TL	7	3,43	,535		
	6001 TL ve üzeri	9	3,89	,601		
	Toplam	300	3,21	,922		
D4	Yok	148	2,50	,837	2,646	,023
	500 TL-1600 TL	67	2,70	1,030		
	1601 TL-3000 TL	50	2,74	,899		
	3001 TL-4500 TL	19	2,21	,976		
	4501 TL-6000 TL	7	2,43	1,134		
	6001 TL ve üzeri	9	3,33	1,000		
	Toplam	300	2,59	,926		
D5	Yok	148	3,70	,814	1,011	,411
	500 TL-1600 TL	67	3,63	,935		
	1601 TL-3000 TL	50	3,84	,842		
	3001 TL-4500 TL	19	3,63	1,212		
	4501 TL-6000 TL	7	3,71	,756		
	6001 TL ve üzeri	9	4,22	,441		
	Toplam	300	3,72	,867		
D6	Yok	148	2,84	,909	2,612	,025
	500 TL-1600 TL	67	3,19	,909		
	1601 TL-3000 TL	50	3,22	,954		
	3001 TL-4500 TL	19	3,00	1,247		

	4501 TL-6000 TL	7	2,57	,976		
	6001 TL ve üzeri	9	3,44	,882		
	Toplam	300	3,01	,954		
D7	Yok	148	3,32	,942	1,001	,418
	500 TL-1600 TL	67	3,51	1,021		
	1601 TL-3000 TL	50	3,58	1,012		
	3001 TL-4500 TL	19	3,68	1,003		
	4501 TL-6000 TL	7	3,29	,488		
	6001 TL ve üzeri	9	3,56	,882		
	Total	300	3,44	,967		
D8	Yok	148	3,12	,954	2,369	,040
	500 TL-1600 TL	67	3,31	,957		
	1601 TL-3000 TL	50	3,62	,878		
	3001 TL-4500 TL	19	3,47	1,124		
	4501 TL-6000 TL	7	3,43	,535		
	6001 TL ve üzeri	9	3,44	1,014		
	Toplam	300	3,29	,960		
D9	Yok	148	3,19	,936	1,447	,207
	500 TL-1600 TL	67	3,43	,925		
	1601 TL-3000 TL	50	3,54	1,014		
	3001 TL-4500 TL	19	3,53	1,020		
	4501 TL-6000 TL	7	3,43	,535		
	6001 TL ve üzeri	9	3,33	1,323		
	Toplam	300	3,33	,962		
D10	Yok	148	2,97	,925	,721	,608
	500 TL-1600 TL	67	3,12	,993		
	1601 TL-3000 TL	50	3,14	,948		
	3001 TL-4500 TL	19	3,00	1,054		
	4501 TL-6000 TL	7	3,43	,976		
	6001 TL ve üzeri	9	3,33	1,323		
	Total	300	3,06	,964		
D11	Yok	148	2,82	,855	2,060	,070
	500 TL-1600 TL	67	2,96	,928		
	1601 TL-3000 TL	50	3,28	,927		
	3001 TL-4500 TL	19	2,89	,937		
	4501 TL-6000 TL	7	3,14	,900		
	6001 TL ve üzeri	9	3,11	1,167		
	Toplam	300	2,95	,908		
D12	Yok	148	2,83	,868	2,131	,062
	500 TL-1600 TL	67	3,12	,946		
	1601 TL-3000 TL	50	3,22	,996		
	3001 TL-4500 TL	19	3,11	1,049		
	4501 TL-6000 TL	7	3,14	,690		
	6001 TL ve üzeri	9	3,33	,866		
	Toplam	300	3,00	,925		
D13	Yok	148	3,28	,926	1,117	,351
	500 TL-1600 TL	67	3,31	,857		
	1601 TL-3000 TL	50	3,54	,952		

	3001 TL-4500 TL	19	3,47	,964		
	4501 TL-6000 TL	7	3,86	,690		
	6001 TL ve üzeri	9	3,33	,707		
	Toplam	300	3,36	,909		
D14	Yok	148	3,01	1,063	1,117	,351
	500 TL-1600 TL	67	3,10	,987		
	1601 TL-3000 TL	50	3,32	,891		
	3001 TL-4500 TL	19	3,42	,838		
	4501 TL-6000 TL	7	3,00	1,000		
	6001 TL ve üzeri	9	3,00	1,000		
	Toplam	300	3,11	1,004		
D15	Yok	148	3,13	,928	1,551	,174
	500 TL-1600 TL	67	3,21	1,081		
	1601 TL-3000 TL	50	3,40	1,050		
	3001 TL-4500 TL	19	3,42	1,071		
	4501 TL-6000 TL	7	3,29	,756		
	6001 TL ve üzeri	9	3,89	,928		
	Toplam	300	3,24	,995		
D16	Yok	148	3,21	,985	1,730	,127
	500 TL-1600 TL	67	3,43	,941		
	1601 TL-3000 TL	50	3,58	,906		
	3001 TL-4500 TL	19	3,47	1,124		
	4501 TL-6000 TL	7	3,43	,535		
	6001 TL ve üzeri	9	3,78	,833		
	Toplam	300	3,36	,966		
D17	Yok	148	3,24	1,145	1,685	,138
	500 TL-1600 TL	67	3,30	1,181		
	1601 TL-3000 TL	50	3,14	1,195		
	3001 TL-4500 TL	19	3,58	1,121		
	4501 TL-6000 TL	7	3,29	,756		
	6001 TL ve üzeri	9	4,22	,441		
	Toplam	300	3,29	1,147		
D18	Yok	148	2,70	1,008	,881	,494
	500 TL-1600 TL	67	2,84	,947		
	1601 TL-3000 TL	50	3,04	1,160		
	3001 TL-4500 TL	19	2,74	1,195		
	4501 TL-6000 TL	7	2,86	1,069		
	6001 TL ve üzeri	9	2,89	1,054		
	Toplam	300	2,80	1,035		
D19	Yok	148	3,47	1,066	,637	,672
	500 TL-1600 TL	67	3,64	1,083		
	1601 TL-3000 TL	50	3,68	,957		
	3001 TL-4500 TL	19	3,63	1,012		
	4501 TL-6000 TL	7	3,43	,535		
	6001 TL ve üzeri	9	3,89	1,167		
	Toplam	300	3,57	1,040		

D: Değişken

Marka farkındalığı yaratmada dijital pazarlamanın gelir değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini ölçmek için, ikiden fazla değişken grup olduğundan tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Gelir değişkenine göre $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde üç değişkenin anlamlı farklılıklar gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.

Yapılan tamamlayıcı LSD analiz sonucunda dijital ilaç pazarlama faaliyetleri geleneksel ilaç pazarlama faaliyetlerine göre daha objektif ve güvenilirdir ifadesi için; geliri olmayanlar ile 6001 TL ve üzeri geliri olan grup ($p=0,008$); geliri 500 TL-1600 TL olan grup ile 3001 TL-4500 TL geliri olan grup ($p=0,040$); geliri 1601 TL-3000 TL olan grup ile 3001 TL-4500 TL olan grup ($p=0,032$); geliri 3001 TL-4500 TL olan grup ile 6001 TL ve üzeri geliri olan grup ($p=0,003$) anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır.

Dijital ilaç pazarlama faaliyetleri müşteri sadakatine katkı sağlar ifadesi için; geliri olmayanlar ile 500 TL-1600 TL geliri olan grup ($p=0,012$); geliri olmayanlar ile 1601 TL-3000 TL geliri olan grubun ($p=0,015$) anlamlı bir şekilde farklılaştığı tespit edilmiştir.

Dijital platformlarda gerçekleştirilen ilaç pazarlama faaliyetleri aklımda kalır ifadesi için; geliri olmayanlar ile 1601 TL -3000 TL geliri olan grup arasında anlamlı farklılık vardır ($p=0,001$).

H₄: Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması cinsiyete düzeyine göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 5: Marka Farkındalığı Yaratmada Dijital İlaç Pazarlaması Cinsiyet Farklılığı

Değişkenler	Cinsiyet	N	Ortalama (x)	Standart Sapma (S.S)	t	p
D1	Kadın	203	3,28	,977	-1,328	,601
	Erkek	97	3,44	1,020	-1,308	
D2	Kadın	203	3,42	,979	,518	,763
	Erkek	97	3,36	,991	,515	
D3	Kadın	203	3,21	,910	-,175	,656
	Erkek	97	3,23	,952	-,172	
D4	Kadın	203	2,53	,946	-1,707	,279
	Erkek	97	2,72	,875	-1,755	
D5	Kadın	203	3,78	,818	1,788	,010
	Erkek	97	3,59	,955	1,693	
D6	Kadın	203	2,99	,936	-,563	,362
	Erkek	97	3,05	,993	-,551	
D7	Kadın	203	3,46	,913	,683	,055
	Erkek	97	3,38	1,075	,645	
D8	Kadın	203	3,25	,944	-,925	,720
	Erkek	97	3,36	,991	-,909	
D9	Kadın	203	3,32	,907	-,342	,037
	Erkek	97	3,36	1,072	-,322	
D10	Kadın	203	3,04	,922	-,448	,067
	Erkek	97	3,09	1,052	-,428	
D11	Kadın	203	2,93	,867	-,659	,328
	Erkek	97	3,00	,990	-,629	
D12	Kadın	203	2,93	,898	-1,875	,335
	Erkek	97	3,14	,968	-1,826	
D13	Kadın	203	3,39	,874	,803	,182
	Erkek	97	3,30	,981	,771	

D14	Kadın	203	3,07	,985	-,901	,420
	Erkek	97	3,19	1,044	-,882	
D15	Kadın	203	3,16	,938	-1,873	,019
	Erkek	97	3,39	1,095	-1,774	
D16	Kadın	203	3,33	,910	-,648	,021
	Erkek	97	3,41	1,078	-,611	
D17	Kadın	203	3,22	1,153	-1,531	,951
	Erkek	97	3,43	1,126	-1,543	
D18	Kadın	203	2,71	1,018	-2,003	,199
	Erkek	97	2,97	1,055	-1,978	
D19	Kadın	203	3,53	1,031	-,953	,618
	Erkek	97	3,65	1,061	-,943	

D: Değişken

Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması ile cinsiyet arasında 4 değişken için farklılaşma olduğu tespit edilmiştir. Farklılaşma 5, 9, 15 ve 16 nolu değişkenlerde görülmüştür.

H₅: Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması medeni duruma göre anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 6: Marka Farkındalığı Yaratmada Dijital İlaç Pazarlaması Medeni Durum Farklılığı

Değişkenler	Medeni Durum	N	Ortalama (x)	Standart Sapma (S.S.)	t	p
D1	Bekâr	242	3,36	1,006	,932	,142
	Evli	58	3,22	,937	,974	
D2	Bekâr	242	3,40	1,027	-,090	,023
	Evli	58	3,41	,773	-,107	
D3	Bekâr	242	3,19	,932	-,892	,901
	Evli	58	3,31	,883	-,922	
D4	Bekâr	242	2,57	,905	-,912	,274
	Evli	58	2,69	1,012	-,851	
D5	Bekâr	242	3,74	,833	,769	,063
	Evli	58	3,64	1,003	,686	
D6	Bekâr	242	3,00	,949	-,094	,682
	Evli	58	3,02	,982	-,092	
D7	Bekâr	242	3,38	,992	-2,078	,018
	Evli	58	3,67	,825	-2,326	
D8	Bekâr	242	3,27	,950	-,666	,515
	Evli	58	3,36	1,003	-,644	
D9	Bekâr	242	3,26	,987	-2,713	,012
	Evli	58	3,64	,788	-3,111	
D10	Bekâr	242	3,02	,977	-1,170	,747
	Evli	58	3,19	,907	-1,224	
D11	Bekâr	242	2,92	,901	-1,112	,914
	Evli	58	3,07	,934	-1,087	

D12	Bekâr	242	2,95	,921	-1,744	,426
	Evli	58	3,19	,926	-1,738	
D13	Bekâr	242	3,36	,928	-,180	,482
	Evli	58	3,38	,834	-,192	
D14	Bekâr	242	3,08	1,034	-1,110	,236
	Evli	58	3,24	,865	-1,238	
D15	Bekâr	242	3,20	,995	-1,364	,967
	Evli	58	3,40	,990	-1,368	
D16	Bekâr	242	3,31	1,001	-1,995	,018
	Evli	58	3,59	,773	-2,333	
D17	Bekâr	242	3,26	1,161	-,684	,601
	Evli	58	3,38	1,089	-,712	
D18	Bekâr	242	2,77	1,032	-,817	,884
	Evli	58	2,90	1,054	-,807	
D19	Bekâr	242	3,56	1,062	-,299	,340
	Evli	58	3,60	,954	-,320	

D: Değişken

Marka farkındalığı yaratmada dijital ilaç pazarlaması ile medeni durum arasında 4 değişken için farklılaşma olduğu belirlenmiştir.

Dijital ilaç pazarlamanın markalar tarafından kullanılması, tüketicilerin tercihlerini etkiler ifadesi için bekâr ve evli katılımcılar farklılaşma göstermiştir (p=0,023).

Dijital ilaç pazarlama faaliyetleri müşteri artışına katkı sağlar ifadesi için bekâr ve evli katılımcılar farklılaşmıştır (p=0,018).

Dijital platformlarda gerçekleştirilen ilaç pazarlama faaliyetleri dikkat çekicidir ifadesi için bekâr ve evli katılımcılar arasında farklılaşma olduğu tespit edilmiştir (p=0,012).

Dijital ortamlarda ilaç pazarlama faaliyetlerinde bulunan markalar marka farkındalığı oluşturur ya da arttırır ifadesi evli ve bekâr katılımcılar arasında farklılaşmaktadır (p=0,018).

Tablo 7: Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Hipotez No	Hipotez	Sonuç
H ₁	Dijital pazarlamanın marka farkındalığı üzerindeki etkisi eğitim düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (1 Değişken İçin)	Kabul
H ₂	Dijital pazarlamanın marka farkındalığı üzerindeki etkisi yaş gruplarına göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (7 Değişken)	Kabul
H ₃	Dijital pazarlamanın marka farkındalığı üzerindeki etkisi gelir düzeyine göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (3 Değişken İçin)	Kabul
H ₄	Dijital pazarlamanın marka farkındalığı üzerindeki etkisi, cinsiyete göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (4 Değişken İçin)	Kabul
H ₅	Dijital pazarlamanın marka farkındalığı üzerindeki etkisi, medeni duruma göre anlamlı bir farklılık göstermektedir. (4 Değişken İçin)	Kabul

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bilgi Çağı ile birlikte dijital ortamdaki gelişmeler sağlık hizmetlerinde de değişime uğramıştır. İlaç pazarlamasında da dijital anlamda değişimler yaşanmaktadır. İlaç firmaları dijital kanallar ile ürünlerinde marka farkındalığı yaratabilmektedirler. Özellikle mevzuat çerçevesinde reçetesiz ilaçlarda dijital pazarlama kanalları ile tanıtım ve satış yapabilmektedirler.

Araştırma dijital ilaç pazarlamasının marka farkındalığı yaratmada demografik özellikler açısından farklılıkları ortaya koymak amacı ile hazırlanmıştır. Bu bağlamda dijital ilaç pazarlamasının marka farkındalığı üzerindeki etkisinin belirlemek için rastgele seçilmiş 300 katılımcıya 32 sorudan oluşan bir anket uygulaması yapılmıştır. Anket sonuçlarına göre dijital platformlarda yer alan içerikler ve yorumların tüketicilerin markaya bakışını değiştirir (3,72) ifadesi en yüksek ortalamaya sahip olduğu tespit edilmiştir.

Araştırmada belirlenen hipotezler bazı değişkenler açısından kabul edilmiştir. Eğitim durumuna göre 1 ifade $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde farklılaşmıştır. Farklılığın kaynağı lise grubu ile yüksek lisans grubu ve üniversite grubu ile yüksek lisans grubu arasında görülmüştür. Yaş grubu değişkenine göre $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde 7 ifadede anlamlı farklılıklar olduğu gözlemlenmiştir. Tüketicilerde yaşın ilerlemesi ile dijital ilaç pazarlama faaliyetlerinin marka farkındalığına önemli bir etkisi olduğuna inancın azaldığı görülmektedir. Bu durumun sebebi olarak da dijital ilaç pazarlama ve marka ile ilgili kavramlar hakkında fazla bilgilerinin olmaması ya da geleneksel alışkanlıklardan dolayı ilaç alışverişinde dijital platformları kullanmamalarından kaynaklı olabilir. Gelir değişkenine göre $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde 3 değişkenin farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Çoğunlukla çok düşük geliri olan grup ile çok yüksek geliri olan grubun algıları anlamlı farklılık göstermektedir. Cinsiyet ve medeni durum değişkeninde 4 değişken için $p=0,05$ anlamlılık düzeyinde farklılaşma görülmüştür.

Marka, marka farkındalığı ve dijital ilaç pazarlaması hakkında katılımcıların düşüncelerini ölçmek için tüketicilere yöneltilen sorulara verilen cevaplar analiz edildiğinde herhangi bir ilaç markasını tercih etmelerinde güvenilirlik en önemli unsur olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu marka farkındalığı yaratmada internet ortamının kullanılmasının daha etkili olduğunu ifade etmişlerdir. Dijital ortamda ilaç alışverişi yapan kişi sayısının oldukça az olduğu, dijital ortamda ilaç alışverişini güvenilir bulmadıkları gözlemlenmiştir.

Arıncı (2020) tarafından yapılan “Dijital pazarlamanın marka ederini geliştirmedeki rolü” adlı çalışma sonucuna göre, dijital pazarlamanın marka farkındalığı üzerinde açıklayıcı etkiye sahip olduğu bulunmuştur. Kabasakal ve Öztürk (2019) tarafından yapılan araştırmada ilaç firmaları hedef kitleye ulaşmada sosyal medyayı kullandığı tespit edilmiştir. Topal ve Temizkan (2019) dijital pazarlama aracı olarak mobil sosyal medya kullanımının marka farkındalığı üzerindeki etkisini ölçtükleri araştırmada, mobil sosyal medya kullanımının tüketici marka farkındalığına pozitif etki ettiği sonucuna ulaşmışlardır. Kayın (2017) tarafından yapılan dijital pazarlama ile ilgili çalışmada işletmelerin dijital pazarlamada marka yönetimi yapmak adına web siteleri, e-posta ve sosyal medya kanallarını ağırlıklı olarak tercih ettiğini bunun yanında forum, blog, oyunsallaştırma gibi dijital pazarlama kanallarını daha az tercih ettiğini tespit edilmiştir. Alıjı (2016) tarafından online alışveriş sitelerine yönelik olarak yapılan çalışmada tüketicilerde marka sadakati oluşturmada dijital pazarlamanın önemli bir araç olduğu ve dijital pazarlama araçlarının işletmelere önemli fırsatlar sunduğu tespit edilmiştir.

İlaç markaları reçetesiz satılan ilaçlar için dijital ortamlarda reklamlarını daha da çoğaltmalılar. Güvenilir web sitelerinde ürünlerinin pazarlamasını yapmalılar böylelikle tüketicinin gözünde güvenilir bir imaj yaratıp tüketiciyi çok daha hızlı ve kolay reçetesiz ilaç, sağlık bakım ürünü vb. alışverişi yapabilecekleri dijital platformlara yönlentmelidirler. İlaç konusu diğer birçok tüketim



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

maddesinden farklılık göstermektedir. Bu sebeple reklam çalışmalarını yaparken tüketiciyi ilaçla ilgili gerekli tüm konularda özellikle kullanım alanları, yan etkileri gibi durumlarda bilgilendirmelidirler. Günümüzde müşteriye erişimin en hızlı ve etkili yöntemlerinden birisi olan kurumsal dijital pazarlama özellikle rekabet ortamında gittikçe önem kazanmıştır. Dijital pazarlama çok kanallı ve bütünlük bir sistem olduğu için verilmek istenen mesajın kolaylıkla verilmesine de yardımcı olmaktadır. Çok sayıda kişiye hızlı ve kolay erişim sağlamanın yanında ölçülebilirliği ve düşük maliyetli olması gibi avantajları da vardır. Bu durum, markalarını tanıtmak ve farkındalık yaratmak isteyen ilaç firmaları için oldukça dikkat çekicidir. Bugün birçok ilaç firması yasal sınırlar içerisinde hem dijital ortamda ürünlerinin tanıtımını ve satışını gerçekleştirmektedir hem de marka bilinirliğini artırmaktadır. Dijital pazarlamanın sağlamış olduğu avantajlar göz önüne alındığında dijital ortamda ürünlerinin satışını yapmak isteyen ilaç firması sayısının gün geçtikçe artış göstereceği tahmin edilmektedir. Dijital ilaç pazarlaması günümüzde yaşanan ve pandemi olarak ilan edilen Covid-19 gibi salgın dönemlerinde daha da önemli hale gelecektir. Bu çalışma sınırlı tüketici kitlesi ile yapıldığından genelleme yapılması mümkün değildir. Daha geniş kitlelere, farklı zamanlarda uygulanacak dijital ilaç pazarlamasının marka farkındalığına etkisi ölçülerek ilaç firmalarına yol gösterecektir.

KAYNAKLAR

- Alıç, F. (2016). Dijital Pazarlama ve Marka Sadakati İlişkisi: Online Alışveriş Sitelerine Yönelik Bir İnceleme. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD). (2012). “Türkiye İlaç Sektörü: Vizyon 2023”. <http://www.aifd.org.tr/wp-content/uploads/2016/07/aifd-vizyon-2023-raporu.pdf>. Erişim Tarihi: 10.03.2021.
- Arıncı, K.Y. (2020). Dijital Pazarlamanın Marka Ederini Geliştirmedeki Rolü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Akar, E. ve Kayahan C. (2007). Elektronik Ticaret ve Elektronik İş. İstanbul: Nobel Yayın Dağıtım.
- Alabay, M.N. (2010). “Geleneksel Pazarlamadan Yeni Pazarlama Yaklaşımlarına Geçiş Süreci”. Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 15(2), 213-235.
- Bozkurt, İ. (2015). İletişim Odaklı Pazarlama. İstanbul: MediaCat Yayınları.
- Chaffey, D. ve Smith, P.R. (2013). Emarketing Excellence: Planning And Optimizing Your Digital Marketing. New York: Routledge.
- Coşkun, C. (2016). Impacts of Digital Marketing on Brand Awareness and A Research. Master's Thesis. İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi.
- Çinibulak, M. (2018). “Hastane Yöneticilerinin Sağlık Hizmetleri Pazarlamasında Dijital Pazarlama Yaklaşımının Kullanımına Yönelik Görüşlerinin Değerlendirilmesi”. Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi, 1(2), 21-29.
- Dahiya, R. ve Gayatri. (2018). “A Research Paper on Digital Marketing Communication and Consumer Buying Decision Process: An Empirical Study in The Indian Passenger Car Market”. Journal of Global Marketing, 31(2), 73-95.
- Elitok, B. (2003). Hadi Markalaşalım. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Horner, B. (2017). “Healthcare Marketing in the Digital Age”. <https://pyxl.com/resource/healthcare-marketingdigitalage>. Erişim Tarihi: 10.03.2021.

363

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(EKİYOR, A. / DURMUŞ, A.)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Ilıcak, G. ve Özgül, R. (2005). “Sun Tzu Savaş Sanatına Göre, Marka Pazar Stratejilerinin Belirlenmesi”. Journal of İstanbul Kültür University, 1, 95-105.
- Kabasakal, M. ve Öztürk, İ. (2019). “Sosyal Medya Kullanımının Marka Algısına Etkisi: İlaç Sektöründe Bir Uygulama”. Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 5(1), 56-79.
- koKayın, B. (2017). Dijital Pazarlama ve Dijital Pazarlamanın Marka Yönetimine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Kotler, P. ve Keller, K.L. (2006). Marketing Management. New Jersey: Upper Saddle River.
- Kotler, P. (2011). Kotler ve Pazarlama. (Çeviren A. Özyağcılar). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- McGraw-Hill Education. (2013). McGraw-Hill's Yearbook of Science & Technology 2013. USA: McGraw-Hill Education-Europe.
- Moon, M. ve Millison, D. (2003). Ateşten Markalar (Çeviren T. Kalkay). İstanbul: Kapital Medya A.Ş.
- Mucuk, İ. (2010) Pazarlama İlkeleri. İstanbul: Türkmen Kitabevi.
- Müller, J. Pommeranz, B. Weisser, J. ve Voight, K. (2018). “Digital, Socialmedia, and Mobile Marketing in Industrial Buying: Still in Need of Customer Segmentation? Empirical Evidence From Poland and Germany”. Industrial Marketing Management, 73(24), 70–83.
- Özen, Ö. (2016). İlaç Sektörünün Yapısı, Stratejileri, Güncel Pazarlama Yöntemleri ve Yaklaşımları. İstanbul: Medipol Üniversitesi.
- Özdaş, N. (2017). Dijital Pazarlamada Marka Yönetiminin Önemi ve Hızlı Tüketim Sektörüne Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Üsküdar Üniversitesi.
- Radu M, Radu G, Condurache A ve Purcarea V. (2018). “The Influence of Digital Media on the Success of A Healthcare Unit”. J Med Life, 11(3), 254-256.
- Sözen Şahane, B. ve Şar, S. (2015). “Liderlik Kavramının Tarihçesi ve Türkiye’de İlaç Endüstrisinde Liderliğin Önemi”. Marmara Pharmaceutical Journal, 19(2), 109-115.
- Stokes, R. (2013), E-marketing: The Essential Guide to Marketing in A Digital World. 5th Edition. South Africa: Quirk eMarketing Ltd.
- Taiminen, H.M. ve Karjaluo, H. (2015). “The Usage of Digital Marketing Channels in Smes”. Journal of Small Business and Enterprise Development, 22(4), 633-651.
- Tayız, O. (2014). Türkiye İlaç Sektöründe Dijital Viral Pazarlama. İstanbul: Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Top, M. ve Ercan, T. (2016). “İlaç Tanıtım ve Pazarlama Faaliyetlerinin Önemi”. Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 1(2), 1-7.
- Topal, İ. ve Temizkan, V. (2016). “Tüketicilerin Mobil Sosyal Medya Kullanımının Marka Farkındalığına Etkisi”. İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi, 5(5), 1456-1473.
- Watson, R.T. Zinkhan, G.M. ve Pitt, L.F. (2000). “Integrated Internet Marketing”. Communications of the ACM, 43(6), 97-102.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Zengin, S. (2017). “Hastanede Dijital Pazarlama. Türkiye’deki Özel Hastanelerin Dijital Pazarlama Faaliyetleri ve İnternet Sitelerinin Pazarlama Amaçlı Kullanım Analizi. Yüksel Lisans Tezi. İstanbul: Bahçeşehir Üniversitesi.

**HEMŞİRELERİN SANAL KAYTARMA DAVRANIŞLARININ, HİZMET VERME
YATKINLIKLARI ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN İNCELENMESİ
EXAMINATION OF THE EFFECT OF NURSE'S CRYBERLOAFING
BEHAVIOURS ON THEIR SERVICE PREDISPOSITION**

Öğr. Gör. Dr. Haydar HOŞGÖR

Uşak Üniversitesi, haydar.hosgor@usak.edu.tr, orcid.org/0000-0002-1174-1184

Öğr. Gör. Filiz COŞKUN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, filiz.coskun@sbu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-4148-3227

Uzm. Hemş. Saadet CİN

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, saadetcin@hotmail.com, orcid.org/0000-0001-8964-1143

Öğr. Gör. Zümra ÜLKER DÖRTTEPE

Uşak Üniversitesi, zumra.dorttepe@usak.edu.tr, orcid.org/0000-0001-6673-8137

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (12.05.2021-10.06.2021)

Öz

Bu çalışmada hemşirelerin sanal kaytarma davranışları ve hizmet verme yatkınlığı arasındaki ilişki ve etkileri incelenmiştir. İstanbul'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 115 hemşirenin katılımıyla gerçekleştirilen bu çalışma nicel bir desende tasarlanmıştır. E-anket yöntemiyle toplanan verilerin analizinde Smart PLS paket programı kullanılmıştır. Katılımcıların çoğu kadın (%91,3), 34-46 yaş aralığında (%53,0), hastanede aktif birimlerde çalışmakta (%29,6'sı yataklı tedavi kliniklerinde; %19,1'i yoğun bakım ünitelerinde; %18,3'ü ameliyathanede; %12,2'ai acil serviste) ve yüksek düzeyde bir teknoloji kullanma becerisine (%54,8) sahiptir. Araştırma sonucunda hemşirelerin sanal kaytarma (\bar{x} : 2,74 \pm 1,14) düzeylerinin orta seviyede, hizmet verme yatkınlığı (\bar{x} : 4,30 \pm 0,82) düzeylerinin ise çok yüksek seviyede olduğu tespit edilmiştir. Sanal kaytarma ve hizmet verme yatkınlığı değişkenleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkinin (r : 253; $p < 0,05$) olduğu saptanmıştır. Ayrıca sanal kaytarma davranışının hizmet verme yatkınlığı üzerinde %6,4'lük bir etkisinin olduğu (t : 2,443; $p < 0,05$) sonucuna varılmıştır. Buna göre hemşirelerin sanal kaytarma tutumlarındaki bir birimlik artış, onların hizmet verme yatkınlıklarını 0,064 birim artırmaktadır. İleriki çalışmalar için sanal kaytarma davranışları ve hizmet verme yatkınlığını farklı yönleriyle inceleyen tanımlayıcı, kalitatif ve deneysel çalışmaların yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemşire, sanal kaytarma, teknoloji, hizmet verme yatkınlığı, sağlık personeli



Abstract

In this study, the relationship and effects between nurses' cyberloafing behaviors and their service predisposition were examined. The quantitative design study was carried out with the participation of 115 nurses working in a training and research hospital in Istanbul. The Smart PLS package program was used in the analysis of the data collected by the e-survey method. Most of the participants were female (91.3%), in the 34-46 age range (53.0%), working in active units in the hospital (inpatient clinics (29.6%); intensive care units (19.1%); operating room (18.3%); emergency services (12.2%)) and has a high level of technology use skills (54.8%). As a result of the research, it was determined that the cyberloafing (\bar{x} : 2.74 \pm 1.14) levels of the nurses were at a moderate level, and the levels of service disposition (\bar{x} : 4.30 \pm 0.82) were at a very high level. Also, there was a positive and significant relationship (r : 253; $p < 0.05$) between cyberloafing and service predisposition variables. With these results, it was concluded that cyberloafing behavior has a 6.4% effect on the service predisposition (t : 2,443; $p < 0.05$). Accordingly, a one-unit increase in nurses' cyberloafing attitudes increases their service disposition by 0.064 units. For future studies, it is recommended to carry out descriptive, qualitative and experimental studies that examine cyberloafing behaviors and service predisposition from different aspects.

Keywords: Nurse, cyberbullying, technology, service orientation, health personel

GİRİŞ

Günlük yaşamda teknoloji hayatın ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir. Teknolojik gelişmeler bir yandan kolaylıklar sağlarken diğer yandan da bazı olumsuzlukları beraberinde getirmiştir (Valcour ve Hunter, 2005). Sağlık alanında da teknolojik gelişmeler önemli etkiler yaratmış ve sağlık ekibi üyeleri tarafından da kullanılabilir hale gelmiştir (O'Donnell vd., 2009). Sağlık profesyonelleri gerek hasta bakımı gerekse kendi ihtiyaçlarına yönelik olarak internetten faydalanmakta ve onu aktif olarak kullanmaktadırlar (Ketikidis vd., 2012). Bunlar içerisinde hemşireler de yer almaktadır. Dünya'da tüm mesleklerde olduğu gibi hemşirelerin de internet kullanımları, teknolojik gelişmelerin her alana yansımaları dolayısıyla artmıştır (Kritsotakis vd., 2021; Hoşgör vd., 2021).

Hemşireler, hastayla ilgili verileri ve verdikleri bakımı kaydetme, hastanın bilgilerine ulaşma ve bu konuda araştırma yapmak için interneti kullanmaktadırlar (Estabrooks vd., 2003). Hemşireler internet kullanımlarını bazen iyi yönetebilmekte bazen de iyi yönetememekte olup, amaç dışı kullanımlara yönelmektedirler (Sarıoğlu Kemer ve Dedeşin Özcan, 2021). Hemşirelerin, çalışma esnasında yaptıkları işe kendini adanmaları, hastayla ilgili olarak planlamalarını odaklanarak yapmaları önem taşımaktadır. Bu anlamda, yapılan küçük hataların bile hasta bakımı açısından geri dönülmez sonuçları olabilmektedir (Koerner, 2000). Bu açıdan bakıldığında, hemşirelerin verdikleri hizmeti etkileyen faktörlerin incelenmesinin önemi ön plana çıkmaktadır.

Hemşirelerin yaptıkları işin doğası, içeriği, mesleğin gelişimini olumlu ve olumsuz etkileyen faktörler sürekli araştırılmakta ve yenilikler yapılmaktadır. Hizmet verme yatkınlığı da bu faktörlerden biridir. Hemşirelerin hizmet vermeye yatkın olmaları, hasta bakımına yönelik olumlu tutumlara sahip olmasıyla ilişkilendirilmektedir (Lee-Ross, 1999). Hemşireler hasta bakımına dair bir dizi hizmetler sunmakta ve karar vermektedirler. Çalıştıkları birime yönelik olarak bu kararlar değişkenlik göstermekte ve aynı olmamaktadır. Dolayısıyla, etkili hizmetlerin sunumunu yapmaları ve gerçekleştirmeleri hemşirelik mesleğine yönelik algıları, düşünceleri ve çalıştıkları klinik birime olan uyumlarıyla iç içedir. Bunun dışında mesleğe yönelik içsel motivasyonları, eğitim düzeyleri, kuruma olan bağlılık ve yeniliklere uyum düzeyleri de hizmet verme yatkınlıklarını etkilemektedir (Chitty ve Black, 2005).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Sağlık sistemi içerisinde hemşirelerin çalıştıkları birimler her gün yenilenmekte ve yapılan araştırma sonuçları hasta bakımına yansıtılmaktadır. İnternet ile de değişiklik ve yenilikler eklenmektedir (Wahoush ve Banfield, 2014). Hizmet verme açısından ise internet kullanımının da olumlu ve olumsuz yansımaları olmaktadır (Hoşgör vd., 2020). Çalışma esnasında internetin, iş amacı dışında kullanımı buna örnektir. Kimi durumlarda hemşireler, çalışma saatleri içerisinde kendilerine sunulan internet ve internet bağlantılı araçları kişisel amaçları doğrultusunda kullanabilmektedirler. Bu durum “sanal kaytarma” olarak adlandırılmaktadır (Lim, 2002). Literatürde; “Cyberloafing” (Lim ve Chen, 2012), “Cyberbludging” (Blanchard ve Henle, 2008), “Cyberslacking” (Block, 2001) ve “Cyberdeviancy” (Weatherbee, 2010) gibi kavramlar ile ifade edilmekte; ulusal literatürde ise “Siber Kaytarma” (Candan ve İnce, 2016), “Sanal Aylaklık” (Demir ve Seferoğlu, 2016), “Sanal Tembellek” (Genç ve Aydoğan, 2016) ve “Siber Aylaklık” (Serttaş ve Şimşek, 2017) isimleriyle kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü’nün verileri, sağlık hatalarının dünya çapında on hastadan birini etkilediğini belirtmekte ve “hasta güvenliği” açısından en önemli hususun tedavi ve bakım aşamasında olası zararı önlemek olduğuna vurgu yapmaktadır (WHO, 2020). Bu durumda, olası hataların sonuçlarının ciddi olabileceği ve dikkate alınması gerektiği ön plana çıkmaktadır. Olası hataların nedenleri çok çeşitlidir. Hasta açısından istenen/arzu edilen şey, sağlık bakımını en etkili şekilde kaliteli olarak almaktır. Bu yönüyle hastaların en sık karşılaştığı meslek grubunun başında gelen hemşireler kilit rolde olmalarına karşın (ICN, 2021), bazen bu istendiği şekilde gerçekleşmemektedir. Dolayısıyla bu nedenlerin araştırılması önemlidir. Özellikle mobil akıllı cihaz teknolojilerindeki hızlı gelişmeler ve bu türden cihazların günlük yaşamda daha fazla sıklıkla kullanılmaya başlanması gibi nedenlerin, bireyleri mesai saatleri içerisinde daha fazla akıllı telefon kullanmaya sevk ederek, onların sanal kaytarma düzeylerini artırdığı bilinmektedir (McBride vd., 2015). Sağlık hizmetleri özelinde ise bu durumun, sağlık hizmet alıcısı konumunda olan hastalara, sanal kaytarma dolayısıyla hizmet verme yatkınlığı daha düşük olan hemşireler tarafından hizmet sunulması anlamına geldiği ifade edilebilir. Dolayısıyla ulusal ve uluslararası literatürdeki sağlıkla ilgili alanlarda bu değişkenlerin henüz ele alınıp araştırılmamış olmaması, bu çalışmanın temel motivasyon kaynağını teşkil etmesinin yanı sıra, elde edilecek muhtemel bulgular/sonuçlar açısından da mevcut literatürün gelişmesine katkı sağlayacaktır. Buradan hareketle, çalışma kapsamında hemşirelerin sanal kaytarma davranışları ve hizmet verme yatkınlığı arasındaki ilişki ve etkiler incelenmiştir. Çalışma amacı doğrultusunda “Hemşirelerin sanal kaytarma davranışları hizmet verme yatkınlığını etkiliyor mu?” sorusuna cevap aranmıştır.

YÖNTEM

Çalışmanın kapsamını; İstanbul ilindeki bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışmakta olan ve hastalar ile doğrudan teması olan hemşireler oluşturmaktadır. Bir diğer ifadeyle, hemşire unvanına sahip olmasına rağmen idari ve yönetsel süreçlerde görev yapan ve dolayısıyla hasta bakımı ile ilgili herhangi bir görevi olmayan hemşireler çalışma kapsamında değerlendirilmemiştir. Bu çalışma nicel bir desende tasarlanmıştır. Kesitsel ve ilişki arayıcı türde tasarlanan çalışmanın verileri, 09.11.2020-20.11.2020 tarihleri arasında kolayda örnekleme yöntemi ile toplanmıştır (N: 115). Verilerin toplanmasında iki ölçek ve bir tanımlayıcı form kullanılmıştır.

Sanal Kaytarma Ölçeği: Arslan ve Demir (2016) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek, 10 ifade ve 2 boyuttan oluşmaktadır. İlk boyut “Önemli Sanal Kaytarma” olup 1, 2, 3, 5, 8, 9 ve 10. ifadelerden; ikinci boyut ise “Önemsiz Sanal Kaytarma” olup 4, 6 ve 7. ifadelerden oluşmaktadır. Genel bazda Sanal Kaytarma Ölçeğinin Cronbach Alpha iç güvenilirlik katsayısı 0,81 olarak raporlanmıştır. Ölçek 5’li Likert türüne sahiptir (1: Hiçbir zaman.....5: Her zaman).

Hizmet Verme Yatkinlığı Ölçeği: Ölçeğin orijinali Brown vd. (2002) tarafından geliştirilmiş olup, 12 ifadeye ve 5’li Likert türü bir ölçeğe sahiptir. Ayrıca ölçek, “Hizmet Etmekten Zevk Alma” ve “Hizmet İhtiyaçlarını Karşılama” olmak üzere iki boyuttan oluşmakta olup, ilk boyutun Cronbach Alpha iç güvenilirlik katsayısı 0,88, ikincisinin ise 0,87 olarak bildirilmiştir. Ölçeğin Türkçe’ye geçerlik ve güvenilirliği A. Seymen ve Çoban (2017) tarafından yapılmıştır. Çalışma sonucunda ölçeğin, orijinal ölçekten farklı olarak, tek boyuttan ve 6 ifadeden oluştuğu rapor edilmiştir. Ölçek 5’li Likert türüne sahiptir (1: Kesinlikle Katılmıyorum.....5: Kesinlikle Katılıyorum).

Tanımlayıcı Form: Katılımcıların sosyo-demografik niteliklerini içeren 7 adet soru yer almaktadır. Bunlar; cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim düzeyi, mesleki deneyim süresi, görev yapılan tıbbi birim ve akıllı telefon gibi teknolojik cihazları kullanma becerisidir. Veriler; araştırmacılar tarafından tasarlanan bir e-anket yardımıyla toplanmıştır. Toplanan verilerin analizi, Smart PLS 3.3.3 paket programı vasıtasıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma kapsamında %95 güven aralığında gerçekleştirilecek olan bu araştırmada p değerinin anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edilmiştir.

Etik Beyan: Bu çalışmanın etik kurul onayı bir devlet üniversitesinin Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan alınmıştır (Karar Tarihi: 05.11.2020; Karar Sayısı: 2020-123).

BULGULAR

Verilerin analizinde ilk olarak hemşirelerin tanımlayıcı niteliklerini ortaya koymak amacıyla betimsel istatistik yöntemlerden sayı ve yüzde analizi yapılmıştır. Sonrasında ise ölçüm modeli analizi vasıtasıyla Sanal Kaytarma ve Hizmet Verme Yatkinlığı ölçeklerinin güvenilirlik ve geçerlik analizleri yapılmış ve araştırma modeli yapısal eşitlik modellemesi ile test edilmiştir.

Tablo 1. Hemşirelere İlişkin Tanımlayıcı Nitelikler

Nitelikler	Gruplar	n (sayı)	% (yüzde)
Cinsiyet	Kadın	105	91,3
	Erkek	10	8,7
Medeni Durum	Bekâr	48	41,7
	Evli	67	58,3
Yaş (\bar{x} : 33,8 \pm 7,3)	23-33	54	47,0
	34-46	61	53,0
Eğitim Düzeyi	Lise	13	11,3
	Üniversite	72	62,6
	Lisansüstü	30	26,1
Çalışılan Birim	Yoğun Bakım Ünitesi	22	19,1
	Klinik	34	29,6
	Acil Servis	14	12,2
	Ameliyathane	21	18,3
	Poliklinik	24	20,9
Mesleki Deneyim Süresi (\bar{x} : 11,7 \pm 7,8)	1-11 yıl	60	52,2
	12-27 yıl	55	47,8

Teknoloji Kullanımı Beceri Düzeyi (Bilgisayar, akıllı cep telefonu gibi)	Düşük	2	1,7
	Orta	50	43,5
	Yüksek	63	54,8
TOPLAM		115	100,0

Çalışma kapsamındaki hemşirelerin %91,3'ü kadın, %58,3'ü evli, %53,0'ı 34-46 yaş aralığında (\bar{x} : 33,8 \pm 7,3), %62,6'sı üniversite mezunu, %52,2'si 1-11 yıl aralığında deneyime sahip, %54,8'i yüksek düzeyde teknoloji kullanma becerisine sahiptir. Ayrıca hemşirelerin %29,6'sı klinikte, %20,9'u poliklinikte, %19,1' yoğun bakım ünitesinde, %18,3'ü ameliyathanede, %12,2'si ise acil serviste görev yapmaktadır (Tablo 1).

Tablo 2. Ölçüm Modeli Sonuçları

	Kodlar	Ortalama	Standart Sapma	DFA	C α	CR	AVE
				$\geq 0,70$ (Kaiser, 1974)			
* Sanal Kayıtarma (\bar{x} : 2,74 \pm 1,14)							
Mesai saatleri içerisinde;							
İşle ilgili olmayan e-postalar ile ilgili işlemler yaparım	San_Kay-1	2,313	0,945	0,750	0,896	0,915	0,607
Facebook, Twitter gibi sosyal paylaşım sitelerini ziyaret ederim	San_Kay-2	3,009	1,067	0,760			
İnternet üzerinden eğlence amaçlı video izlerim	San_Kay-4	2,478	1,260	0,768			
Sosyal medya uygulamalarını kullanarak sohbet ederim	San_Kay-5	2,878	1,306	0,790			
Online sitelerde alışveriş yaparım	San_Kay-8	2,339	1,171	0,808			
İnternet üzerinden bankacılık işlemlerimi yaparım	San_Kay-9	3,252	1,156	0,765			
İnternet üzerinden haber sitelerini ziyaret ederim	San_Kay-10	2,939	1,041	0,810			
* Hizmet Verme Yatkınlığı (\bar{x} : 4,30 \pm 0,82)							
Hastalarımın taleplerine hızlıca cevap vermekten keyif alırım	Hiz_Ver_Yat-1	4,313	0,908	0,890	0,955	0,964	0,817
Hastalarımı mutlu etmekten zevk duyarım	Hiz_Ver_Yat-2	4,374	0,849	0,926			
Hastalarımın hizmet etmekten keyif alırım	Hiz_Ver_Yat-3	4,226	0,875	0,906			
Hastalarımın amaçlarına ulaşmalarına yardımcı olmaya çalışırım	Hiz_Ver_Yat-4	4,313	0,838	0,910			
Hastalarımın hizmet ihtiyaçları hakkında benimle konuşmalarını sağlarım	Hiz_Ver_Yat-5	4,235	0,868	0,912			
Hastalarımın problem çözücü bir yaklaşım sergilerim	Hiz_Ver_Yat-6	4,348	0,835	0,878			

* 1,00-1,80: Çok düşük; 1,81-2,60: Düşük; 2,61-3,40: Orta; 3,41-4,20: Yüksek; 4,21-5,00: Çok Yüksek

Verilerin normal dağılıma uygun olmasını gerektirmemesi, AMOS, LISREL gibi kimi yapısal eşitlik modellemesi araçlarına kıyasla daha küçük örneklem hacimlerinde oldukça tutarlı ve başarılı sonuçlar vermesi, karmaşık modelleri basitçe ele alabilmesi ve modele ilişkin uyum iyiliği değerlerini gerektirmemesi (Bilici ve Özdemir, 2019) gibi faydalarından dolayı bu çalışmada Smart PLS yapısal eşitlik modellemesi tercih edilmiştir. Araştırma modelinin analizinden önce doğrulayıcı faktör analizi, Cronbach's Alpha İç Güvenirlik Katsayısı (α), Birleşik Güvenirlik-Composite Reliability (CR) ve Faktör Yükleri ile Açıklanan Ortalama Varyans- Average Variance Extracted (AVE) değerleri incelenmiştir. Analiz sonucunda her iki ölçeğin de tek boyuttan oluştuğu saptanmıştır. Güvenirlik ve geçerlik şartlarının sağlanabilmesi için faktör yüklerinin en az 0,7 (Kaiser, 1974), α değerinin en az 0,6 (Kalaycı, 2005), CR değerlerinin en az 0,7 (Hair vd., 2012), AVE değerinin ise en az 0,5 (Fornell ve Larcker, 1981) olması gerekmektedir. Ölçüm modeli sonuçlarının yer aldığı Tablo 2 incelendiğinde; yalnızca “San_Kay-3”, “San_Kay-6” ve “San_Kay-7” ifadelerinin, 0,7'nin aşağısında faktör yüklerine sahip olmaları dolayısıyla ölçüm modelinden çıkarıldığı görülmektedir. Bunun haricinde ölçeğin α , CR ve AVE değerleri açısından, eşik sınırın oldukça üzerinde değerlere sahip olduğu ortaya konulmuştur. Bu verilerden yakınsak geçerliğin sağlandığı belirtilebilir.

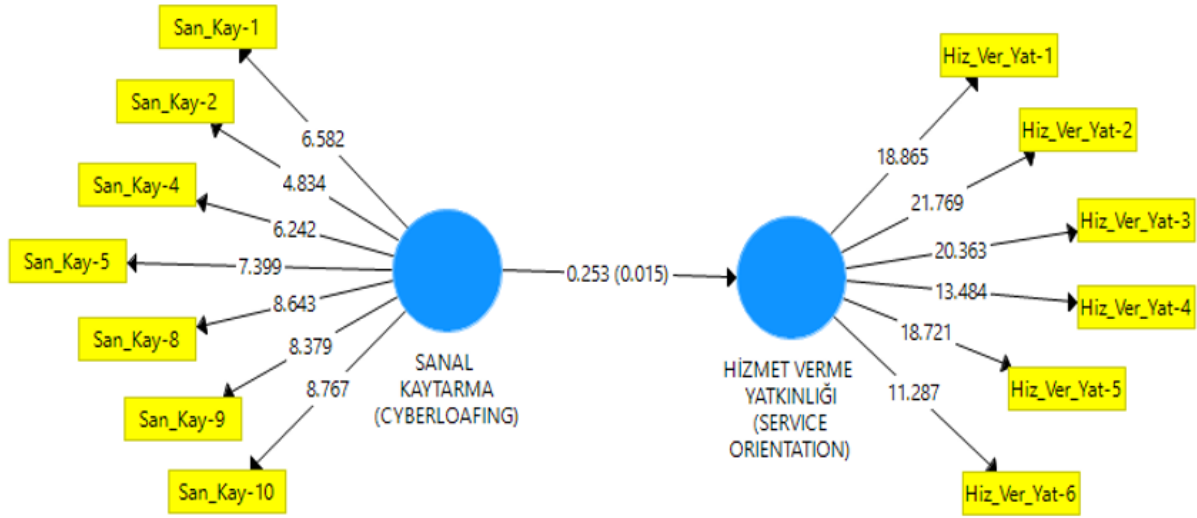
Güvenirlik ve geçerlik analizlerine ek olarak, çalışmaya katılan hemşirelerin sanal kayıtma ve hizmet verme yatkınlığı ölçeklerinden aldıkları ortalama puanlar da Tablo 2'de yer almaktadır. Buna göre hemşirelerin sanal kayıtma (\bar{x} : 2,74 \pm 1,14) düzeylerinin orta seviyede, hizmet verme yatkınlığı (\bar{x} : 4,30 \pm 0,82) düzeylerinin ise çok yüksek seviyede olduğu ifade edilebilir.

Tablo 3. Fornell ve Larcker Kriterlerine Göre Ayrışma Geçerliliği Sonuçları

	Hizmet Verme Yatkınlığı	Sanal Kayıtma
Hizmet Verme Yatkınlığı	0,904*	
Sanal Kayıtma	0,253	0,779*

* AVE'nin karekök değerlerini temsil etmektedir.

Ayrışma geçerliğinin sağlanıp sağlanmadığı hakkında bilgi sunan Fornell ve Larcker kriterlerine ait sonuçlar Tablo 3'de yer almaktadır. Bu kriter; AVE değerinin karekökünün, ilgili sütundaki korelasyon değerlerinden büyük olması (Hair vd., 2017) şeklinde ifade edilmektedir. Bu verilerden ayrışma geçerliğinin sağlandığı ifade edilebilir. Dolayısıyla elde edilen bu sonuçlar, verilerin analize tabi tutulabileceğini göstermesi bakımından değerlidir.



Şekil 1. Yapısal Eşitlik Modeli Analiz Sonuçları

Hizmet verme yatkinligi üzerinde sanal kaytarmanın etkisini gösteren yapısal eşitlik modellemesi incelendiğinde; sanal kaytarma gizil değişkeni ile onun maddelerini ifade eden gözlem değişkenleri arasındaki yollara ilişkin t değerlerinin 4,834 ile 8,767 arasında değiştiği görülmektedir. Benzer şekilde hizmet verme yatkinligi gizil değişkeni ile onun maddelerini ifade eden gözlem değişkenleri arasındaki yollara ilişkin t değerlerinin ise 11,287 ile 21,769 arasında değiştiği görülmektedir. Ayrıca sanal kaytarma ile hizmet verme yatkinligi arasında düşük düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı ($r: 0,253$; $p: 0,015$) bir ilişkinin varlığı da ortaya konulmuştur (Şekil-1). Bu verilerden hareketle, hemşirelerin sanal kaytarma düzeyleri arttıkça, hizmet vermeye daha yatkin hale geldikleri belirtilebilir.

Tablo 4. Araştırma Modeli Katsayıları

Yollar	Standardize Beta Katsayısı	t değeri	p değeri	R ²	VIF
Sanal Kaytarma → Hizmet Verme Yatkinligi	0,253	2,443	0,015	0,064	1,000

Araştırma modeli katsayılarının yer aldığı Tablo 4 incelendiğinde; hizmet verme yatkinligi üzerinde sanal kaytarmanın anlamlı bir etkisinin olduğu sonucuna varılmıştır ($t: 2,443$; $p<0,05$). Zira, Smart PLS programında değişkenler arasındaki yolun anlamlılığı için t değerinin 1,96'dan büyük olması gerekmektedir (Yasım, 2020). 0,064'lük R² değeri ise, sanal kaytarmanın hizmet verme yatkinligi üzerinde %6,4'lük bir etkisini göstermektedir. Ayrıca VIF değerinin eşik değer olan 5'in altında olması, değişkenler arasında doğrusallık sorununun olmadığını göstermektedir (Hair vd., 2011).

TARTIŞMA

Bu çalışmada hemşirelerin sanal kaytarma davranışlarının hizmet verme yatkınlığına olan etkisi incelenmiştir. Çalışmada yer alan katılımcıların çoğunun kadın olması, dünyada olduğu gibi Türkiye’de de bu meslek grubunun büyük bir bölümünün kadınlardan meydana gelmesiyle örtüşmektedir (Haydon vd., 2015). Zira, sağlık hizmetleri sektörü feminizasyon düzeyinin yüksek olduğu alanlardan birisidir (Hoşgör vd., 2016). Yine yarıdan fazlasının orta yaş ve üzerinde olması ve teknoloji kullanım becerilerini yüksek olarak beyan etmeleri de beklenen bir sonuç olmuştur. Nitekim, çalışmanın büyük çoğunluğunu oluşturan orta yaş grubu, tarihsel süreçte internet ve bilgisayarların kullanımının başladığı döneme denk gelmektedir. Dolayısıyla aşinalıkları ve kullanımları da daha fazla olmuştur (Andreassen vd., 2017; Lebioda vd., 2019). Hizmet verme yatkınlığı açısından ise özellikle aktif birimlerde çalışanlarda (daha fazla hemşirelik girişimleri ve sağlık bakım hizmetinin birebir sunulduğu) bu değişkenin incelenmesinin daha önemli ve sağlıklı sonuçlar vereceği belirtilmektedir (Duchscher, 2009). Bu yönüyle çalışmada yer alan hemşirelerin büyük çoğunluğunun aktif birim diye adlandırılan yataklı tedavi klinikleri, yoğun bakım üniteleri, ameliyathane ve acil servis birimlerinden olması çalışmanın etkilerinin doğru incelenebilmesi açısından uygun veri kaynaklarının kullanıldığını göstermektedir.

Çalışma kapsamında hemşirelerin sanal kaytarma düzeyleri orta, hizmet verme yatkınlığı düzeyleri ise çok yüksek bulunmuştur. Yapılan çalışmaların bazılarında da hemşirelerde benzer şekilde düşük ve orta düzeyde sanal kaytarma davranışları tespit edildiği raporlanmıştır (Sarioğlu Kemer ve Dedeşin Özcan, 2021; Arslan ve Demir, 2016; Ürek vd., 2017). Çalışmada yer alan hemşirelerin orta düzeyde sanal kaytarma davranışlarının olması hasta bakım kalitesi sonuçları açısından riskli durumlar ve sonuçlarla daha fazla karşılaşmasına yol açabilir, hata yapma olasılığı artabilir (Syed vd., 2020). Bunun yanında, hizmet verme yatkınlıklarının yüksek bulunması umut vericidir. Öte yandan, hizmet verme yatkınlığının incelendiği çalışma sayısı oldukça azdır (Lee-Ross, 1999; Johns vd., 2007). Fakat incelenen çalışmalarda hizmet verme yatkınlığına önemli düzeyde etki ettiği belirtilen profesyonellik, mesleğe kendini adanma, uyum, çalışma koşulları ve çalışılan birim gibi bileşenlerin yer aldığı görülmüştür (Poitras vd., 2016; Stievano vd., 2019).

Beklenenin aksine, çalışma sonuçları; sanal kaytarma ile hizmet verme yatkınlığı arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur. Sanal kaytarma davranışının nedenleri ve onu etkileyen faktörler çok çeşitlidir. Çalışma kapsamında hemşirelerin sanal kaytarma davranışıyla hizmet verme yatkınlıkları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup, hemşirelerin hizmet verme yatkınlıklarının sanal kaytarma davranışları tarafından %6,4 düzeyinde tahminlendiği sonucuna varılmıştır. Buna göre hemşirelerin sanal kaytarma tutumlarındaki bir birimlik artış, onların hizmet verme yatkınlıklarını 0,064 birim artırmaktadır. Dolayısıyla bu durum, mesai saatleri içerisinde kendi amaçları için kurumsal interneti kullanan hemşirelerin, aynı zamanda hastalarına hizmet sunmaya da meyilli olduklarını göstermektedir. Teknoloji ve internet kullanımı tüm bireylerde olduğu gibi hemşirelerde de artmaktadır (McBride vd., 2015; Hoşgör vd., 2021). Bir diğer ifadeyle, hemşirelerin internet ortamındaki gelişmeleri kaçırmak istememe isteği iş ortamında da devam edebilmektedir. Ayrıca, gerek sosyal medya gerekse diğer internet bağlantılı uygulamalar hemşire açısından belki de yenilenme, kendini tazeleme, mesleki gelişimine katkı sağlama aktivitesi olarak da kullanılıyor olabilir (Aguenza vd., 2012; Zerwekh vd., 2017). Fakat diğer yandan da hizmet verme isteklerinin yüksek olması çalışma esnasında yeterli duyum ve alakaya sahip olduklarını göstermesi bakımından dikkate değer bir sonuçtur.

SONUÇ

Bu çalışmada hemşirelerin sanal kaytarma davranışının hizmet verme yetkinliklerine olan etkisi incelenmiştir. Çalışma bu iki değişkenin birlikte ele alınıp incelendiği ilk çalışma olması bakımından önem arz etmekte ve çalışmanın literature farklı bir bakış açısı sunacağı düşünülmektedir. Çalışmada katılımcıların çoğu kadın, orta yaş üstü, hastanede aktif birimlerde çalışmakta olup, teknoloji kullanımlarını yüksek düzeyde beyan eden etmişlerdir.

Çalışma sonucunda hemşirelerin sanal kaytarma düzeyleri orta, hizmet verme yetkinlikleri ise yüksek düzeyde bulunmuştur. Hemşirelerin sanal kaytarma davranışlarının, onların hizmet verme yetkinliklerini olumlu etkilediği ve hemşirelerin sanal kaytarma tutumlarındaki bir birimlik artışın, onların hizmet verme yetkinliklerini 0,064 birim artırdığı sonucuna erişilmiştir. Yani, mesai saatleri içerisinde kendi amaçları için kurumsal interneti kullanan hemşireler, aynı zamanda hastalarına hizmet sunmaya da meyillidirler. Ayrıca, gerek sosyal medya gerekse diğer internet bağlantılı uygulamalar hemşire açısından belki de yenilenme, kendini tazeleme, mesleki gelişimine katkı sağlama aktivitesi olarak da kullanılıyor olabilir (Aguenza vd., 2012; Zerwekh vd., 2017). Ayrıca, hizmet verme isteklerinin yüksek olması çalışma esnasında yeterli duyum ve alakaya sahip olduklarını göstermektedir. Sanal kaytarma davranışları ve hizmet verme yetkinliğini farklı yönleriyle inceleyen tanımlayıcı, kalitatif ve deneysel çalışmaların yapılması, mevcut değişkenlerle ilgili daha fazla bilimsel bilgi ve katkı sağlanması açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKLAR

- A. Seymen, O. & Çoban, M. (2017). Konaklama sektörü çalışanlarının hizmet verme yetkinliğinin ölçülmesi: Brown, Mowen ve Donovan (2002) ölçeğinin türkçe geçerliliği. *International Journal of Economic and Administrative Studies* (16. ÜİK Özel Sayısı), 455-468.
- Aguenza, B. B., Al-Kassem, A. H., & Som, A. P. M. (2012). Social media and productivity in the workplace: Challenges and constraints. *Interdisciplinary Journal of Research in Business* ISSN, 2046, 7141.
- Andreassen, C. S., Pallesen, S., Griffiths, M. D. (2017). The relationship between addictive use of social media, narcissism, and self-esteem: Findings from a large national survey. *Addictive Behaviors*, 64, 287-293.
- Arslan, E. T., & Demir, H. (2016). Sanal kaytarma: Bir kamu kurumunda hemşireler üzerinde ampirik bir araştırma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 9(43), 1626-1637.
- Bilici, F. & Özdemir, E. (2019). Tüketicilerin artırılmış gerçeklik teknolojilerini kullanmaya yönelik tutum ve niyeti üzerine bir araştırma. *Business & Management Studies: An International Journal*, 7(5), 2011-2033
- Blanchard, A. L., & Henle, C. A. (2008). Correlates of different forms of cyberloafing: The role of norms and external locus of control. *Computers in human behavior*, 24(3), 1067-1084.
- Block, W. (2001). Cyberslacking, business ethics and managerial economics. *Journal of Business Ethics*, 33(3), 225-231.
- Brown, T. J., Mowen, J. C., Donovan, D. T., & Licata, J. W. (2002). The customer orientation of service workers: Personality trait effects on self-and supervisor performance ratings. *Journal of marketing research*, 39(1), 110-119.
- Candan, H., & İnce, M. (2016). Siber kaytarma ve örgütsel bağlılık arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik emniyet çalışanları üzerine bir araştırma. *Niğde Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 229-235.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Chitty, K. K., & Black, B. P. (2005). Professional nursing: Concepts and challenges. St. Louis. Elsevier. Chornick, NL, & Wendt, AL (1997). NCLEX-RN: From job analysis study to examination. *Journal of Nursing Education*, 36(8), 378382.
- Demir, Ö., & Seferoğlu, S. S. (2016). Bilgi okuryazarlığı, internet bağımlılığı, sanal aylıklık ve çeşitli diğer değişkenlerin sanal zorbalık ile ilişkisinin incelenmesi. *Online Journal of Technology Addiction and Cyberbullying*, 3(1), 1-26.
- Duchscher, J. E. B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of advanced nursing*, 65(5), 1103-1113.
- Estabrooks, C. A., O'Leary, K. A., Ricker, K. L., & Humphrey, C. K. (2003). The Internet and access to evidence: how are nurses positioned? *Journal of Advanced Nursing*, 42(1), 73-81.
- Fornell, C., Larcker, D. F. (1981). Structural Equation Models With Unobservable Variables and Measurement Error: Algebra and Statistics. *Journal of Marketing Research*, May, 382-388.
- Genç, E., & Aydoğan, E. (2016). İşyerinde sanal tembellik davranışı ve etkin zaman yönetimi ilişkisi: Bir kamu kurumunda araştırma. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2), 558-571.
- Hair Jr, J. F., Hult, G. T. M., Ringle, C., & Sarstedt, M. (2017). A primer on partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM). (2nd Edition). Thousand Oaks: Sage Publications.
- Hair, J. F., Sarstedt, M., Ringle, C. M., Mena, J. A. (2012). An Assessment of the use of partial least squares structural equation modeling in marketing research. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 40(3), 414-433.
- Haydon, G., van der Reit, P., & Browne, G. (2015). A narrative inquiry: Humour and gender differences in the therapeutic relationship between nurses and their patients. *Contemporary nurse*, 50(2-3), 214-226.
- Hoşgör, H., Coşkun, F., Çalışkan, F., & Gündüz Hoşgör, D. (2020). Relationship between nomophobia, fear of missing out, and perceived work overload in nurses in Turkey. *Perspectives in Psychiatric Care*, 1-8.
- Hoşgör, H., Gündüz Hoşgör, D., & Memiş, K. (2016). Sosyo-demografik özellikler ile cam tavan sendromu arasındaki ilişki ve farklılıkların incelenmesi: Sağlık çalışanları örneği. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 13(35), 345-362.
- Hoşgör, H., Ülker Dörttepe, Z., & Memiş, K. (2021). Social media addiction and work engagement among nurses. *Perspectives in Psychiatric Care. Care*, 1-8.
- International Council of Nurses. (2021). Nurses: A Voice to lead, a vision for future healthcare. International Nurses Day 2021 Report. https://www.icn.ch/system/files/documents/2021-05/ICN%20Toolkit_2021_ENG_Final.pdf
- Johns, N., Henwood, J., & Seaman, C. (2007). Culture and service predisposition among hospitality students in Switzerland and Scotland. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 19(2), 146-158.
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrik*, 39(1), 31- 36.
- Kalaycı, Ş. (2005). SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri. İstanbul: Asil Yayın Dağıtım.
- Ketikidis, P., Dimitrovski, T., Lazuras, L., & Bath, P. A. (2012). Acceptance of health information technology in health professionals: An application of the revised technology acceptance model. *Health informatics journal*, 18(2), 124-134.
- Koerner, M. M. (2000). The conceptual domain of service quality for inpatient nursing services. *Journal of Business Research*, 48(3), 267-283.
- Kritsotakis, G., Andreadaki, E., Linardakis, M., Manomenidis, G., Bellali, T., & Kostagiolas, P. (2021). Nurses' ehealth literacy and associations with the nursing practice environment. *International Nursing Review*, 1-7.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Lebioda, L., Hahn, I. S., Martins, A. A. M. (2019). The influence of mobile technology usage behavior on perceived work performance improvement. *International Journal of Development Research*, 9(2), 25733-25738.
- Lee-Ross, D. (1999). A comparison of service predispositions between NHS nurses and hospitality workers. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(3), 92-97.
- Lim, V. K. (2002). The IT way of loafing on the job: Cyberloafing, neutralizing and organizational justice. *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*, 23(5), 675-694.
- Lim, V. K., & Chen, D. J. (2012). Cyberloafing at the workplace: Gain or drain on work?. *Behaviour & Information Technology*, 31(4), 343-353.
- McBride, D., LeVasseur, S. A., & Li, D. (2015). Nursing performance and mobile phone use: Are nurses aware of their performance decrements?. *JMIR Human Factors*, 2(1), e4070.
- O'Donnell, J. C., Pham, S. V., Pashos, C. L., Miller, D. W., & Smith, M. D. (2009). Health technology assessment: Lessons learned from around the world—an overview. *Value in health*, 12(2), 1-5.
- Poitras, M. E., Chouinard, M. C., Fortin, M., & Gallagher, F. (2016). How to report professional practice in nursing? A scoping review. *BMC nursing*, 15(1), 1-12.
- Sarioğlu Kemer, A., & Dedeşin Özcan, S. (2021). The dark side of technology: Cyberloafing, a Turkish study of nursing behaviour. *International Nursing Review*, 1-8.
- Serttaş, O., & Şimşek, G. (2017). Konaklama işletmelerinde siber aylıklık: Çalışanların demografik özellikleri ile siber aylıklıkları üzerine bir araştırma. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(1), 20-34.
- Stievano, A., Caruso, R., Pittella, F., Shaffer, F. A., Rocco, G., & Fairman, J. (2019). Shaping nursing profession regulation through history—a systematic review. *International nursing review*, 66(1), 17-29.
- Syed, S., Singh, H., Thangaraju, S. K., & Bakri, N. E. (2020). The impact of cyberloafing on employees' job performance: A review of literature. *Journal of Advances in Management Sciences & Information Systems*, 6, 16-28.
- Ürek, D., Bilgin Demir, İ., & Ugurluoglu, O. (2017) Sağlık çalışanlarının sanal kaytarma davranışlarının incelenmesi: Bir üniversite hastanesi örneği. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(2), 135-148.
- Valcour, P. M., & Hunter, L. W. (2005). Technology, organizations, and work-life integration. In E. E. Kossek & S. J. Lambert (Eds.), *Work and Life Integration: Organizational, Cultural, and Individual Perspectives* (pp. 61-84). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wahoush, O., & Banfield, L. (2014). Information literacy during entry to practice: Information-seeking behaviors in student nurses and recent nurse graduates. *Nurse Education Today*, 34(2), 208-213.
- Weatherbee, T. G. (2010). Counterproductive use of technology at work: Information & communications technologies and cyberdeviancy. *Human Resource Management Review*, 20(1), 35-44.
- WHO, 2020. Patient safety solutions. <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/patient-safety-solutions>
- Zerwekh, J., & Garneau, A. (2017). *Nursing Today-E-Book: Transition and Trends*. Elsevier Health Sciences.



AŞI TEREDDÜTLERİNDE SOSYAL MEDYANIN ROLÜ THE ROLE OF SOCIAL MEDIA IN VACCINE HESITATION

Samira ETESAMINIA

Marmara Üniversitesi, samiraetesaminia@marun.edu.tr, orcid.org/0000-0003-0357-2330

Öğr. Gör. Kübra BAĞCI DERİNPINAR

Bursa Uludağ Üniversitesi, bagci.kubra@gmail.com, orcid.org/0000-0001-5135-6048
Makale Gönderim-Kabul Tarihi (18.07.2021-20.08.2021)

Öz

Aşı tereddütleri dünya çapında artmaktadır ve şu anda halk sağlığı alanında en önemli sorunlardan biridir. Birçok ülkede aşı tereddütleri, toplum bağışıklığına ulaşmanın önünde önemli engeller oluşturmaktadır. Sosyal medya ve diğer çevrimiçi platformlar aracılığıyla yayılan yanlış bilgiler, halk sağlığı için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Bu derleme, aşı tereddütleri konusunda yanlış bilgilerin yayınlanmasında sosyal medyanın rolüne odaklanarak, aşı tereddüdünü önlemek için öneriler sunmaktadır. Bu bağlamda, sosyal medyadaki aşı tereddütlerini içeren ulusal ve uluslararası çalışmalar üzerine literatür taraması yapılmıştır.

Sonuç olarak, sosyal medya aşı tereddüdünün nedeni değildir, ancak aşı karşıtı argümanların ve bu konuda yanlış bilgilerin geniş kitlelere ulaşmasında rol oynamaktadır. Yanlış bilgilerin yayılması sağlık görevlilerinin halk sağlığıyla ilgili mücadelelerini zorlaştırmaktadır. İnsanlar sosyal medya platformlarına giderek daha fazla güvenmektedirler, bu yüzden sağlık alanında karar vericiler aşılamaı teşvik etmek için çevrimiçi sosyal araçlar kullanılabilirler. Sağlık politikacıları, toplumun aşılamaı kabul etmesi için aşı tereddütlerini ele almalı ve aşı okuryazarlığı oluşturma konusunda çalışmalar yapmalıdırlar.

Anahtar Kelimeler: aşı tereddütleri, sosyal medya, halk sağlığı.

Abstract

Vaccine hesitations are increasing worldwide and are currently one of the most important public health concerns. In addition, hesitation about vaccination in many countries pose important obstacles to achieving community immunity. Misinformation spread through social media has become a major threat to public health. This review focuses on the role of social media in disseminating misinformation about vaccine hesitations and offers recommendations for preventing vaccine hesitancy. Therefore, a literature review was conducted on national and international studies involving vaccine hesitations in social media.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

In conclusion, social media is not the cause of vaccine hesitation, but plays a role in spreading anti-vaccine arguments and misinformation. The spread of this misinformation complicates the public health struggles of health officials. People increasingly rely on social media. In this case, online tools can be used to promote vaccination. Health politicians must work to get the public to accept vaccination and expand vaccine literacy.

Keywords: vaccine hesitation, social media, public health.

GİRİŞ

Aşılama, halk sağlığında en büyük başarılarından biri olarak kabul edilmektedir (Centers for Disease Control, 2021). Aşılama programları, çeşitli bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölüm ve hastalık oranlarındaki düşüşe önemli bir ölçüde katkıda bulunmaktadır. Çocuk felci ve çiçek hastalığının dünya çapında birçok ülkede ortadan kaldırılması, aşılanmanın en önemli katkılarından sayılabilir (Greenwood, 2014). Aşılama, hastalıklardan kaçınmanın en uygun maliyetli yollarından biridir. Şu anda yılda 2 ila 3 milyon arasında ölümü önlemektedir ve aşıların küresel kapsamı iyileşirse 1,5 milyon daha önlenebilir (WHO, 2019).

Çocukluk çağı aşıları hakkındaki yanlış bilgiler ve tartışmalar, belirli aşıların güvenliğini ve etkinliğini sorgulamaya odaklanma eğilimindedir (Pluviano, Watt, & Della, 2017). En öne çıkan tartışmalardan biri, kızamık, kabakulak ve kızamıkçık (MMR) aşısının otizme neden olduğu iddiasıdır. Bu iddia, Andrew Wakefield'in 1998 Lancet'te yayınlanan ve daha sonra geri çekilen makalesinden kaynaklanmaktadır. MMR aşısının otizme yol açtığına dair hiçbir bilimsel kanıt bulunmamaktadır. Ancak bu makale 1998'den bugüne kadar devam eden aşının güvenliği konusu hakkında korku, kafa karışıklığı ve güvensizliğe neden olmuştur (Godlee, Smith, & Marcovitch, 2011).

Aşı konusundaki tereddütler dünya çapında artmaktadır ve şu anda halk sağlığının en önemli sorunlarından birisidir. Küresel, karmaşık ve sürekli değişen bir fenomen olduğundan dolayı, 2019'da Dünya Sağlık Örgütü, küresel sağlığa yönelik ilk on tehdit arasında aşı tereddütlerini de listelemiştir (WHO, 2019). Ayrıca birçok ülkede aşı konusunda tereddüt ve yanlış bilgilendirme, topluluk bağışıklığına ulaşmanın önünde önemli engeller oluşturmaktadır (Larson, Jarrett, Eckersberger, Smith, & Paterson, 2014).

Aşı tereddütleri, Nijerya'nın kuzeyindeki çocuk felci ve dünyanın çeşitli yerlerinde ekonomik kayba yol açan kızamık ve boğmaca salgınlarnın yeniden canlanmasına sebep olmaktadır (Jansen ve diğ., 2003). Yükselen aşı tereddüt sorunu dünya liderleri tarafından küresel bir sağlığın zirvesinde olarak tartışılmaktadır. Aşılamaya olan düşük güven, küresel bir kriz oluşturabilen ve ölümcül olabilen önlenebilir bulaşıcı hastalıklar ve ani salgınlara karşı mücadelede bir tehdit olarak tanımlanmaktadır. Sosyal medya ve diğer çevrimiçi platformlar aracılığıyla yayılan yanlış bilgiler, halk sağlığı için büyük bir tehdit olmaya başlamıştır (Chou, Oh, & Klein, 2018). Ayrıca, sosyal medya, bilginin yayılmasını kontrol etmede ve halkın anlayışını ve davranışını şekillendirmede güçlü bir araç olarak ortaya çıkmaktadır.

Sosyal medya platformları hızla büyümekte ve giderek daha fazla insan sosyal medyadan sağlık bilgileri ve sağlık haberleri almaktadır. Sosyal medyadaki görsel mesajların, insanların aşı olma niyetleriyle- yalnızca COVID-19'a karşı değil, aynı zamanda diğer aşılar için de- önemli ilişkileri bulunmaktadır. Sosyal medyanın bu kadar çekici olmasına neden olan şey, bilgi özgürlüğüdür. Bu özellik, aynı zamanda onun tehlikeli olmasına da sebep olmaktadır.

Bu yüzden bu derlemede, önemli bir halk sağlığı sorunu olarak aşı tereddütleri ve yanlış bilgilerin yayınlanmasına yol açan sosyal medyanın bu konu üzerinde rolüne odaklanılarak, sağlık politikacılarına aşı tereddüdünü önlemek ve ortadan kaldırmak için öneriler sunulmaktadır.

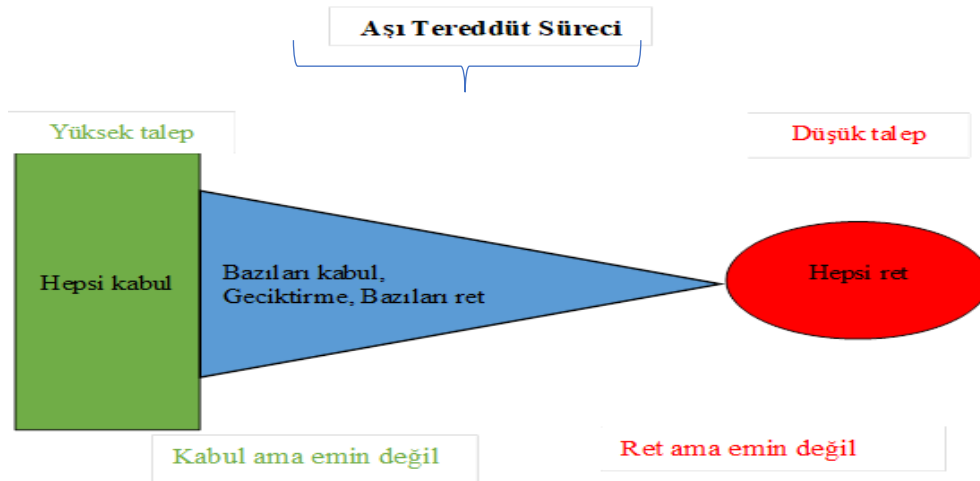
AŞI TEREDDÜTLERİ (VACCİNE HESİTANCY)

Aşıların ve aşılanmanın güvenliğine ve etkililiğine ilişkin bilimsel ve tarihsel kanıtlara rağmen, bazı gruplar hala aşıları ve aşılamayı kabul etmekte tereddütlü ve isteksizlerdir. Aşı tereddüt kavramı, Dünya Sağlık Örgütü Stratejik Danışma Uzmanlar Grubu (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization, SAGE) Aşı Tereddüt Çalışma Grubu tarafından: "aşı tereddütleri, aşılama hizmetlerinin mevcut olmasına rağmen aşıların kabulünün geciktirilmesi veya reddedilmesi" olarak tanımlanmaktadır. Bu davranışlar, aktif endişelere rağmen reddetmeyi, gecikmeyi veya isteksizce kabullenmeyi içermektedir.

Çalışma Grubu ayrıca, aşı tereddüdünün, aşı için yüksek talep dahil olmak üzere, tam kabul ile aşıların bir kısmının veya tümünün tamamen reddedilmesi arasındaki bir süreci göstermektedir (Şekil 1). Ancak aşıların kabulü küresel olarak popülasyonların çoğunda normdur. Aşı tereddüt süreci aşıların bazılarının kabulünü, aşıları geciktirmeyi ve aşıların bazılarını reddetmeyi içermektedir (SAGE Report, 2014).

Aşı konusunda tereddütlü insanlar, tam kabul edenlerden tamamen reddedenlere kadar uzanan bir sürekliliğin ortasında bulunur (MacDonald, 2015). DSÖ SAGE tanımı, aşı tereddüdünün belirli bir aşıya özgü olabileceğini vurgulamaktadır (Larson ve diğ., 2014). Küresel Aşı Eylem Planının Değerlendirme Raporu, her ülkenin toplum katılımını artırarak, güven oluşturarak, aktif tereddüt önleme, aşı endişelerinin düzenli ulusal değerlendirmesini ve krize yanıt planlamasını artırarak aşılama için kabulü ve talebi artıracak bir strateji geliştirmesini tavsiye etmektedir (WHO, 2018).

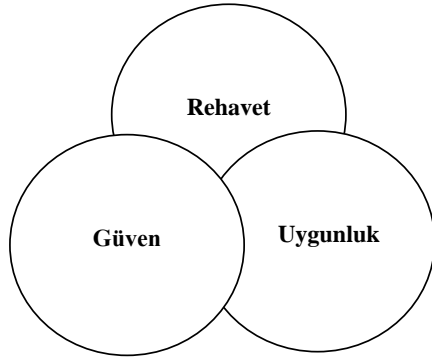
Şekil 1: Aşı Tereddüt Süreci



Kaynak: SAGE Report, 2014.

Aşı tereddütleri karmaşıktır ve duruma özgüdür, zamana, yere ve farklı aşılar göre değişebilmektedir. Bu fenomen, güven (confidence), gönül rahatlığı veya rehabet (complacency) ve uygunluk (convenience) gibi faktörlerden etkilenmektedir (Şekil 2). Bu üç kategoriyi vurgulayan “3C” Modeli ilk olarak 2011 yılında WHO EURO Aşı İletişim Çalışma Grubu tarafından önerilmiştir. “3 C” modelinde güven, aşıların etkinliği ve güvenliğine ve bunları sağlayan sisteme duyulan güven olarak tanımlanmaktadır. Bu, sağlık hizmetlerinin ve sağlık profesyonellerinin güvenilirliğini ve yeterliliğini ve ihtiyaç duyulan aşılar karar veren politika yapıcıların motivasyonlarını da içermektedir. Aşılama da rehabet faktörü, aşıyla önlenbilir hastalıkların algılanan risklerinin düşük olduğu ve aşılamanın gerekli bir önleyici eylem olarak görülmediği durumlarını ifade etmektedir. Aşılama uygunluğu, aşı alımını etkileyen fiziksel mevcudiyet, satın alma bilirlilik, ödeme istekliliği, coğrafi erişilebilirlik, anlama yeteneği (dil ve sağlık okuryazarlığı) ve aşılama hizmetlerinin cazibesi olduğunda önemli bir faktör olarak tanımlanmaktadır (SAGE Report, 2014).

Şekil 2: “3C” Aşı Tereddüt Modeli



Kaynak: SAGE Report, 2014.

Bu modele göre, bu üç faktör doğrudan aşı tereddütlerini etkilemektedir. Bunlardan güven ve uygunluk boyutunun düşük düzeyde olması, rehabet boyutunun ise yüksek düzeyde olması aşı tereddütlerinin artmasına sebep olmaktadır (SAGE Report, 2014).

Aşı tereddütlerinin çok çeşitli belirleyicileri vardır. SAGE çalışma grubu tarafından 3C Modelini esas alarak SAGE Çalışma Grubu; bağlamsal etkiler, bireysel etkiler ve grup etkileri ve aşı veya aşılama özgü etkiler olarak 3 gruba ayırarak Aşı Tereddüt Belirleyicileri Matrisini geliştirdi. Tablo 1’de bu etkiler gösterilmektedir. Ayrıca çalışma grubu, aşı tereddütlerinin nedenlerini ortaya çıkartmak için bu etkilerin araştırılması gerektiğini vurgulamaktadır (SAGE Report, 2014.).

Bağlamsal etkiler, aşı konusunda tereddütlü popülasyonları etkileyebilecek tarihi, sosyal, kültürel, çevresel, ekonomik, politik ve kurumsal faktörleri içermektedir. En yaygın olanı, aşıların ilaç şirketlerinin ekonomik ve / veya politik çıkarlarına hizmet etmek için sunulduğu korkusunu içeren komplo teorileridir. Bireysel ve grup etkileri, aşılarla ilgili kişisel algıları veya inançları ve aşıların güvenli olmadığı inancı gibi sosyal çevreden gelen etkileri içermektedir. Ebeveynler, bulaşıcı

hastalıklardan kaynaklanabilecek komplikasyonlardan ziyade, aşuların yan etkilerden korkmaktadır. Aşı veya aşılama özgül etkiler ise doğrudan aşıyla veya aşılama ile ilişkili olan etkilerdir. Bazı kişiler belirli aşılarla tıbbi bir ihtiyaç olduğunu düşünmemektedirler.

Tablo 1: Aşı Tereddüt Belirleyicileri Matrisi

Bağlamsal etkiler	a. İletişim (Facebook, twitter, bloglar gibi) ve medya ortamı
Tarihi, sosyal, kültürel, çevresel, sağlık sistemi / kurumsal, ekonomik veya politik faktörlerden kaynaklanan etkiler	b. Etkili liderler (Dini kanaat önderleri, sanatçılar, politikacılar, aile hekimleri gibi) ve aşı karşıtı veya aşı yanlısı lobiler c. Tarihsel etkiler d. Din / kültür / cinsiyet / sosyo-ekonomik etkiler (kız çocuklarına aşı yapılmaması gibi) e. Politika / politikalar f. Coğrafi engeller (sağlık hizmet sunumuna erişimeme gibi) g. İlaç endüstrisinin algısı
Bireysel ve grup etkileri	a. Ağrı ve ateş gibi yan etkilerin tecrübesi
Kişisel aşı algısından kaynaklanan etkiler veya sosyal / akran çevrenin etkilerinden kaynaklanan etkiler	b. Sağlık ve korunmaya ilişkin inançlar, tutumlar c. Bilgisizlik / farkındalık d. Sağlık sistemi ve sağlayıcılarına güvensizlik e. Risk / fayda (algılanan, sezgisel) f. Sosyal bir norm olarak aşılama ihtiyacı duymama veya zararlı bulma
Aşı veya aşılama özgül etkiler	a. Risk / fayda (epidemiolojik ve bilimsel kanıt)
Doğrudan aşı veya aşı ile ilgili	b. Yeni bir aşının veya yeni formülasyonun tanıtılması veya mevcut bir aşı için yeni bir öneri c. Yönetim şekli d. Aşılama programının tasarımı / Uygulama şekli (örneğin, rutin program veya toplu aşılama kampanyası) e. Aşı ve / veya aşılama ekipmanının güvenilirliği ve / veya tedarik kaynağı f. Aşılama programı g. Maliyetler h. Sağlık profesyonellerinin aşı tavsiye ve /veya aşı karşıtı tutumunun gücü

Kaynak: SAGE Report, 2014.



DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE AŞI TEREDDÜTLERİ

DSÖ verileri, 2018 yılında dünya çapında 142.300 kızamıkla bağlantılı ölüm olduğunu ve bu vakaların çoğunun aşılanmamış 5 yaşın altındaki çocuklar olduğunu göstermektedir. Ayrıca 2019 yılında kızamık vakalarının sayısının bir önceki yıla göre yaklaşık 3 kat fazla olduğu ve durumun kötüye gittiği bildirildi. Aşı tereddütleri ve reddi, küresel kızamık salgınının en önemli nedenleri arasındadır ve dünya çapında toplumda ve ailelerde artmaktadır (WHO, 2019; Larson ve diğ., 2015).

Dünyadaki ülkelerin yaklaşık %90'unda aşı konusunda tereddüt bildirilmiştir (Lane, MacDonald, Marti, & Dumolard, 2018). Aşı konusunda tereddütlü ailelerin yüzdesinin Fransa'da %25 ila %70 (Ward Peretti Watel, Bocquier, Seror, & Verger, 2019), Kanada'da %19 (Shen & Dubey, 2019), Suudi Arabistan'da %20 arasında (Alsubaie ve diğ., 2019) olduğu tahmin edilmektedir. Avrupa'da geniş bir örnekleme yapılan bir araştırmada, Avrupalı ailelerin %20'sinin aşığı ertelediği, %12'sinin reddettiği ve %28'inin tereddütlü olduğunu göstermektedir. Ancak aşı tereddüt oranları ülkeden ülkeye değişiyor ve seçilmiş Avrupa ülkelerinde %9 ile %42 arasında değişmektedir (Hadjipanayis ve diğ., 2020).

Son yıllarda Türkiye'de aşılanmamış çocukların sayısı da önemli ölçüde artmıştır (Azap, 2018). 2015 yılında bir aile zorunlu aşığı karşı dava açmış; ebeveynler, çocuklarının aşılanmasına izin verme veya vermeme hakkını istemişler ve davayı kazandıktan sonra çocuklarına aşı yaptırmamışlar. Bu durum gazetelerde ve sosyal medyada yayınlanmıştı. Bunu takiben, birçok dindar ve felsefi olarak aktif insanın önderlik ettiği gruplar aşılama karşıtı söylemlerini artırdılar. Bu sosyal ortamda, birçok anne-babanın çocuklarına aşı yaptırmamaya karar vermesi nedeniyle Türkiye'de aşı tereddütleri önemli bir artış göstermektedir (Yörük, Türkmen, Durgut, & Erbek, 2020). Türkiye'de çocuklarına aşı yaptırmayı reddeden aile sayısı 2011'de 183, 2014'te 1.370, 2015'te 5.091, 2016'da 12.000, 2017'de 23.600 idi (Azap, 2018). Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 verilerine göre, tam aşılanmış 12-23 aylık çocuklar 2013'te %74 iken 2018'de %67'ye gerilemiştir ve bu oranın daha da düşebileceği endişesi bulunmaktadır (Hacettepe University Institute of Population Studies, 2019).

SOSYAL MEDYA

Sosyal medya platformları, farklı içerik türleri için birden çok platformla kullanıcı toplulukları oluşturmaya, etkileşim kurmaya ve başkalarıyla paylaşmaya olanak tanıyan internet tabanlı uygulamalardır (Tablo 1). Gerçek zamanlı iletişime izin vererek, kullanıcıların halka açık söylemlere aktif olarak katılmalarına olanak tanır. Geleneksel medyanın aksine, yayınlanan içeriğin bilimsel incelemeye tabi tutulması gerekmez ve daha karmaşık bir kanıt ve kişisel görüş karışımını temsil edebilir. Sosyal medya aynı zamanda geniş kitlelere ulaşma ve bilgiyi çok hızlı yayma potansiyeli ile de karakterizedir (Puri, Coomes, Haghayan, & Gunaratne, 2020).

AŞI TEREDDÜTLERİNDE SOSYAL MEDYANIN ROLÜ

Çocukluk çağı aşıları hakkında bilgi arayan ebeveynler, geleneksel medya kanalları ve etkileşimli Web 2.0 ve çevrimiçi sosyal medya kanalları aracılığıyla aşılar hakkında yanlış ve yanıltıcı bilgilere maruz kalma konusuna daha müsaitler. Çevrimiçi ortamda aşılama hakkında yanlış bilgilerinin bolluğu, bilimsel bilgileri görmeyi engellemekle birlikte, halkın aşılama programlarına bakış açısına büyük ölçüde etkilemektedir (MacDonald ve Dube, 2020).

Tablo 2: Sosyal Medya Platformları ve Özellikleri

Sosyal Medya Platformu	Başlangıç Yılı	2018'de dünya çapında aylık aktif kullanıcı sayısı	Benzersiz Özellikler
Facebook	2004	2.26 milyar	Kullanıcıların çeşitli görüntüleri, videoları, canlı videoları, hikayeleri ve belirli sayfaları yüklemesine, paylaşmasına ve beğenmesine olanak tanıyan platform
Reddit	2005	355.00 milyon	Kullanıcıların soru, bağlantı ve resim göndermesine ve tartışmasına olanak tanıyan platform
Twitter	2006	329.5 milyon	Resimlerle birlikte Tweetlerin (yani kısa mesajların) gerçek zamanlı paylaşımına izin veren platform
Instagram	2010	1.00 milyar	Kullanıcıların resim ve kısa videolar yüklemesine, paylaşmasına ve beğenmesine olanak tanıyan resim paylaşım platformu
Pinterest	2010	246.50 milyon	Kullanıcıların kategoriler halinde düzenlenmiş farklı görsellere göz atmasına izin vererek ilham vermeyi amaçlayan platform
Snapchat	2011	255.00 milyon	Kısa videoların veya görüntülerin kişiler arasında gerçek zamanlı paylaşımına izin veren platform
Youtube	2005	1.90 milyar	Kullanıcıların video yüklemesine, favorilerine eklemesine ve paylaşmasına olanak tanıyan video paylaşım platformu
LinkedIn	2002	294.00 milyon	Sektör uzmanlarının içerik paylaşabileceği, ağ oluşturabileceği ve kişisel markalarını oluşturabileceği kariyer odaklı platform

Kaynak: Puri ve diğ., 2020.

Sosyal medya sağlık bilgileri için önemli bir kaynaktır ve aynı zamanda sağlıkla ilgili yanlış bilgilere maruz kalmaya sebep olmaktadır (Wang, McKee, Torbica, & Stuckler, 2019). Literatürde sosyal medya platformlarında, aşı içeriği çalışmalar yaygın olarak mevcuttur ve aşı içeriğinin bu platformlarda ve nasıl tasvir edildiğini karakterize eden çalışmalar da bulunmaktadır. Aşağıda birkaç çalışmanın sonucuna yer verilmiştir:

Bir araştırma sonuçlarına göre, ebeveynlerin yaklaşık %13'ü çocukları için aşıları ertelemekte veya reddetmektedirler (Glanz ve diğ., 2013). Başka bir çalışmaya göre, çocuklarını tam olarak aşılayan ebeveynlerle çocukluk aşılarını reddeden veya erteleyen ebeveynlerin karşılaştırıldığında, reddeden veya erteleyen ebeveynlerde aşı bilgileri hakkında interneti kullanma olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca sağlık uzmanlarından, sağlık departmanlarından ve devletten gelen aşı bilgilerine daha az güvendikleri görülmüştür (Downs, De Bruin, & Fischhoff, 2008).

Aşı ve aşı hakkındaki yanlış bilgilerin yayılmasında sosyal medyanın olumsuz rolü, Facebook'un anti-vaxx reklamları yasaklamasına sebep oldu (The Guradian, 2019). Halk sağlığı uzmanları ayrıca, sosyal medyadaki aşılarla ilgili yanlış bilgilerin bulaşıcı hastalıklarla mücadeledeki birikimli başarıları tehdit ettiğine ve bu konuda daha iyi politika düzenlemelerine ihtiyaç olduğuna inanmaktadır (Yang, Broniatowski, & Reiss, 2019).

Son yıllarda, sosyal medya teknolojilerini kullanan aşı odaklı web sitelerinin sayısı artmaktadır (Wilson & Keelan, 2013). İşin en kötü tarafı, bu web tabanlı kaynakların çoğu, hatalı bilgileri yaymak, tıp camiasını gözden düşürmek ve korku yaratmak için kullanılmaktadır (Kata, 2012). Bu tür serbest biçimli teknolojiler, yanlış bilgilendirme ve vandalizme de eğilimlidir. Çoğu durumda, çevrimiçi forumlar uzmanlar tarafından yönetilmemektedir ve sağlıkla ilgili bilgilerin kaynakları bilinmemektedir (Sudau ve diğ., 2014). Bu anti-aşı web sitelerinin artması, aşı ve genel olarak sağlık bilgileri için sosyal medyayı kullanmanın zorluklarını vurgulamaktadır. Ayrıca, yaygın kullanımına rağmen, aşıyla ilgili sağlık davranışını olumlu yönde etkilemek için sosyal medyayı kullanmanın kanıt temeli eksiktir (Witteman & Zikmund-Fisher, 2012).

İnfluenza aşısı, halk sağlığının en büyük başarılarından birisidir ve her yıl milyonlarca hastalığı ve binlerce ölümü engellemektedir (Rolfes, Flannery, & Chung 2019). Ancak aşı güvenliği konusunda şüpheciliği ifade eden ve sahte hasta hikayelerini anlatan aşı mesajları sosyal medyada bolca paylaşılmaktadır (Igoe, 2020).

Basch, Zybert, Reeves ve Basch, 2017'de YouTube'dan "aşı güvenliği" ve "aşılar ve çocuklar" anahtar kelimelerini kullanarak inceledikleri 87 videonun %65'inde aşı karşıtı bir eğilim olduğunu saptamışlardır. Ayrıca, incelenen videoların yalnızca %5,6'sının devlet profesyonelleri tarafından üretildiği ve %36,8'inin hiçbir bilimsel kanıtı dayanmadığı görülmüştür (Basch ve diğ., 2017).

Blankenship ve diğerleri, 2010 ile 2016 arasında "aşı" hashtag'iyle (#aşı) tweetleri analiz ederek, aşı karşıtı tweet'lerin nötr tweet'lere göre 4,13 kat daha fazla yeniden tweet atıldığını tespit ettiler (Blankenship vd., 2018). Benzer şekilde, #HPV ile 150 Instagram gönderisini analiz edilmiş ve aşı karşıtı gönderilerin önemli ölçüde daha yüksek ortalama beğeni sayısına sahip olduğunu fark edilmiştir (Basch & MacLean, 2019).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

COVID-19 salgını boyunca da aşı karşıtı sosyal medya hesapları çoğalmıştır ve bu durum COVID-19 aşısıyla ilgili aşı tereddütlerini artırmaktadır. Bu bağlamda Hernandez ve diğerleri (2021) tarafından COVID-19 aşılılarıyla ilgili 1 milyon tweet'in analiz edildiği çalışmada, öncelikle siyasi ve tıbbi olmayan Twitter kullanıcıları tarafından etkileşim alan, yüksek düzeyde kutuplaşmış ve aktif aşı karşıtı görüşler tespit edilmiştir. Buna karşılık, tweet'lerin %10'dan azı tıp camiasından kaynaklanmakta ve COVID-19 aşı tereddütlerinde yanlış bilgi yayılmasında sağlık profesyonellerinin rollerinin de az da olsa bulunduğu görülmektedir.

Bir başka çalışmada "COVID-19" ve "koronavirüs" anahtar kelimeleri aramasıyla belirlenen en iyi YouTube videoları arasında, videoların %27,5'i gerçek olmayan bilgiler içerdiğini ve halihazırda 60 milyondan fazla görüntülenmiş olduklarını belirlenmiştir (Li, Bailey, Huynh, & Chan, 2020).

Bu bağlamda, Türkiye'de aşı reddi ve aşı tereddüdü üzerine çok sınırlı sayıda ampirik çalışma yapıldığı görülmektedir. Sosyal medya platformlarında, aşı içeriği çalışması hiç bulunmamaktadır, ancak aşı reddi üzerine yapılan çalışmalarda sosyal medyanın etkisi görülmektedir.

Yakşı 2020'de Niğde'de görev yapan 125 aile sağlığı çalışanlarıyla yaptığı anket ölçeğiyle araştırmasının sonuçlarına göre, katılımcıların %69'u aşı tereddüdü yaşayan, %51'i ise aşı yaptırmayan hastaları olduğunu belirtmiştir. Ayrıca aşının içeriğine güvensizlik, bilgisizlik ve aşının zarar vereceği endişesi aşı reddine sebep olan en çok nedenler olarak saptanmıştır (Yakşı, 2020). İstanbul'da bulunan 4 ilçede aile sağlığı merkezlerinde 5 yaşında veya daha küçük çocuğu olan 276 ebeveyn üzerinde yapılan bir araştırmada, aşılarla yönelik olumsuz tutumlar, dini inanışlar, aşı ve hastalıklara hakkında bilgi yetersizlikleri aşı tereddütlerin ana nedenleri olarak saptanmıştır (Aygün ve Tortop, 2020). 2009-2018 yılları arası yapılan bir sistematik derlemenin sonuçlarına göre, Türkiye'de aşı hakkında bilgiler yüksek oranda internet sitelerinden veya sosyal medyadan düşük oranda sağlık merkezlerinden sağlanmaktadır. Bu nedenle aşılama hakkında bilgisizlik en büyük engel olarak görülmüştür (Filiz ve Kaya, 2019). Bir başka çalışmada, aşı tereddüdünün ikinci en yaygın nedeni, medyadan ve internette aşılanmanın zararlı olduğunu duymakmış ve tüm bireylerin %25'i bu tür bilgileri sosyal medyada gördüğünü belirtmişler (Özceylan, Toprak, & Esen 2020).

Sosyal medyada aşılamanın gerekli olmadığını hatta zararlı olduğunu iddia eden paylaşımların sayısı günden güne artmaktadır. Aşılamaya yönelik bu olumsuz duygular, insanların aşı olma niyetlerini etkileyebilir ve böylece aşılama oranlarında bir azalmaya yol açabilir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Aşılamaya, 20. yüzyılda sağlık alanındaki en büyük ilerlemelerden biri olarak kabul edilmektedir. İlginç bir maliyet-etkililik oranı ile hastalıkları önlemenin en etkili yolu olarak bilinir ve özellikle çiçek hastalığı ve çocuk felci gibi hastalıkların ortadan kaldırılmasına yol açmıştır.

Aşılamaya yönelik olumsuz algılar, son yirmi yılda artmış ve aşı tereddütleri olarak adlandırılan endişelerin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Aşı tereddüt kavramı, artan sayıda insanın aşı teklifini kabul etme konusundaki isteksizliğine atıfta bulunarak bilimsel çalışmalarda da görünmeye başlamaktadır.

385

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ETESAMINIA, S / BAĞCI DERİNPINAR, K)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Aşı tereddütleri, İnternet ve sosyal medya platformları ve çeşitli kaynaklardan elde edilen sağlık bilgileriyle beslenebilir. Teknolojiye erişim geliştikçe, sosyal medya küresel çapta yayılmaya başlamış. Geleneksel medyanın aksine, sosyal medya, bireylerin editoryal denetim olmaksızın hızlı bir şekilde küresel olarak içerik oluşturmalarına ve paylaşmalarına olanak tanır. Kullanıcılar, ideolojik izolasyona katkıda bulunan içerik akışlarını kendileri seçebilirler. Bu nedenle, bu tür platformlarda aşılama karşıtı mesajlarla gündeme getirilen önemli halk sağlığı endişeleri ve bunun sonucunda olumsuz aşı tereddüt potansiyeli vardır (Puri ve diğ., 2020).

Bu çalışma sosyal medyadaki yanlış aşı bilgilerinin üstesinden gelebilmek için iki yöntem önermektedir:

Sosyal Medya Platformlarından Faydalanmak

Sağlık hizmeti sağlayıcıları, aşı konusunda tereddüt eden ebeveynlerin hekim karşıtı ve kurum karşıtı duyguları barındırabileceği uyarısıyla en güvenilir bilgi kaynakları arasındadır. Bununla birlikte, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve hastalar arasındaki doğrudan iletişimin aşı endişelerini azalttığı ve genel alımı iyileştirdiği bilinmektedir (Jones ve diğ., 2012). Sağlık çalışanları, kendileri ve hastaları arasındaki iletişimi artırmak için sosyal medya platformlarını tanımalılar. Sağlık kurumları ve hükümet web siteleri de genel sosyal medya varlıklarını geliştirmelidir ve sosyal medya platformlarıyla ortaklıkları teşvik etmek, kanıta dayalı halk sağlığı stratejilerinin hızlandırılmış tanıtımı için bir araç olabilir (Oehler, 2020).

İnsanlar sosyal medyaya giderek daha fazla güvenmektedirler, bu durumda aşılamaı teşvik etmek için çevrimiçi araçlar kullanılabilir. Ancak böyle bir durumda içeriğin iyi bir şekilde analiz etmek ve kullanılan dilin net olması gerekir; bilimsel bilgilerin halka ulaştırılması aşı tartışmalarının etkisini azaltmak için iyi bir yöntemdir.

Sağlık Okuryazarlığını Geliştirmek

SAGE çalışma grubunun belirttiği gibi, aşı tereddütleri belirleyicilerinden biri uygunluktur. Bu kavram, aşı alımını etkileyebilecek birçok faktörü ifade eder ve “anlama becerisini (dil ve sağlık okuryazarlığı)” içermektedir (SAGE Report, 2014). Sağlık okuryazarlığı ise, “sağlık sistemi ile etkileşim içinde olan tıbbi bilgileri alma, anlama, uygulama ve kullanma özel kapasitesi” olarak tanımlanmaktadır (Biasio, Carducci, Fara, Giammanco, & Lopalco, 2018). Yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip olanlar, kendilerine verilen sağlık bilgilerini anlamakta ve uygun sağlık kararlarını almak için zorluk yaşadıklarından dolayı daha az sağlıklı davranışlara sahip olabilirler (Biasio, 2016). Bununla birlikte, aşı okuryazarlığının daha spesifik bir değerlendirmesi yapılmalı ve aşı savunuculuğunu güçlendirmeyi amaçlayan yeterli müdahaleleri uygulamak için sonuçları dikkate alınmalıdır. Aşı okuryazarlık becerilerinin iyileştirilmesi, aşılama oranları üzerinde olumlu bir etkiye sahip olabilir (Fokoun, 2018).

Sosyal medya aşı tereddüdünün nedeni değildir, ancak aşı karşıtı argümanların ve sahte bilginin geniş kitlelere ulaşmasında kesinlikle rol oynamaktadır. Ayrıca, yanlış bilgilerin yayılması doğru bilgilerde tereddütte neden olmakta sağlık görevlilerinin halk sağlığıyla ilgili mücadeleleri zorlaşmaktadır.

386

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(ETESAMINIA, S / BAĞCI DERİNPINAR, K)



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Sonuç olarak, dijital çağda bireyler, internet, sosyal medya platformları ve çeşitli kaynaklardan sağlık bilgilerine erişebilirler. Sosyal medya platformları küresel olarak artan popülerlik kazandıkça, aşılama karşıtı içeriğin aşı tereddüt üzerindeki etkisine ilişkin halk sağlığı endişeleri artmaktadır. Hükümetler, halk sağlığı görevlileri ve sağlık politikacıları, halkın uygun olduğunda aşılama kabul etmesi için tereddütleri ele almaya ve aşı okuryazarlığı oluşturmaya hazırlıklı olmalıdır. COVID-19 gibi yeni aşı programlarında, devlet yetkilileri tarafından açık ve tutarlı iletişim, halkın güvenini sağlamak için çok önemlidir.

KAYNAKÇA

- Alsubaie, S. S., Gosadi, I. M., Alsaadi, B.M., Albacker, N. B., Bawazir, M. A., Bin-Daud, N., et.al. (2019). Vaccine hesitancy among Saudi parents and its determinants. Result from the WHO SAGE working group on vaccine hesitancy survey tool. *Saudi Med J*, 40(12), 1242–50.
- Aygün, E. ve Tortop, H. S. (2020). Ebeveynlerin Aşı Tereddüt Düzeylerinin ve Karşıtlık Nedenlerinin İncelenmesi. *JCP*, 18:(3), 300-316.
- Azap, A. (2018). Aşı Karşıtlığının Toplumsal Sonuçları. *Toplum ve Hekim*, 33(3), 217-219.
- Basch, C. H., Zybert, P., Reeves, R. and Basch, C. E. (2017). What do popular YouTube TM videos say about vaccines? *Child Care Health Dev*, 43(4), 499.
- Basch, C. H. and MacLean, S. A. (2019). A content analysis of HPV related posts on Instagram. *Hum Vaccin Immunother*, 15(7–8), 1476–78.
- Biasio, L. R., Carducci, A., Fara, G. M., Giammanco, G. and Lopalco, P. (2018). Health literacy, emotionality, scientific evidence elements of an effective communication in public health. *Hum Vaccin Immunother*, 14 (6), 1515-1516.
- Biasio, L. R. (2016). Vaccine hesitancy and health literacy. *Hum Vaccin Immunother*, 13(3), 701–2.
- Blankenship, E. B., Goff, M. E., Yin, J., Tse, Z. TH., Fu, K. W., Liang, H., et al. (2018). Sentiment, contents, and retweets: a study of two vaccine-related twitter datasets. *Perm J*, 22, 17–138.
- Centers for Disease Control. (2021, Ocak 10). *Ten Great Public Health Achievements United States, 2001–2010*. <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6019a5.htm>.
- Chou, W. S., Oh, A. and Klein, WM. P. (2018). Addressing Health-Related Misinformation on Social Media. *JAMA*, 18;320(23), 2417-2418.
- Downs, J. S., De Bruin, W. B. and Fischhoff, B. (2008). Parents' vaccination comprehension and decisions. *Vaccine*, 26, 1595–1607.
- Filiz, M. ve Kaya, M. (2019). Aşı Reddini/Kararsızlığını/Karşıtlığını Etkileyen Faktörleri Belirlemeye Yönelik Yapılan Çalışmaların Sistemik Derlemesi. *Türk Akademik Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 2(2), 1-7.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Fokoun, C. (2018). Strategies implemented to address vaccine hesitancy in France: A review article. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 14(7), 1580–1590.
- Glanz, J. M., Wagner, N. M., Narwaney, K. J., Shoup, J. A., McClure, D. L., McCormick, et al. (2013). A mixed methods study of parental vaccine decision making and parent provider trust. *Academic Pediatrics*, 13, 481–488.
- Godlee, F., Smith, J., and Marcovitch, H. (2011). Wakefield's article linking MMR vaccine and autism was fraudulent. *BMJ*, 342, c7452.
- Greenwood, B. (2014). The contribution of vaccination to global health: Past, present and future. *Philos Trans R Soc B Biol Sci*, 369 (1645), 20130433.
- Hacettepe University Institute of Population Studies. 2018 Turkey demographic and health survey. Ankara: Hacettepe University Institute of Population Studies, T.R. Presidency of Turkey Directorate of Strategy and Budget and TÜBİTAK; 2019.
- Hadjipanayis, A., Van Esso, D., Del Torso, S., Dornbusch, H. J., Michailidou, K., Minicuci, N., et al. (2020). Vaccine confidence among parents: large scale study in eighteen European countries. *Vaccine*, 38(6), 1505–12.
- Health Policy Watch: World Leaders Tackle Vaccine Hesitancy At Global Summit. (2021, Ocak 8). <https://www.healthpolicy-watch.org/world-leaders-tackle-vaccinehesitancy-at-global-summit/>
- Hernandez, R G., Hagen, L., Walker, k., O'Leary, H. And Lengacher, C. (2021). The COVID-19 vaccine social media infodemic: healthcare providers' missed dose in addressing misinformation and vaccine hesitancy. *Hum Vaccin Immunother*, 2;17(9):2962-2964.
- Igoe, K. J. (2021, Ocak 8). Establishing the truth: Vaccines, social media, and the spread of misinformation. <https://www.hsph.harvard.edu/ecpe/vaccines-social-media-spread-misinformation/>
- Jansen Yörük, V. A., Stollenwerk, N., Jensen, H. J., Ramsay, M. E., Edmunds, W. J. and Rhodes, C. J. (2003). Measles outbreaks in a population with declining vaccine uptake. *Science*, 301(5634), 804.
- Jones, A. M., Omer, S. B., Bednarczyk, R. A., Halsey, N. A., Moulton, L. H. and Salmon, D. A. (2012). Parents' source of vaccine information and impact on vaccine attitudes, beliefs, and nonmedical exemptions. *Adv Prev Med*, 2012, 932741–48.
- Kata, A. (2012). Anti-vaccine activists, Web 2.0, and the postmodern paradigm: An overview of tactics and tropes used online by the anti-vaccination movement. *Vaccine*, 30, 3778–3789.
- Lane, S., MacDonald, E. N., Marti, M. and Dumolard, L. (2018). Vaccine hesitancy around the globe: analysis of three years of WHO/UNICEF joint reporting form data-2015–2017. *Vaccine*, 36(26), 3861–67.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Larson, H. J., Jarrett, C., Eckersberger, E., Smith, D. M. D. and Paterson, P. (2014). Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: a systematic review of published literature, 2007-2012. *Vaccine*, 32, 2150–2159.
- Larson, H. J., Jarrett, C., Schulz, W. S., Chaudhuri, M., Zhouc, Y., Dube, E., et al. (2015). The SAGE working group on vaccine hesitancy. Measuring vaccine hesitancy: the development of a survey tool. *Vaccine*, 33(34), 4165–75.
- Li, H. O., Bailey, A., Huynh, D. and Chan, J. (2020). YouTube as a source of information on COVID-19: A pandemic of misinformation? *BMJ Global Health*, 5(5), e002604.
- Macdonald, N.E. and Dube, E. (2020). Promoting immunization resiliency in the digital information age. *Can Commun Dis Rep*, 46, 20–24.
- MacDonald, N. E. (2015). Hesitancy SWGoV: vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. *Vaccine*, 33(34), 4161–4.
- Oehler, R. L. (2020). On measles, vaccination, social media activism and how to win back our role as our patients' best advocates. *Clinical Infectious Diseases*, 70(2), 338-340.
- Özceylan, G., Toprak, D. and Esen, E. S. (2020). Vaccine rejection and hesitation in Turkey. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(5), 1034-1039.
- Pluviano, S., Watt, C. and Della Sala, S. (2017). Misinformation lingers in memory: Failure of three provaccination strategies. *PLoS ONE*, 12, e0181640.
- Puri, N., Coomes, E. A. Haghbayan, H. and Gunaratne, K. (2020) Social media and vaccine hesitancy: new updates for the era of COVID-19 and globalized infectious diseases. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(11), 2586-2593.
- Rolfes, M. A., Flannery, B. and Chung, J. R. (2019). Effects of influenza vaccination in the United States during the 2017–2018 influenza season. *Clin Infect Dis*, 69 (11),1845–53.
- Report of the SAGE Working Group on vaccine hesitancy, SAGE, 2014. (2021, Ocak 12). http://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKIG_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
- Shen, S. C. and Dubey, V. (2019). Addressing vaccine hesitancy: clinical guidance for primary care physicians working with parents. *Can Fam Physician*, 65,175–81.
- Sudau, F., Friede, T., Grabowski, J., Koschack, J., Makedonski, P. and Himmel W. (2014). Sources of information and behavioral patterns in online health forums: Observational study. *Journal of Medical Internet Research*, 16(1), e10.
- The Guradian. (2021, Ocak 12). *Facebook to ban anti-vaxx ads in new push against 'vaccine hoaxes'*. <https://www.theguardian.com/technology/2019/mar/07/facebook-anti-vaxx-vaccine-hoax-ads>.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

- Wang, Y., McKee, M., Torbica, A. and Stuckler, D. (2019). Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. *Social Science & Medicine*, 240,112552.
- Ward, J. K., Peretti Watel, P., Bocquier, A., Seror, V. and Verger, P. (2019). Vaccine hesitancy and coercion: all eyes on France. *Nat Immunol*, 20 (10), 1257–59.
- Wilson, K. and Keelan, J. (2013). Social media and the empowering of opponents of medical technologies: The case of anti-vaccinationism. *Journal of Medical Internet Research*, 15, e103.
- Witteman, H. O. and Zikmund-Fisher B. J. (2012). The defining characteristics of Web 2.0 and their potential influence in the online vaccination debate. *Vaccine*, 30, 3734–3740.
- World Health Organization (2018). Assessment report of the Global Vaccine Action Plan: strategic advisory group of experts on immunization: World Health Organization.
- World Health Organization (2021, Ocak 16): Ten threats to global health in 2019. <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- Yang, Y. T., Broniatowski, D. A. and Reiss, D. R. (2019). Government Role in Regulating Vaccine Misinformation on Social Media Platforms. *JAMA Pediatr*, 173 (11), 1011-1012.
- Yakşı, N. (2020). Aile sağlığı merkezi çalışanlarının aşı reddi konusundaki düşünceleri ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Turk J Public Health*, 18(3), 143-154.
- Yörük, S., Türkmen, H., Durgut, A. and Erbek, M. (2020). Vaccine mistrust among family healthcare professionals and vaccine hesitancy in the communities they serve in Turkey in 2019: a cross-sectional study. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(12), 3155-3162.



COVID-19'A YÖNELİK TUTUM VE DAVRANIŞLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE BİR UYGULAMA

EVALUATION OF ATTITUDES AND BEHAVIORS TOWARDS COVID-19 AND AN APPLICATION

Öğr. Gör. Figen ÖZŞAHİN

Avrasya Üniversitesi, figen.ozsahin@avrasya.edu.tr, orcid.org/0000-0001-9227-4938

Öğr. Gör. Dr. Ayşe Nihan ARIBAŞ

Aksaray Üniversitesi, nihan_dinc85@hotmail.com, orcid.org/0000-0002-5142-874X

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (09.04.2021-12.07.2021)

Öz

Bu araştırma, Covid-19'a yönelik tutum ve davranışların değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini Trabzon ve Konya illerinde ikamet etmekte olan kişiler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini tesadüfi örneklem yöntemiyle seçilen ve araştırmaya katılmayı kabul eden 667 kişi oluşturmaktadır. Veriler, kartopu örneklem yöntemiyle ve Google anket kullanılarak; Demografik Bilgi Formu, Covid-19 İçin Tutum ve Davranışların Belirlenmesine Yönelik Soru Formu, Covid-19'un önlenmesi ve kontrolüne yönelik tutumlar ölçeği ve Covid-19 önleme ve kontrolüne ilişkin davranış düzeyi ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Verilerin analizinde betimsel istatistikler, t testi, Anova testi kullanılmıştır. Araştırmaya katılanların %65,7 si kadın ve %58,2'si 18-30 yaş aralığında olup; %40'ı öğrenci ve %36,4'ü ön lisans mezunudur. Ayrıca, Covid-19'a yönelik tutumlar toplam puan ortalaması 42,33±5,70 ve Covid-19'a yönelik davranışlar toplam puan ortalaması 26,82±2,14'tür. Bu bulguya dayanarak, araştırmaya katılan kişilerin Covid-19'a yönelik tutum ve davranışlarının iyi düzeyde olduğu söylenebilir. Yapılan karşılaştırmalarda, yaşanılan yer, toplu ortamlara girme endişesi, ölüm kaygısı ve cinsiyet değişkenlerinin Covid-19'a yönelik tutum ölçek puanlarını etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca, Covid-19'a yönelik davranış ölçek puanlarını ise cinsiyet, eğitim durumu, toplu ortamlara girme endişesi ve ölüm kaygısı değişkenlerinin etkilediği belirlenmiştir. Genel olarak demografik değişkenlerin Covid-19 İçin Tutum ve Davranışları etkilediği görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: covid-19, tutum, davranış



Abstract

This research was conducted as a descriptive study in order to evaluate the attitudes and behaviors towards Covid-19. The population of the research consists of people residing in the provinces of Trabzon and Konya. The sample of the research consists of 667 people who were chosen by random sampling method and agreed to participate in the research. Data were collected by snowball sampling method and using Google survey; Demographic Information Form, Questionnaire for Determining Attitudes and Behaviors for Covid-19, Attitudes Scale for Prevention and Control of Covid-19, and Behavior Level Scale for Covid-19 Prevention and Control were collected. Descriptive statistics, t test, Anova test were used in the analysis of the data. 65.7% of the participants in the research are women and 58.2% are between the ages of 18-30; 40% of them are students and 36.4% of them are associate degree graduates. In addition, the total mean score of attitudes towards Covid-19 is 42.33 ± 5.70 and the total mean score of behaviors towards Covid-19 is 26.82 ± 2.14 . Based on this finding, it can be said that the attitudes and behaviors of the people participating in the study towards Covid-19 are at a good level. In the comparisons, it was determined that the place of residence, the anxiety of entering public environments, death anxiety and gender variables affect the attitude scale scores towards Covid-19. In addition, it was determined that the behavioral scale scores for Covid-19 were affected by the variables of gender, education level, fear of entering public environments, and death anxiety. In general, it is seen that demographic variables affect Attitudes and Behaviors for Covid-19.

Keywords: covid-19, attitude, behavior

GİRİŞ

Covid-19 2019 yılının son aylarında Çin’de ortaya çıkan ve bütün dünyayı tehdit eden, dolayısıyla hayatın her alanında herkesi zorluklarla karşı karşıya bırakan bir salgındır. Covid-19’dan korunmak, bu salgının bilincinde olarak hayatı idame ettirmeye çalışmak ise oldukça zor ve meşakkatli bir süreçtir. Bu süreçten en az hasar ile çıkabilmek ve sağlığı koruyabilmek, gerekli tedbirlerin alınması, hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgi sahibi olunarak doğru tutumlar geliştirip bu tutumlara uygun davranmayı gerektirmektedir. Bu nedenle, günümüzün en önemli sorunlarından ve dolayısıyla da en güncel konularından birisi olan Covid-19’a yönelik tutum ve davranışların değerlendirilmesini içeren bu çalışma planlanmıştır.

Covid-19

Tarih boyunca sürekli olarak görülmekte olan hastalık ve salgınlara rağmen, sağlık hizmetlerindeki iyileşmeleri ve küresel salgınlara neden olan durumları kavramak, bu hastalıkların etkilerini azaltma konusunda önemli bir araçtır (Türken ve Köse, 2020).

Daha önceki senelerdeki araştırmalar ve bilim insanları tarafından yayınlanan raporlara göre; küreselleşen dünyada salgınların giderek artacağını ve bu salgınlardan dünyadaki tüm toplumların etkileneceği önceden tahmin edilmiştir. Bu nedenle, salgınların nereden çıkacağı, ne zaman veya nasıl meydana geleceği öngörülememektedir. Ancak, bu salgınların ne kadar şiddetli olacağını; siyasi karar mekanizmalarının durumu ne şekilde yöneteceği ve hangi sağlık yönetim araçlarının kullanılacağını ortaya koyacaktır. Çok eski tarihlerde, çok sayıda insanın ölümüne yol açmış ve günümüzde tamamen yok edildiği düşünülen hastalıklar bile yeniden ortaya çıkarak birbirinden farklı bölgelerde yaşayan insanların hayatlarını tehdit etmeye devam etmektedir. Dikkat edilmesi gereken şudur; her nerede olunursa olunsun, dünya üzerinde hastalıkların tümünün tedavisinde, dünya kamuoyunun ortak bir us ve mesuliyet ile bir araya gelmek suretiyle daha fazla yayılma göstermeden bu salgınlara müdahale edebilmesidir (Budak ve Korkmaz, 2020).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

COVID-19, ilk olarak Çin'in Vuhan Eyaleti'nde, 2019 yılının Aralık ayının sonlarında belirti (ateş, öksürük, nefes darlığı) gösteren kişiler üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda 13 Ocak 2020 tarihinde tanımlanan bir virüs olup, önce Vuhan eyaletinde yer alan deniz ürünleri ve hayvan pazarında bulunanlarda tespit edilmiştir. Daha sonra insandan insana bulaşarak Vuhan başta olmak üzere önce diğer şehirlere ve eyaletlere, daha sonra diğer dünya ülkelerine yayılmıştır. Koronavirüs ailesi hayvanlar ya da insanlarda hastalık oluşturabilen oldukça büyük bir virüs ailesidir. İnsanlarda, birkaç koronavirüsün soğuk algınlığından Orta Doğu Solunum Sendromu (MERS) ve Şiddetli Akut Solunum Sendromu (SARS) gibi daha şiddetli hastalıklara kadar solunum yolu enfeksiyonlarına neden olduğu bilinmektedir. Bu hastalığa, SAR-CoV-2 virüsü neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021).

COVID-19 tıpkı dünyada daha önce görülmüş salgınlarda olduğu gibi, bireyin, bütün dünyada toplum sağlığı üzerinde tehdit oluşturabilecek bir virüs taşıyıcısına evrilebileceğini göstermiştir. Bu salgına sebep olan durumların yok edilmesi, benzer salgınların önüne geçebilmekte ama başka nedenden ötürü yine aynı yerde ya da daha başka bir yerde meydana gelebilecek olan başka bir salgına karşı hassasiyet aynen devam edecektir. Bu hassasiyetin giderilmesi, taşıyıcı olan kişinin, salgın döneminde ne kadar süreceği belli olmayan bir zaman dilimi için bir süre gözetim altında tutulması ve kısmi olarak özgürlüklerin kısıtlanmasını gerektirmektedir. COVID-19'un, yol açtığı ya da açacağı tahribatın boyutları henüz tahmin edilememektedir, ancak bu tahribatın boyutları ne ve ne kadar olursa olsun, bundan sonraki süreçte, diğer açılardan olduğu gibi uluslararası ilişkiler bakımından da ne gibi etkiler yaratacağı ile ilgili olarak yapılacak olan analizlerde, COVID-19 krizi referans gösterilecektir. COVID-19 kaynaklı krizin şu anki hali ile oluşturduğu tehdidin kişilerden ulusal yapılanmalara, devletlerden uluslararası sistemin yapı ve işleyişine kadar birçok yansımaya olacaktır (Arslan ve Karagül, 2020: 4).

COVID-19 pandemisi, bir pandeminin belirsizlik, değişen koşullar ve hızla değişen öneriler gibi birçok özelliğini göstermektedir. Sağlık hizmeti hasta hastaların sayısı kadar yeterli kadar baş edemiyorsa, kaynakların sorumlu bir şekilde planlanması ve tahsisi önemli bir konu haline gelir ve onlara optimum bakım sağlamaktadır. Koronavirüs hastalığı (COVID-19), yeni keşfedilen bir koronavirüsün sebep olduğu bulaşıcı bir hastalıktır ve bu virüs ile enfekte olan birçok birey, hafif ya da orta derecede solunum yolu hastalığı yaşamakta ve özel tedavi gerektirmeden iyileşmektedir. Yaşlılar ve kardiyovasküler hastalık, diyabet, kronik solunum hastalığı ve kanser gibi altta yatan tıbbi sorunları olan bireylerin hastalığı ciddi geçirme olasılığı daha yüksektir. Bulaşmayı önlemenin ve hızını kesebilmenin en iyi yolu, COVID-19 virüsünün sebep olduğu hastalık konusunda ve bu virüsün nasıl yayıldığı hakkında halkın bilgilendirilmesidir (WHO, 2020). COVID-19, herkesi farklı şekilde etkilemektedir. Enfekte olan kişilerin çoğu hafif veya orta derecede hastalanıp, hastaneye yatmadan iyileşmektedir. Hastalığın birçok semptomu bulunmaktadır ancak en yaygın semptomları; ateş, kuru öksürük ve yorgunluktur. Daha az yaygın olan semptomlar ise; ağrı ve sızılar, boğaz ağrısı, ishal, konjonktivite, baş ağrısı, tat veya koku kaybı, ciltte kızarıklık veya el veya ayak parmaklarında renk değişikliğidir. Bunun yanı sıra nefes almada zorluk veya nefes darlığı, göğüs ağrısı, konuşma veya hareket kaybı gibi ciddi belirtiler de bulunmaktadır. Virüs bulaşan kişide semptomların ortaya çıkması ortalama 5-6 gün sürmekte ama bu süre bazen 14 güne kadar da uzayabilmektedir (WHO, 2020).

Aşılama, kişileri zararlı hastalıklara yakalanmamak için koruyan kolay, güvenilir ve etkili bir yol olup, belirli enfeksiyonlara direnç sağlayabilmek için vücudun doğal savunma mekanizmasını harekete geçirerek bağışıklık sistemini güçlendirmektedir. Bir hastalığa yakalanıldığında olduğu gibi, bağışıklık sistemini antikor oluşumu konusunda eğitmektedir. Ayrıca aşılar, sadece virüsler ya da bakteriler gibi öldürülmüş veya zayıflatılmış mikrop türleri içerdiğinden, herhangi bir hastalığa



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

ve komplikasyona neden olmamaktadır. Birçok aşı, Aşıların çoğu enjeksiyon ile yapılmakta olup, ancak bazıları oral yolla verilmekte ya da burnun içine doğru püskürtülmektedir (WHO, 2021). Şu anda, bütün dünya Covid-19 salgınının ortasında bulunmaktadır ve DSÖ ve ortakları pandemiye takip etmek, kritik müdahaleler ile ilgili tavsiye vermek, ihtiyaç sahibi kişilere tıbbi malzeme temin etmek ve güvenli ve etkili aşılar geliştirip bu aşuların uygulanmasını sağlamak için yarış halindedir. Aşular, hedef aldıkları bakteri ve virüsleri tanıyıp onlarla daha etkin şekilde savaşabilme konusunda bağışıklık sistemini hazırlayarak milyonlarca insanın hayatını kurtarmaktadır. Aşular uygulandıktan sonra ise, vücutta hastalığa neden olacak olan mikroplar görülmesi durumunda, bu mikropları yok ederek hastalıkları önlemektedir. Dünyada 18 Şubat 2021 tarihinden itibaren en az yedi farklı aşı piyasa sürülmüş olup, bununla birlikte sayısı 200'ü bulan ve 60 adetten çoğu henüz geliştirme aşamasında bulunan aşı bulunmaktadır. Dünya çapındaki verilere bakıldığında, 18 Mart 2021 tarihi itibarıyla, DSÖ'ye 2.674.078 ölüm dahil olmak üzere 120.915.219 tanesi doğrulanmış olmak üzere toplam COVID-19 vakası bildirilmiş olup, 15 Mart 2021 tarihi itibarıyla toplam 363.691.238 doz aşı uygulanmıştır. (WHO, 2021).

Araştırmanın Problemi ve Amacı

Araştırmanın problemi katılımcıların Covid-19 pandemisi ile ilgili tutum ve davranışlarının ortaya konmasıdır. Araştırmanın alt problemi ise Covid-19 ile ilgili tutum ve davranışların demografik değişkenler (yaş, cinsiyet, medeni durum, aile geliri, ailedeki birey sayısı, yaşanılan yer, eğitim durumu, meslek, aile bireylerine hastalık bulaştırma korkusu ve ölüm kaygısı) bakımından istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin incelenmesidir.

Bu araştırmada katılımcıların Covid-19'a yönelik tutum ve davranışlarının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur;

H0: Katılımcıların Covid-19'a yönelik tutumları yeterli düzeydedir.

H1: Katılımcıların Covid-19'a yönelik davranışları yeterli düzeydedir.

H2: Yaş, Covid-19'a yönelik tutumların algılanmasında istatistiki olarak anlamlı farklar ortaya koymaktadır.

H3: Cinsiyet Covid-19'a yönelik tutumların algılanmasında istatistiki olarak anlamlı farklar ortaya koymaktadır.

H4: Yaşanılan yer, Covid-19'a yönelik tutumların algılanmasında istatistiki olarak anlamlı farklar ortaya koymaktadır.

H5: Toplu ortamlara girme endişesi, Covid-19'a yönelik tutumların algılanmasında istatistiki olarak anlamlı farklar ortaya koymaktadır.

H6: Ölüm kaygısı, Covid-19'a yönelik tutumların algılanmasında istatistiki olarak anlamlı farklar ortaya koymaktadır.

H7: Yaş, Covid-19'a yönelik davranışların algılanmasında istatistiki olarak anlamlı farklar ortaya koymaktadır.

H8: Cinsiyet Covid-19'a yönelik davranışların algılanmasında istatistiki olarak anlamlı farklar ortaya koymaktadır.

H9: Eğitim durumu, Covid-19'a yönelik davranışların algılanmasında istatistiki olarak anlamlı farklar ortaya koymaktadır.

H10: Toplu ortamlara girme endişesi, Covid-19'a yönelik davranışların algılanmasında istatistiki olarak anlamlı farklar ortaya koymaktadır.

H11: Ölüm kaygısı, Covid-19'a yönelik davranışların algılanmasında istatistiki olarak anlamlı farklar ortaya koymaktadır.



YÖNTEM

Araştırmanın Türü

Bu araştırma, Covid-19'a yönelik tutum ve davranışların ortaya konması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Türkiye'de Trabzon ve Konya illerinde ikamet eden kişiler oluşturmakta olup, örneklem ise araştırmaya katılmayı kabul edip, ölçekleri eksiksiz dolduran 667 kişiden oluşmaktadır. Verilerin toplandığı tarihlerde araştırmaya katılmak için gönüllü olan, anket ve ölçekleri eksiksiz dolduran kişiler araştırmaya dahil edilmiştir.

Veri Toplama Araçları

Soru Formu: 9 maddeden oluşan katılımcıların demografik, sosyo-ekonomik özelliklerini içeren bir formdur.

Anket formu: Araştırmada, Srichan ve arkadaşları (2020) tarafından COVID-19'a yönelik tutum ve davranışları ortaya koymak için geliştirilen anket formu kullanılmıştır. Anket formu 2 kısımdan ve 28 maddeden oluşmaktadır ve orijinal çalışmadaki sorumlu yazar T. Apidechkul ile iletişim kurularak izin alınmış ve önce Türkçe'ye çevrilmiş, daha sonra ise iki dildeki formlar eşitlenerek anlam farklılığı ortadan kaldırılmıştır (Beaten ve ark., 2000'den aktaran: Ceyhan ve Uzuntarla, 2020).

Bölüm I COVID-19'un önlenmesi ve kontrolüne ilişkin tutum düzeyi: Ölçekte, Katılımcıların, COVID-19'a ilişkin tutumlarını ortaya koymak için 5 tanesi negatif ifade içeren, 10 madde yer almaktadır. Sorular, "Tamamen katılmıyorum" "Tamamen katılıyorum" arasında en düşük 1, en yüksek 5 puan olacak şekilde derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan puanlar şu şekilde değerlendirilmektedir; 0-26 puan arası alanlar zayıf, 26-40 arasında puan alanlar orta, 41 ve üzeri puan alanlar ise iyi seviyede tutuma sahip olarak değerlendirilmeye alınmaktadır (Srichan ve ark., 2020'dan aktaran: Ceyhan ve Uzuntarla, 2020).

Bölüm II COVID-19'un önlenmesi ve kontrolüne ilişkin davranış düzeyi: Ölçekte, katılımcıların COVID-19'a yönelik yanıt verme davranışlarının ölçümü için 3'lü likert tarzında, 3 tane negatif ifade içeren 10 madde yer almaktadır. Sorular sırasıyla "her zaman" için ve "asla" arasında en yüksek 3, en düşük 1 puan olacak şekilde puanlandırılmıştır. 0-16 puan arası puan alanlar zayıf, 16-24 puan arası alanlar orta, 25 ve üzeri puan alanlar ise davranış düzeyi yüksek olarak değerlendirilmektedir (Srichan ve ark., 2020'dan aktaran: Ceyhan ve Uzuntarla, 2020).

Verilerin Toplanması

Araştırma verileri online anket yöntemi ile 25.02.2021-15.03.2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için 'Aksaray Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu' ndan yazılı izin alınmıştır (Tarih: 22/02/2021 ve no: 2021/01-112).

Verilerin Analizi

Verilerin istatistiksel analizi, SPSS 24 paket programı ile gerçekleştirilmiştir. Yapılan normal dağılım analizi sonuçlarına göre verilerin normal dağılmadığına karar verilmiştir ($p>0,05$). Verilerin değerlendirilmesinde frekans, toplam puan, ortalama gibi betimsel istatistikler ve demografik değişkenler ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığının

ortaya konması için t testi ve ANOVA testleri kullanılmıştır. Covid'e yönelik tutum ve davranış ölçeğinin güvenilirliği .74'tür.

BULGULAR

Tablo 1'de katılımcıların demografik özellikleri belirtilmiştir.

Tablo 1: Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=677)

Demografik Özellikler		n	%
Yaş	18-30	388	%58,2
	31-43	129	%19,3
	44-56	65	%9,7
	57-70	85	%12,7
Cinsiyet	Kadın	438	%65,7
	Erkek	229	%34,3
Medeni durum	Bekar	382	%57,3
	Evli	285	%42,7
Aile geliri	0-3000 tl	238	%35,7
	3001-6000 tl	227	%34,0
	6001 ve üzeri	202	%30,3
Ailedeki birey sayısı	1-3 birey	266	%39,9
	4-6 birey	365	%54,7
	7 ve üzeri	36	%5,4
Yaşanılan yer	Köy/kasaba	56	%8,4
	İlçe	117	%17,5
	İl	494	%74,1
Eğitim durumu	İlköğretim	12	%1,8
	Lise	69	%10,3
	Ön lisans	243	%36,4
	Lisans	234	%35,1
	Lisansüstü	109	%16,3
Meslek	Ev hanımı	37	%5,5
	Serbest meslek	26	%3,9
	Kamu çalışanı	164	%24,6
	Özel sektör çalışanı	65	%9,7
	Emekli	63	%9,4
	Öğrenci	268	%40,2
	İşsiz/çalışmıyor	44	%6,6
Aileye hastalık bulaştırma korkusu	Endişe duyuyorum	602	%90,3
	Endişe duymuyorum	37	%5,5
	Kararsızım	28	%4,2
Ölüm kaygısı	Evet	326	%48,9
	Hayır	252	%37,8
	Kararsızım	89	%13,3

Araştırmaya katılanların %65,7'si kadın, %57,3'ü evli, %36,4'ü ön lisans öğrencisi/mezunu, %40,2'si ise öğrencidir. Ayrıca katılımcıların, %74,1'inin yaşadığı yer il, %54,7'sinin ailesindeki birey sayısı 4-6 arasında, %35,7'sinin aile geliri 0-3000 tl arasında olup, %90,3'ü toplu ortamlara girmekten dolayı ailesine hastalık bulaştırmaktan endişe duymakta ve %48,9 'u korona virüsten dolayı ölüm kaygısı yaşamaktadır (Tablo 1).

Tablo 2' de katılımcıların tutum ve davranış ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları belirtilmiştir.

Tablo 2. Ölçek Puan Ortalamaları

Ölçek	X±SS	Min- Max
Covid-19'a Yönelik Tutum Ölçeği	42,33±5,70	19-50
Covid-19'a Yönelik Davranış Ölçeği	26,82±2,14	13-30

Katılımcıların Covid-19'a yönelik tutum puan ortalamaları incelendiğinde; Covid-19'a yönelik tutumlar toplam puan ortalaması 42,33±5,70 ve Covid-19'a yönelik davranışlar toplam puan ortalaması 26,82±2,14'tür (Tablo 2).

Tablo 3'te katılımcıların covid-19'a yönelik tutum ve davranış puan ortalamalarını etkileyen faktörler belirtilmiştir.

Tablo 3. Katılımcıların Covid-19'a Yönelik Tutum ve Davranış Puan Ortalamalarını Etkileyen Faktörler

Değişkenler		Covid'e Yönelik Tutum Ölçeği X		Covid'e Yönelik Davranış Ölçeği X	
		SS		SS	
Yaş	18-30	42,29	6,05	26,75	2,32
	31-43	42,24	5,58	26,86	2,06
	44-56	42,90	5,55	26,87	1,70
	57-70	42,23	4,21	27,09	1,58
	X ^{2*}	2,071		0,646	
	p	0,558		0,886	
Cinsiyet	Kadın	42,91	5,24	27,02	1,93
	Erkek	41,23	6,36	26,44	2,44
	Z*	-3,026		-2,207	
	p	0,002		0,007	
Medeni durum	Bekar	42,39	5,83	26,79	2,36
	Evli	42,27	5,53	26,87	1,80
	Z*	-0,539		-1,095	
	p	0,590		0,007	
Aile geliri	0-3000 tl	41,86	6,03	26,53	2,37
	3001-6000 tl	42,90	5,21	26,96	1,83
	6001 ve üzeri	42,26	5,80	27,01	2,13
	X ^{2*}	2,677		3,555	
	p	0,262		0,169	
Ailedeki birey sayısı	1-3 birey	42,56	5,64	26,94	1,83
	4-6 birey	42,30	5,52	26,77	2,25
	7 ve üzeri	40,97	7,65	26,50	2,94
	X ^{2*}	1,162		0,094	
	p	0,559		0,954	
Yaşanılan yer	Köy/kasaba	40,52	6,61	26,37	2,31
	İlçe	43,10	5,43	26,98	2,09
	İl	42,39	5,61	26,84	2,12
	X ^{2*}	7,979		2,425	
	p	0,019		0,298	
	Eğitim durumu	İlköğretim	42,75	4,20	25,83
Lise		42,62	5,77	26,73	2,57
Ön lisans		42,55	5,85	26,95	2,16
Lisans		41,83	6,15	26,64	2,18
Lisansüstü		42,70	4,28	27,11	1,65
X ^{2*}		2,244		9,787	
p		0,691		0,044	

Meslek	Ev hanımı	42,21	6,17	26,40	2,80
	Serbest meslek	39,30	6,47	25,34	3,61
	Kamu çalışanı	42,04	5,72	26,85	1,74
	Özel sektör çalışanı	43,38	5,93	26,64	2,13
	Emekli	42,36	4,55	27,23	1,90
	Öğrenci	42,73	5,49	26,98	2,09
	İşsiz/çalışmıyor	41,31	6,66	26,70	1,97
	X ^{2*}	11,907		12,172	
p	0,064		0,058		
Hastalık bulaştırma korkusu	Endişe duyuyorum	43,00	5,12	27,05	1,90
	Endişe duymuyorum	35,78	7,32	25,10	3,09
	Kararsızım	36,75	6,80	24,17	2,66
	X ^{2*}	54,226		53,882	
	p	0,000		0,000	
Ölüm kaygısı	Evet	43,98	4,92	27,33	1,75
	Hayır	40,35	6,16	26,27	2,48
	Kararsızım	41,91	5,15	26,55	1,95
	X ^{2*}	58,416		35,543	
	p	0,000		0,000	

Tablo 3'e göre; Covid' e yönelik tutumlar puanları incelendiğinde, tutumlar ile yaş, medeni durum, aile gelir düzeyi, ailedeki birey sayısı, eğitim durumu ve meslek arasında istatistiksel olarak anlamlı farka rastlanmamıştır ($p>0,05$). Ayrıca, Covid-19'a yönelik tutumlar puan ortalamaları ile cinsiyet, yaşanılan yer, toplu ortamlara girmekten dolayı aile bireylerine hastalık bulaştırma endişesi ve ölüm korkusu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farka rastlanmıştır ($p<0,05$).

Covid-19'a yönelik davranışlar puanları incelendiğinde ise yaşa, medeni duruma, aile gelir düzeyine, ailedeki birey sayısına, yaşanılan yer ve mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Covid-19'a yönelik davranışlar puan ortalamalarının cinsiyete, eğitim durumuna, toplu ortamlara girmekten dolayı aile bireylerine hastalık bulaştırma endişesi ve ölüm korkusuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyayı tehdit eden ciddi bir sorunla karşı karşıya kalınması herkesi önce şaşırtmış daha sonra kaygılandırmıştır. Ayrıca, Acar (2020)'ye göre bu ölümcül salgının daha geniş alanda etkili olmaya başlamasıyla beraber bütün dünyada, özellikle solunumla ilgili sağlık malzemelerine olan talebin daha da artacağı ve virüsün dünya ekonomisi üzerinde yıkıcı etkilerinin olacağı görüşü hâkimdir. Bu gibi gelişmelere paralel olarak, herkes, doğru bilgiye ulaşma çabası içine girmiş ve kendini nasıl koruyacağını araştırmaya başlamıştır. Covid-19 ile ilgili bilgi sahibi olma, tutum ve davranışların tutarlı ve olumlu olması, bu hastalık ile başa çıkma ve bu hastalıktan korunmak için vazgeçilmez unsurlardır. Dünyanın Covid-19 pandemisinden biran önce kurtulabilmesi için herkesin bilinçli ve konuyla ilgili detaylı bilgi sahibi olması gerekmektedir. Bu çalışma Covid-19'a yönelik bilgi, tutum ve davranışların değerlendirilmesi amacıyla planlanmıştır.

Araştırma sonuçlarına göre; araştırmaya katılanların %65,7'si kadın, %57,3'ü evli, %36,4'ü ön lisans öğrencisi/mezunu, %40,2'si öğrencidir. Ayrıca katılımcıların, %74,1'inin yaşadığı yer il, %54,7'sinin ailesindeki birey sayısı 4-6 arasında, %35,7'sinin aile geliri 0-3000 tl arasında olup, %90,3'ü toplu ortamlara girme sonucu ailesine hastalık bulaştırmaktan endişe duymakta ve %48,9 'u hastalık temelli ölüm kaygısı yaşamaktadır. Araştırmaya katılanların, Covid-19'a yönelik tutum puan ortalamaları incelendiğinde; Covid- 19'a yönelik tutumlar toplam puan ortalaması $42,33\pm 5,70$



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

ve davranışlar toplam puan ortalaması $26,82 \pm 2,14$ 'tür. Bu bulgulara göre katılımcıların Covid-19 ile ilgili tutum ve davranışlarının iyi düzeyde olduğu sonucuna varılmıştır.

Covid 19'a yönelik tutum ve davranış ölçekleri ile demografik değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı incelenmiştir. Covid-19' a yönelik tutumlar puan ortalamalarının cinsiyete, yaşanılan yere, toplu ortamlardan dolayı aile bireylerine hastalık bulaştırma endişesi ve ölüm korkusuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Kadınların Covid-19'a yönelik tutumlarının erkeklerden, ilde ve ilçede yaşayanların, köy/kasabada yaşayanlardan, toplu ortamlara girerek ailesine hastalık bulaştırmaktan endişe duyanların, endişe duymayanlardan ve bu konuda kararsız kalanlardan ve hastalık kaynaklı ölüm kaygısı yaşayanların yaşamayanlardan ve bu konuda kararsız olduğunu belirtenlerden ve kararsız kalanların ölüm kaygısı yaşamayanlardan daha iyi düzeyde olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu durum, kadınların erkeklerden hijyen ve hastalık ile ilgili olarak daha duyarlı davranışları, büyük şehirlerde yaşayanların köy ve kasaba gibi daha küçük yerlerde yaşayanlara göre kalabalık ortamlarda daha fazla bulunmak zorunda kalmaktan ötürü kendilerini daha tedirgin hissetmeleri ve bu konuda endişelerinin daha fazla olması nedeniyle de daha fazla ölüm kaygısı taşımaları ile açıklanabilmektedir.

Covid-19'a yönelik davranışlar puanları incelendiğinde, yaşa, medeni duruma, aile gelir düzeyine, ailedeki birey sayısına, yaşanılan yer ve mesleğe göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p > 0,05$); ayrıca Covid-19'a yönelik davranışlar puan ortalamalarının cinsiyete, eğitim durumuna, toplu ortamlara girmekten dolayı aile bireylerine hastalık bulaştırma endişesi ve ölüm korkusuna göre istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$) (Tablo 3). Kadınların Covid-19'a yönelik davranışlarının erkeklerden lisans, ön lisans ve lise mezunlarının ilköğretim mezunlarından, toplu ortamlara girmekten dolayı ailesine hastalık bulaştırmaktan endişe duyanların, endişe duymayanlardan ve Covid-19 kaynaklı ölüm kaygısı yaşayanların yaşamayanlardan ve bu konuda kararsız olduğunu belirtenlerden daha iyi düzeyde olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Bu durum kadınların evde ve iş hayatında temizlik konusunda erkeklerden biraz daha dikkatli ve takıntılı olmaları, eğitim düzeyi arttıkça Covid-19 ile ilgili farkındalığın daha fazla olması, Covid-19 ile ilgili endişe duyanların davranışlarına diğerlerinden daha fazla dikkat etmeleri ve dolayısıyla daha fazla ölüm korkusu yaşamaları ile açıklanabilmektedir.

Covid 19 ile ilgili yapılan çalışmalardan tutum ve davranışları ölçen çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle araştırmamıza demografik değişkenler bakımından benzerlik ve farklılık gösteren çalışmalar ele alınmıştır. Ekiz vd., (2020)'nin çalışmasından elde edilen bulgulara göre; araştırmamızdan farklı olarak katılımcılar orta düzeyde sağlık kaygısına sahiptir ve katılımcıların Covid-19 salgınına yönelik kontrol algılarının, eğitim ve yaş değişkeni ile birlikte sağlık kaygısı düzeylerinden etkilendiği de gözlemlenmiştir. Başka bir çalışmadan elde edilen bulgular; kaygı düzeyini etkileyen bağımsız değişkenler arasında araştırmamıza benzer olarak cinsiyet ve araştırmamızdan farklı olarak medeni durum, çocuklu olma durumu, Covid-19'lu hastayla doğrudan teması olup olmaması ve temas süresi bakımından anlamlı farklılıklar bulunduğunu göstermektedir (Sakaoğlu vd., 2020). Ayrıca, Söğüt ve arkadaşlarının (2020) Türkiye'deki ebeler öğrencileri üzerinde gerçekleştirmiş oldukları çalışmadan, elde edilen bulgular; salgın esnasında hastaneye gelenler ve kronik hastalığı olan anne-baba veya akrabası olan kadın ebeler öğrencilerinin, cinsiyet bazında bakıldığında araştırmamıza benzer olarak kaygı düzeylerinin yüksek olduğuna ve kadın ebeler öğrencilerinin Covid-19 hakkında yüksek düzeyde bilgi sahibi olduğuna işaret etmektedir (Söğüt vd., 2020).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Araştırma sonuçlarına göre H0, H1, H3, H4, H5, H6, H8, H9, H10 ve H11 hipotezleri kabul edilirken, H2 ve H7 hipotezleri red edilmiştir. Pandeminin henüz hayatımızdan çıkmadığı ve varyantlarının ortaya çıkarak tehdit oluşturmaya devam ettiği bu günlerde, virüse karşı tedbirler alma konusunda çok daha dikkatli olunması ve kurallara daha fazla uyulması önerilmektedir. Covid-19'a karşı geliştirilen ve uygulamasına başlanan aşuların tam olarak etkili olması ve bu virüsün hayatımızdan tamamen çıkana kadar maske, sosyal mesafe ve hijyen konularında gerekli hassasiyetin gösterilmesinin öneminin fazla olduğu ve bu hassasiyetin gösterilmesinin hem bireysel hem de toplumsal açıdan bir görevimiz olduğu da unutulmamalıdır.

Ayrıca Covid-19'a yönelik tutum ve davranışların ortaya konmasının, bu konudaki bilinç ve farkındalığın artmasına katkı sağlaması beklendiği için bu konuda daha fazla meslek grubu ile karşılaştırmalı olarak ya da daha geniş kitlelerin dahil edildiği araştırmalar yapılması ve bu araştırmaların sonuçlarının karşılaştırılarak literatüre daha fazla katkı sağlanması önerilmektedir.

KAYNAKÇA

Acar, Y. (2020). Yeni Koronavirüs (COVID-19) Salgını ve Turizm Faaliyetlerine Etkisi, Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi, 4,1,7-21.

Arslan, İ. ve Karagül, S. (2020). Küresel Bir Tehdit (COVID-19 Salgını) ve Değişime Yolculuk, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:10, 1-36.

Budak, F. ve Korkmaz, Ş. (2020). Covid- 19 Pandemi Sürecine Yönelik Genel Bir Değerlendirme: Türkiye Örneği, Journal Of Social Research and Management, 1, 62-79.

Ekiz, T, İlman, E. ve Dönmez, T. (2020). Bireylerin Sağlık Anksiyetesi Düzeyleri İle Covid-19 Salgını Kontrol Algısının Karşılaştırılması, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi, 6, 1, 139-154.

Ceyhan, S. ve Uzuntarla, Y. (2020). Akademik Personelin COVID-19'a Yönelik Bilgi, Tutum ve Davranışlarının Belirlenmesi, Turkish Studies, 15(6), 259-276.

Sağlık Bakanlığı, (2021), Covid-19 Nedir?, 18.03.2021 tarihinde <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66300/covid-19-nedir-.html> adresinden alınmıştır.

Sakaoğlu, H, H, Orbatu, D, Emiroğlu, M ve Çakır, Ö (2020). Covid-19 Salgını Sırasında Spielberg Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeyi: Tepecik Hastanesi Örneği, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 30(Ek sayı), 1-9.

Söğüt, S, Dolu, İ. & Cangöl, E (2020). The Relationship Between COVID-19 Knowledge Levels And Anxiety States Of Midwifery Students During The Outbreak: A Cross-Sectional Web-Based Survey, Wiley, Perspectives In Psychiatric Care, 1-7.

Türken, M. ve Köse, Ş. (2020). Covid- 19 Bulaş Yolları ve Önleme, Tepecik Hastanesi Örneği, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi, 30(Ek sayı), 36-42.

World Health Organization (WHO) (2020-2021). Who Coronavirus Disease (Covid-19) 18.03.2021 tarihinde Dashboard.:<https://covid19.who.int/> adresinden alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

World Health Organization (WHO) (2020). 18.03.2021 tarihinde [Home/Healthtopics/Coronavirus](https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1).: https://www.who.int/health-topics/coronavirus#tab=tab_1 adresinden alınmıştır.



**SAĞLIK ÇALIŞANLARININ KLİNİK LİDERLİK ANLAYIŞININ EKİP
ÇALIŞMASINA ETKİSİ***
**EFFECTS OF CLİNICAL LEADERSHIP PERCEPTIONS OF HEALTHCARE
WORKERS ON TEAMWORK**

Aybike KARAKAYA

Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, aybikesarekarakaya@gmail.com, orcid.org/0000-0002-3016-9953

Doç. Dr. Yılmaz DAŞLI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, ydasli@cumhuriyet.edu.tr, orcid.org/0000-0001-6569-1103

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (15.04.2021-23.06.2021)

Öz

Bu çalışma, ekip çalışmasının etkin olarak yerine getirilmesinde klinik liderliğin rolünü görmek, ekip çalışması ile klinik liderliğin ilişkisini değerlendirmek amacı ile Sivas Numune Hastanesinde yapılmıştır. Araştırmanın evren sayısı bilindiği için örneklem hesabı yapılmış ve 350 kişi araştırmaya alınmıştır. Araştırmanın verileri “Klinik Liderlik Ölçeği” ve “Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği (EÇTÖ)” kullanılarak toplanmıştır. Çalışmayla elde edilen veriler SPSS 22.0 programı değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, klinik liderlik ölçeğinde hizmetlerin yönetimi alanının alt boyutunun en yüksek ortalamaya sahip olduğu, klinik liderlik için kurumda çalışma ve meslekte çalışma süresinin etkili olduğu, klinik liderlik alt boyutlarından kişisel özellikler alanı ve hizmetlerin yönetimi alanının istatistiksel sonuçlarının anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Ekip çalışması tutumlarında liderlik, ekip yapısı, iletişim alt boyutlarının yüksek düzeyde olduğu, ekip çalışması tutumlarının medeni durum ve yaş değişkenine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlar, hekim ve hemşirelerin klinik liderlik algıları ile ekip çalışması tutumları arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: klinik liderlik, ekip çalışması, klinisyen, hastane

Abstract

This study was conducted in Sivas Numune Hospital in order to see the role of clinical leadership in the effective performance of teamwork and to evaluate the relationship between teamwork and clinical leadership. Since the population number of the study is known, the sample calculation was made and 350 people were included in the study. The data of the study were collected using “Clinical Leadership Scale” and “Team Work Attitudes Scale (ECT)”. The data obtained from the study were evaluated by the SPSS 22.0 program. According to the results of the research, it was determined that the sub-dimension of the management of services in the clinical leadership scale has the highest average, the duration of working in

* Bu çalışma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimleri Enstitüsünde yapılan “Sağlık Çalışanlarının Klinik Liderlik Anlayışlarının Ekip Çalışmasına Etkisi: Bir Kamu Hastanesi Örneği” başlıklı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

the institution and the working time in the profession is effective for clinical leadership, and the statistical results of the clinical leadership sub-dimensions of personal characteristics and services management are significant. It has been determined that the sub-dimensions of leadership, team structure and communication are at a high level in teamwork attitudes, and that teamwork attitudes differ according to marital status and age variables. It was determined that there is a low positive correlation between the results obtained, the clinical leadership perceptions of physicians and nurses and their teamwork attitudes.

Keywords: clinical leadership, teamwork, clinician, hospital

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

Sağlık kuruluşlarında liderlik, diğer organizasyonlardaki liderlik anlayışına göre çok daha karmaşık bir yapıya sahiptir. Herhangi bir işletmenin yönetim organı, kâr amacı olsun olmasın, organizasyon hakkında stratejik düşünce, üretkenlik, misyon ve vizyon sahibi, hedef odaklı olarak çalışmaktadır (Yakıncı, Budakoğlu 2017). Sağlık kuruluşunda yönetim organının ek yükümlülükleri vardır. Sağlık hizmetlerinde söz konusu liderlik mutlak olarak yüksek sağlık bakım normlarını elde edip devamını sağlamak için değil, aynı zamanda mükemmel seviyeye ulaşmak adına hizmetlerin dönüşümü içinde gereklidir (Swayne 2006). Sağlık sektöründe tüm klinisyenler, sağlık hizmet sunumunda liderlik sorumlulukları üstlenirler. Klinisyenlerin liderlik ve yönetim becerilerini uygulamak, yüksek kaliteli, uygun maliyetli bakım sağlama becerilerinde merkezi bir rol oynamaktadır (Blumenthal et al. 2012).

Klinik liderlik, çok çeşitli işlevlerle ilişkilendirilerek sağlık bakım sisteminin ayrılmaz bir bileşeni haline gelmiştir. Sistem performansı, sağlık reformu hedeflerine ulaşılması, zamanında hizmet sunumunu sağlama, sistem bütünlüğü ve verimlilik dâhil olmak üzere hastane bakımının bir gereğidir (Daly et al. 2014). Sağlık sisteminde, klinik liderliğin belirli bir profesyonel grubun özel alanı olmadığı kabul edilmiştir. Sağlık hizmetleri birden fazla sağlık personelinin birlikte çalışmasını gerektiren özel bir uğraş alanıdır. Sağlık çalışanlarının yönetimi zor olduğundan klinik liderlikte ekip çalışması önemli bir yer tutmaktadır. Ekip çalışması, birçok sağlık hizmeti sonucunu iyileştirmede etkilidir (Peavey and Cai 2020). Klinisyenler sağlığı geliştirmek ve hasta bireyin sağlığına kavuşması ortak amacıyla iş birliği yapmak, uzmanlıklarını birbirleriyle paylaşmak zorundadırlar. Ekip lideri motivasyonu düşünmelidir. Bir ekipte sorun çözme yetenekleri; ekibin havasına, motivasyonuna ve liderliğine bağlı olmaktadır (Dengiz 2000).

Sağlık ekibinde görev alan her bir üyenin görevi oldukça önemlidir. Özellikle insan hayatının söz konusu olduğu sağlık sektöründe hizmet sunucularının bir ekip halinde hareket etmesi ve birbirlerinin tamamlayıcısı olması gerekmektedir (Özsoy vd., 2003). Konuyla ilgili literatür tarandığında klinik liderlik ve ekip çalışması üzerine sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Her iki ölçek içinde ayrı ayrı çalışmalar bulunmaktadır. Klinik liderlik özellikleri, kişisel başarıdan ziyade grup başarısını elde etmeyi hedeflemektedir. Dolayısıyla, paylaşılan liderlik, etkili ekip çalışmasını desteklemektedir.

Klinik liderlik, yoğun ve stresli sağlık bakımı sunulan ortamlarda hasta güvenliğini, sunulan hizmetin kalitesini ve meslekler arası ekip çalışmasını optimize etmenin önemi açısından kritik bir konu olarak kabul edilmektedir (Husebø and Olsen 2016). Bu bağlamda Husebø ve ark (2016) yapmış oldukları çalışma, acil serviste, Norveç'in güneybatı kesimindeki bir üniversite hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Makalenin amacı, sağlık hizmetlerinin kalitesini, verimliliğini, yanıt verebilirliğini ve acil serviste meslektaş güvenini artırmayı amaçlayan ekipler için bir kursta klinik liderliğin çalışma protokolünü sunmak ve tartışmaktır. Sonuç olarak, yürütme kurulu ve hastanenin üst düzey liderliği için gelecekteki kararlarda ve klinik liderlik kursunun tıp ve cerrahi bölümlerindeki dağıtımında faydalı olacağı belirlenmiştir. Hastaların bakımı için hekim, hemşireleri ve yardımcı personeli koordine etmek, ekip çalışması ve liderlik gerektirir. Poghosyan

403

ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

<http://dergipark.gov.tr/usaysad>

(KARAKAYA, A./ DAŞLI, Y.)

ve ark (2016) yapmış oldukları çalışmada birinci basamak uygulamalarındaki hemşirelerin özerkliğinin ve bunların liderlikle olan ilişkilerinin hemşireler ve doktorlar arasındaki ekip çalışmasını etkileyip etkilemediğini araştırmışlardır. Sonuç olarak, çalışma bulguları, hemşire özerkliğinin ve liderlikle olumlu ilişkilerin ekip çalışmasını iyileştirdiğini göstermektedir (Poghosyan and Liu 2016).

Bir diğer çalışma ise, Stanley ve ark (2017) klinik liderliğin sağlık profesyonelleri tarafından nasıl algılandığı belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmaya hekim ve hemşireler dahil edilmemiştir. Ayrıca çalışmada klinik liderliğin sağlık hizmetlerinde değişim ve ilerlemede ne kadar etkili olduğu araştırılmıştır. Araştırma sonucundan çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin çoğunun kendileri ve diğer çalışanlar tarafından klinik lider olarak algılandığı tespit edilmiştir. Çalışmada sağlık profesyonellerinin %22,2'sinin klinik liderleri yönetici olarak görürken, %85,3'ü odak noktanın klinik olduğu görülmüştür.

Ford ve ark (2016) yılında yapmış oldukları çalışmanın amacı, travma ve resüsitasyon hastalarında liderlik ve ekip çalışması hakkındaki bilimsel literatürü gözden geçirmektir. Özellikle, liderlik ve ekip çalışmasının hasta bakımını nasıl etkilediğini, etkili liderliği veya ekip çalışmasını ölçmek için hangi araçların mevcut olduğunu ve daha iyi ekip lideri / ekip üyesi olmaları için hekimleri eğitmek için hangi yöntemlerin kullanılabilirliğini değerlendirilmiştir. Sonuç olarak, liderliğin travmada bakım süreçlerini iyileştirdiğini ve özel eğitim yoluyla geliştirileceği belirlenmiştir. Sağlıkta liderlerin, entegre birinci basamak sağlık hizmetinin uygulanması için gerekli olan sağlık hizmeti değişikliklerini ele almaları gerekmektedir (Ford et al. 2016). Bunun ne tür bir liderliğe ihtiyaç olduğu, hangi profesyonellerin bu rolü yerine getirmesi gerektiği ve bu liderlerin nasıl desteklenebileceği belirsizliğini koruyan konulardandır (Nieuwboer et al. 2019).

Nieuwboer ve ark (2019) yılında yapmış oldukları çalışmada, liderliği destekleyen programların etkililiği, klinik liderlik ile entegre birinci basamak sağlık hizmetleri arasındaki ilişki ve entegre birinci basamak uygulaması için önemli liderlik becerileri hakkındaki literatürü gözden geçirmek amaçlanmıştır. Araştırma sonucunda bütüncül bakım uygulaması için gerekli olan liderlik becerileri ve bu becerileri geliştirmeyi amaçlayan liderlik desteği hakkında daha derin bilgiye ihtiyaç olduğu belirlenmiştir.

Konuyla ilgili literatür sonuçlarına göre klinik liderlik ve ekip çalışması üzerine sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır. Her iki ölçek içinde ayrı ayrı çalışmalar bulunmaktadır. Klinik liderlik özellikleri, kişisel başarıdan ziyade grup başarısını elde etmeyi hedeflemektedir. Dolayısıyla, paylaşılan liderlik, etkili ekip çalışmasını desteklemektedir.

ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Bu çalışma sağlık hizmet sunumunda görev alan hekim ve hemşirelerin klinik liderlik algılarının ekip çalışmasına etkisini incelemek amacıyla tanımlayıcı türde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini, Sivas Numune Hastanesi'nde çalışan 234 hekim ve 750 hemşire oluşturmuştur (N:984). Araştırmanın örnekleme ($t=1.96$ $p=0.5$ $q=0.5$ $d=0.05$ $\alpha=0.05$) 277 olarak hesaplanmıştır. Örneklemin evreni daha fazla oranda temsil edebilmesi için yaklaşık olarak örneklem yüzde 30 artırılarak 150 hekim 200 hemşire toplam 350 kişi örnekleme alınmıştır. Basit tesadüf örnekleme yöntemi kullanılmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi tercih edilmiştir. Çalışmada kullanılan veri toplama aracı üç bölümden oluşmakta olup, birinci bölüm kişisel bilgi formundan, ikinci bölüm ise Baker, Krokos, Amodeo (2008) tarafından geliştirilen ve Yardımcı, Başbakkal, Beytut, Muslu ve Ersun (2012) tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan Ekip Çalışması Tutum Ölçeği'nden ve veri toplama aracının son bölümü ise, National Health Services Leadership

Academy (2012) tarafından geliştirilen ve Budak (2016) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan Klinik Liderlik Ölçeği'nden oluşmaktadır.

Çalışmamızdan elde edilen veriler SPSS 22.0 programına yüklenerek verilerin değerlendirilmiştir. Verileri değerlendirirken istatistiksel metotları (Sayı, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) kullanılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken “parametrelerin normal dağılıma uygunluğu ShapiroWilks testi ile, normal dağılım göstermeyen parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Kruskal Wallis testi ve farklılığa neden olan grubun tespitinde Mann Whitney U test kullanılmıştır”. Ayrıca iki ölçek puanı arasındaki ilişkiyi belirlemek için Sperman korelasyon kat sayısına bakılmış, yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır

ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Katılımcılardan 350 kişiye ait tanıtıcı ve demografik unsurlar incelendiğinde, katılımcıların %66'sı kadın olduğu, %39,7'sinin 26-35 yaş grubunu oluşturduğu belirlenmiştir. Katılımcıların %58'inin evli, %46'sının lisans mezunu olduğu ve %36'sının lisansüstü mezun olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların %71,4'ünün meslek grubunun hemşire, %28,6'sının hekim olduğu; %29,7'sinin meslekte çalışma yıllarının 6-10 yıl arası, %43,4'ünün şu an buldukları birimde çalışma yıllarının 0-5 yıl arası olduğu tespit edilmiştir.

Ekip Çalışması Tutumları Ölçeği

Tablo 1: Medeni Durum Gruplarının Ekip Çalışması Düzeyleri ile Karşılaştırılması

	Medeni Durum	N	Sıra Ort.	U	p
Ekip Yapısı	Evli	203	172,69	14349,5	,538
	Bekar	147	179,38		
Liderlik	Evli	203	159,71	11715,0	,000*
	Bekar	147	197,31		
Durum İzlemi	Evli	203	170,15	13835,0	,239
	Bekar	147	182,88		
Karşılıklı Destek	Evli	203	184,76	13040,5	,043*
	Bekar	147	162,71		
İletişim	Evli	203	170,76	13958,0	,296
	Bekar	147	182,05		
Ekip Çalışması Genel	Evli	203	170,61	13927,0	,287
	Bekar	147	182,26		

*p<0,05

Tablo 1'de hastane çalışanlarının ekip çalışması düzeylerinin “medeni durum” değişkenine göre farklılığının istatistiksel olarak anlamlı olup olmamasını test etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, ekip çalışması alt boyutlarından ‘liderlik’ (p=,000) ve ‘karşılıklı destek’ (p=,043) değişkenlerinin medeni duruma göre farklılığının istatistiki anlamda %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu belirlenmiştir (p<0,05). Buna göre, evli olanların ‘liderlik’ düzeyleri bekarlara göre daha düşükken, ‘karşılıklı destek’ düzeyleri daha yüksektir.

Tablo 2: Ekip Çalışmasına İlişkin Bilgiler/Dersler Alma Durumunun Ekip Çalışması Düzeyleri ile Karşılaştırılması

Ekip Çalışmasına İlişkin Bilgiler /Dersler Alma Durumu		N	Sıra Ort.	U	P
Ekip Yapısı	Evet	261	181,23	10119,0	,067
	Hayır	89	158,70		
Liderlik	Evet	261	182,81	9707,0	,018*
	Hayır	89	154,07		
Durum İzlemi	Evet	261	180,31	10358,5	,123
	Hayır	89	161,39		
Karşılıklı Destek	Evet	261	175,46	11603,5	,989
	Hayır	89	175,62		
İletişim	Evet	261	179,05	10687,5	,254
	Hayır	89	165,08		
Ekip Çalışması Genel	Evet	261	181,72	9990,0	,048*
	Hayır	89	157,25		

*p<0,05

Tablo 2’de hastane çalışanlarının ekip çalışması düzeylerinin “ekip çalışmasına ilişkin ders ve bilgi alma” durumuna göre farklılığın istatistiki olarak anlamlı olup olmadığını analiz etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, ekip çalışması alt boyutlarından ‘liderlik’ (p=,018) ve ‘ekip çalışması genel’ (p=,048) değişkenlerinin ekip çalışmasına ilişkin ders ve bilgi alma durumuna göre farklılığının istatistiki anlamda %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu ortaya konulmuştur (p<0,05). Ekip çalışmasına ilişkin ders alan hastane çalışanlarının ‘liderlik’ alt boyut düzeyleri ve ‘genel ekip çalışması’ düzeyleri ekip çalışmasına ilişkin ders almayan çalışanlara göre daha yüksektir.

Klinik Liderlik Ölçeği

Tablo 3: Klinik Liderlik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumunun Klinik Liderlik Düzeyleri ile Karşılaştırılması

Klinik Üzerine Formal Bir Eğitim Alma Durumu		n	Sıra Ort.	U	P
Kişisel Özellikler Alanı	Evet	69	196,30	8259,5	,054
	Hayır	281	170,39		
Diğerleriyle Çalışma Alanı	Evet	69	200,17	7992,0	,022*
	Hayır	281	169,44		
Hizmetlerin Yönetimi Alanı	Evet	69	206,78	7536,5	,004*
	Hayır	281	167,82		
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı	Evet	69	207,49	7487,5	,003*
	Hayır	281	167,65		
Yönlendirilmelerin Kurgulanması Alanı	Evet	69	189,30	8741,0	,202
	Hayır	281	172,11		
Klinik Liderlik Genel	Evet	69	205,80	7603,5	,005*
	Hayır	281	168,06		

Tablo 3’de hastane çalışanlarının klinik liderlik düzeylerinin “klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alma” farklılığın istatistiki olarak anlamlı olup olmadığını analiz etmek için yapılan Mann-Whitney U testi sonucuna göre, klinik liderliğin alt boyutlarından “diğerleriyle çalışma alanı” (p=,022), ‘hizmetlerin yönetimi alanı’ (p=,004), “hizmetlerin iyileştirilmesi alanı” (p=,003) ve “klinik liderlik genel” (p=,005) değişkenlerinin klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp

alamadığı durumundaki farklılığının istatistiksel anlamda %95 güven seviyesinde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuca göre klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alan hastane çalışanlarının diğerleriyle çalışma, hizmetlerin yönetimi, hizmetlerin iyileştirilmesi, yönlendirilmelerin kurgulanması, klinik liderlik genel düzeylerinin klinik liderlik üzerine eğitim almaya göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4: Ekip Çalışması Düzeyleri Alt Boyutları ile Klinik Liderlik Düzeyleri Arasındaki İlişkiye Ait Spearman Korelasyon Kat Sayısı Karşılaştırma Sonuçları

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	
Ekip Yapısı (1)	R	1,00	,480**	,432**	,249**	,418**	,719**	,121*	,235**	,236**	,295**	,295**	,304**
	P		,000	,000	,000	,000	,000	,024	,000	,000	,000	,000	,000
Liderlik (2)	R		1,00	,535**	,103	,526**	,737**	,014	,259**	,205**	,207**	,329**	,272**
	P			,000	,055	,000	,000	,787	,000	,000	,000	,000	,000
Durum İzlemi (3)	R			1,00	,246**	,534**	,748**	,074	,277**	,216**	,223**	,256**	,272**
	P				,000	,000	,000	,168	,000	,000	,000	,000	,000
Karşılıklı Destek (4)	R				1,00	,149**	,494**	,104	,173**	,170**	,160**	,182**	,197**
	P					,005	,000	,052	,001	,001	,003	,001	,000
İletişim (5)	R					1,00	,692**	,001	,254**	,165**	,173**	,300**	,227**
	P						,000	,988	,000	,002	,001	,000	,000
Ekip Çalışması Genel (6)	R						1,00	,073	,291**	,233**	,261**	,342**	,316**
	P							,172	,000	,000	,000	,000	,000
Kişisel Özellikler Alanı (7)	R							1,00	,444**	,483**	,402**	,241**	,624**
	P								,000	,000	,000	,000	,000
Diğerleriyle Çalışma Alanı (8)	R								1,00	,558**	,525**	,430**	,737**
	P									,000	,000	,000	,000
Hizmetlerin Yönetimi Alanı (9)	R									1,00	,611**	,464**	,819**
	P										,000	,000	,000
Hizmetlerin İyileştirilmesi Alanı (10)	R										1,00	,559**	,802**
	P											,000	,000
Yönlendirilmelerin Kurgulanması Alanı (11)	R											1,00	,716**
	P												,000
Klinik Liderlik Genel (12)	R												1,00
	P												

** $p < 0,01$

Tablo 4’de hastane çalışanlarının ekip çalışması ve klinik liderlik düzeyleri arasındaki ilişkini ortaya konulması için Spearman Korelasyon kat sayısına bakılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre, “bireylerin genel ekip çalışması ile genel klinik liderlik düzeyleri arasında pozitif

yönlü düşük bir ilişki olduğu” belirlenmiştir ($r=0.316$, $p=0,000$ $p<0.01$). Bu sonuç “bireylerin ekip çalışması düzeyleri artırıldığında, klinik liderlik algısında da artış olacağı, bireylerin klinik liderlik düzeyleri düşürüldüğünde, ekip çalışması algılarında da düşüş olacağı” beklenmektedir. Ölçeklerin alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise en “yüksek ilişkinin liderlik ile yönlendirilmelerin kurgulanması alanı arasında olduğu” belirlenmiştir ($r=0.329$, $p=0,000$ $p<0.01$).

TARTIŞMA

Bu çalışma, bir kamu hastanesinde görev yapan klinisyenlerin, klinik liderlik anlayışları ile ekip çalışması etkinliği arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacı ile yapılmış olup, elde edilen bulgular literatür bilgileri doğrultusunda tartışılmıştır.

Sağlık çalışanlarında değişkenlerden eğitim durumu göz önüne alındığında “lisans” mezunu %46, “lisansüstü” mezunu %36 olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim seviyelerinin yüksek olması kurumlarda sunulan hizmetin daha kaliteli ve verimli olmasına katkı sağlayacağı söylenebilir.

Sağlık çalışanlarının “mesleki deneyim süresi”, “kurumda çalışma süresi”, “yaş durumu” incelendiğinde, %29,7’sinin mesleki deneyim sürelerini 6-10 yıl arası olduğu, %43,4’ünün kurumdaki çalışma sürelerinin 0-5 yıl arası olduğu, %39,7’sinin 26-35 yaş aralığında olduğu görülmüştür. Araştırmanın yapıldığı kurumdaki ekip üyelerinin genç olması, yeniliklere ve değişime kolay adapte olmalarını sağlamaktadır. Bu durum yönetim açısından avantajlı bir durum olmakla birlikte; genç ekip üyelerine kurum kültürünü, ekip çalışmasını benimsetmek açısından daha fazla zaman ve enerji harcanması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. Mai ve arkadaşlarının (2021) yılında yapmış oldukları çalışmada klinik liderlik deneyimlerini anlamak ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemek için kıdemli pediatri asistanlarıyla odak grupları düzenlenmiştir. Sonuçlarda ise, yaş olarak büyük olan asistanların klinik liderlik eğitiminde boşluklar olduğu tespit edilmiştir.

Hastane çalışanlarının ekip çalışması algılarının “medeni duruma” göre farklılık gösterdiği, medeni durum ile ekip çalışması tutumları alt boyutlarından “liderlik” ile “karşılıklı destek” boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde fark olduğu tespit edilmiştir. Evlilerin liderlik ($X=159,71$) düzeylerinin bekârlara göre düşük olduğu, karşılıklı destek ($X=184,76$) düzeylerinin bekârlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Diğer boyutların evli ve bekârlarda farklılık göstermediği görülmüştür. Çalışmadan farklı olarak, Saldamlı (2018) Çalışmasında evli katılımcıların ekip çalışması tutumlarında puan ortalamaları ile bekar katılımcıların ekip çalışması tutumları puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bekâr katılımcıların durum izlemi ile iletişim alt ölçeği ortalamalarının, evli katılımcıların durum izlemi ve iletişim alt ölçeği ortalamalarından daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Çelik ve Karaca’nın (2017) yaptıkları çalışmada yapılan çalışmadan farklı olarak medeni durumun ekip çalışması tutumları puan ortalamasını etkilemediğini belirtilmiştir.

Hastane çalışanlarının “ekip çalışmasına ilişkin bilgi/ ders alma durumları” ile “Ekip Çalışması Tutum Ölçeğinin” genel ve alt boyutlarının puan ortalamaları karşılaştırıldığında “liderlik” “ekip çalışması genel” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Temel eğitimde ekip çalışması alanında bir eğitime sahip olan hekim ve hemşirelerin ekip çalışması niteliklerine yönelik algılarının daha yüksek seviyede olduğu belirlenmiştir. Türe Yılmaz ve Yıldırım’ın (2018) hemşireler üzerine yaptıkları çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak temel eğitimde ekip çalışmasına ilişkin bilgi/ ders alma durumları ile Ekip Çalışması Tutum Ölçeğinin genel ve alt boyut puan ortalamalarının karşılaştırıldığında “durum izleme” “karşılıklı destek” alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit etmişlerdir. Lafçı ve arkadaşlarının (2016) çalışmasında ise üniversite eğitimi sırasında, ekip kavramına ilişkin eğitim alma, durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadığını belirlemişlerdir. Eddy ve arkadaşlarının (2016) yılında yapmış oldukları nitel çalışmada Hastalar için bakım sürecinin karmaşıklığı, sağlık profesyonellerinin birbirleriyle açıkça işbirliği ve iletişim kurma ihtiyacını vurgulanmıştır. Batı ülkelerindeki sağlık



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

kuruluşları, personel eğitimi yoluyla hasta güvenliğini geliştirmeye kararlı olduğundan ve ekip çalışması eğitim programları bu odağın ayrılmaz bir parçası olduğundan bahsedilmiştir. Sonuç olarak, eğitim alan katılımcıların özgüvenlerinin yüksek olduğu ve öğrendikleri ekip çalışması becerilerini günlük uygulama konusunda motive oldukları belirlenmiştir.

Hekim ve hemşirelerin “klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alıp almama özellikleri”, klinik liderlik özellikleri alt boyutlarından “diğerleriyle çalışma alanı”, “hizmetlerin yönetimi alanı” ve “hizmetlerin iyileştirilmesi alanını” anlamlı düzeyde etkilerken ($p<0,05$); klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarından “kişisel özellikler alanı” ve “yönlendirilmelerin kurgulanması alanı” anlamlı düzeyde etkilemediği belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu çalışmanın sonucuna göre hekim ve hemşirelerin almış oldukları klinik liderlik eğitimleri diğerleriyle çalışma alanı, hizmetlerin yönetimi alanı ve hizmetlerin iyileştirilmesi alanları ile ilgili bir ilişki mevcutken, kişisel özellikler alt boyutu ve yönlendirilmelerin kurgulanması alanını etkilemediği görülmüştür. Budak (2016) yapmış olduğu çalışmada bizim çalışmamızdan farklı olarak hekim ve hemşirelerin klinik liderlik üzerine eğitim alma özellikleri, klinik liderlik özellikleri alt boyutlarından ‘hizmetlerin iyileştirilmesi’ ve ‘yönlendirmelerin kurgulanması alanlarını’ anlamlı düzeyde etkilediği sonucuna ulaşırken; klinik liderlik özelliklerini ve alt boyutlarından Kişisel Özellikler, Diğerleriyle Çalışma ve Hizmetlerin Yönetimi Alanlarını, anlamlı düzeyde etkilemediği sonucuna ulaşmıştır. Husebø ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada, sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak için kurslarda klinik liderlik çalışma protokolünün sunulmasının, üst düzey yöneticiler için gelecekteki kararlarda faydalı olacağı sonucuna ulaşmıştır.

Hastane çalışanlarının ekip çalışması ve klinik liderlik düzeyleri arasında ilişkinin var olduğu, genel ekip çalışması tutumları ile genel klinik liderlik düzeyleri arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($r=0.316$, $p=0,000$ $p<0.01$). Bu sonuç bireylerin ekip çalışması düzeyleri artırıldığında, klinik liderlik algısında da artış olacağı, eğer bireylerin klinik liderlik düzeyleri düşürüldüğünde, ekip çalışması algılarında da düşüş olacağı beklenmektedir. Her iki ölçeğin alt boyutları incelendiğinde en yüksek ilişkinin liderlik ile yönlendirilmelerin kurgulanması alanı arasında olduğu tespit edilmiştir ($r=0.329$, $p=0,000$ $p<0.01$). Ford ve arkadaşları tarafından (2016) yılında yaptıkları çalışmada, travma ve resüsitasyon hastalarında liderlik ve ekip çalışması hakkındaki bilimsel literatürü gözden geçirmişlerdir. Sonuç olarak, liderliğin travmada bakım süreçlerini iyileştirdiğini ve özel eğitim yoluyla geliştirileceği belirlenmiştir. Sağlıkta liderlerin, entegre birinci basamak sağlık hizmetinin uygulanması için gerekli olan sağlık hizmeti değişikliklerini ele almaları gerektiği belirlenmiştir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırma sonuçlarına göre klinisyenlerin genel ekip çalışması düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Ekip çalışması tutumları alt boyutlarının medeni durum ve yaş değişkenlerinde farklılık gösterdiği diğer sosyo demografik değişkenlerde farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ekip çalışması tutumlarında ekip çalışmasına yönelik eğitim alınıp alınmama durumunda özellikle liderlik alt boyutunda farklılık tespit edilmiştir. Çoğunluğun ekip çalışmasına ilişkin eğitim aldığı tespit edilmiştir Araştırmadan elde edilen diğer önemli sonuçlar ise “klinik liderlik” ile ilgili olup; Klinik liderlik üzerine formal bir eğitim alınıp alınmama durumunda klinik liderlik alt boyutlarından diğerleriyle çalışma alanı, diğerleriyle çalışma alanı ve hizmetlerin iyileştirilmesi alanında farklılıklar tespit edilmiştir. Araştırmanın önemli olan bir diğer sonucu ise klinisyenlerin genel ekip çalışması tutumları ile genel klinik liderlik düzeyleri arasında pozitif yönlü düşük bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu sonuca göre hekim ve hemşirelerin ekip çalışması düzeyleri artırıldığında, klinik liderlik algısında da artış olacağı, hekim ve hemşirelerin klinik liderlik düzeyleri düşürüldüğünde, ekip çalışması algılarında da düşüş olacağı beklenmektedir.

Bu araştırma sonuçları yapıldığı kurumdaki hekim ve hemşirelerin klinik liderlik konusunda farkındalık düzeylerini arttıracak ve ekip çalışması tutumlarını geliştirebilecekleri önemli veriler sunmaktadır. Bu veriler ışığında şu önerilerde bulunulabilir.

- Hekim ve hemşirelerin klinik liderlik ve ekip çalışması tutumları adına kendilerini geliştirmelerine yönelik hizmet içi eğitim programlarının oluşturulması ve bunların uzman kişiler tarafından verilmesi,
- Sağlık hizmetleri organizasyonlarında özellikle klinik liderlik anlayışının ekip çalışmasına faydalarının belirlemesi, ekip çalışmasına etki eden faktörlerin çok iyi bilinmesi, ekip çalışmasının benimsenmesi ve sahiplenilmesi,
- Klinisyenlerin; ekipte bulunan diğer arkadaşlarının sağladığı katkıların farkında olarak yüksek bir performans sergileyebilmek adına gayret göstermeleri,
- Hekim ve hemşirelerin lisans eğitimleri sırasında klinik liderlik teriminin üzerinde durulması ve bu konuda ki eğitimlerin artırılması,

Farklı örneklem büyüklükleri kullanılarak benzer çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKÇA

- Budak, F (2016). “Klinik Liderlik Ölçeğinin Türkçe Geçerlik Güvenilirlik Çalışması: Niğde İli Kamu Hastaneleri Birliği Örneği”
- Budak, F (2016). Sağlık Yönetiminde Klinik Liderlik. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Blumenthal, D. M., Ken B., Jordan B., and Richard B.. (2012). “Addressing the Leadership Gap in Medicine: Residents’ Need for Systematic Leadership Development Training.” *Academic Medicine*. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e31824a0c47>.
- Çelik A. ve Karaca A. (2017). “Hemşirelerde Ekip Çalışması ve Motivasyon Arasındaki İlişkinin ve Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi”. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 14: 254-263.
- Daly J., Debra J., Judy M., Patricia M. D., & Marie H.. (2014). “The Importance of Clinical Leadership in the Hospital Setting.” *Journal of Healthcare Leadership*. <https://doi.org/10.2147/JHL.S46161>.
- Dengiz G. M. (2000), Ekip Çalışması Teknikleri. Ankara: Academyplus Yayınevi.
- Eddy, K.; Ürdün, Z.; Stephenson, M. (2016) Sağlık çalışanlarının akut hastane ortamlarında ekip çalışması eğitimi deneyimi, JBI Sistemik İncelemeler ve Uygulama Raporları Veritabanı- Cilt 14 - Sayı 4 - s 96-137 doi: 10.11124 / JBISRIR-2016-1843
- Ford, K., M. D. Michael Menchine, Mph E. B., Mph Sanjay A., M. D. Kenji Inaba, M. D. Demetrios D., & Ph D. Bertrand Y.. (2016). “Leadership and Teamwork in Trauma and Resuscitation.” *Western Journal of Emergency Medicine*. <https://doi.org/10.5811/westjem.2016.7.29812>.
- Husebø, S. E., & Øystein E. O.. (2016). “Impact of Clinical Leadership in Teams’ Course on Quality, Efficiency, Responsiveness and Trust in the Emergency Department: Study Protocol of a Trailing Research Study.” *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-011899>.
- Lafçı D. Pehlivan S. ve Demiray G. (2016). Cerrahi Kliniklerinde Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*. 3 :55-64.
- Mai DH, Newton H, Farrell PR, Mullan P, & Kapoor R. (2021). Kıdemli Pediatri Asistanlarında Klinik Liderlik Eğitimi İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi. *Tıp Eğitimi ve Müfredat Geliştirme Dergisi* .doi: [10.1177 / 2382120520988593](https://doi.org/10.1177/2382120520988593)
- Moroğlu, D. (2007). "Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesinde Görev Yapan Sağlık Çalışanlarının



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Ekip Çalışmasına İlişkin Görevlerinin Belirlenmesi."

Nieuwboer, M. S., Rob van der S., Marjolein A. van der Marck, Marcel G.M. Olde Rikkert, & Marieke P. (2019). "Clinical Leadership and Integrated Primary Care: A Systematic Literature Review." *European Journal of General Practice*.
<https://doi.org/10.1080/13814788.2018.1515907>.

Özsoy S. Bayık A. Uysal A. Ergül Ş. ve Özer M. (2003). Sağlık Çalışanlarının "Sağlık Hizmetlerinde Ekip Kavramına İlişkin Görüşlerini İncelenmesi". *Sağlık ve Toplum Dergisi*. 13: 24- 31.

Peavey, E., & Hui C. (2020). "A Systems Framework for Understanding the Environment's Relation to Clinical Teamwork: A Systematic Literature Review of Empirical Studies." *Environment and Behavior*. <https://doi.org/10.1177/0013916518815535>.

Poghosyan, L., & Jianfang L.. (2016). "Nurse Practitioner Autonomy and Relationships with Leadership Affect Teamwork in Primary Care Practices: A Cross-Sectional Survey." *Journal of General Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3652-z>.

Medicine. <https://doi.org/10.1007/s11606-016-3652-z>.

Saldamlı, A. (2018). "Cerrahi Girişim Sürecinde Yer Alan Sağlık Ekibi Üyelerinin Kişilerarası İletişim Tarzları ve Ekip Çalışmasına Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi."

Swayne L. E., Duncan W.J. & Ginter P. M. (2006). *Strategic Management of Health Care Organizations*. USA: Blackwell Publishing.

Türe Yılmaz A. ve Yıldırım A. (2018). Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Tutumları ve Etkileyen Faktörler. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*. 67: 40-52

Yakıncı C. ve Budakoğlu I. İ. (2017). *Klinik Liderlik ve Yönetim*. Ankara: Akademisyen Kitabevi

Yardımcı, F. Başbakkal, Z. Beytut, D. Muslu, G. ve Ersun, A. (2012). Ekip Çalışması Tutumları Ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 13: 131-137



CRITIC VE TOPSIS YÖNTEMLERİYLE TÜRKİYE'DE BÖLGESEL SAĞLIK HİZMETLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF REGIONAL HEALTH SERVICES IN TURKEY USING CRITIC BASED TOPSIS METHODS

Arş. Gör. Gizem Zevde AYDIN

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, gizemzevde.aydin@omu.edu.tr, orcid.org/0000-0002-8249-6788

Makale Gönderim-Kabul Tarihi (19/03/2021-22.07.2021)

Öz

Çalışma ile T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıklarında yer alan bölgelerin sağlık hizmetlerinin çok kriterli karar verme (ÇKKV) araçlarıyla değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu doğrultuda ÇKKV araçlarından CRITIC ve TOPSIS metodları kullanılmıştır. 32 değerlendirme kriteri bölgelerin değerlendirilmesi ve karşılaştırılması için belirleyici olduğu düşünülen; mortalite, hastalıkların önlenmesi ve sağlığın korunması, sağlıkta insan kaynakları, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve sağlık hizmeti veren kurumlar ve altyapıları başlıklarından derlenmiştir. Çalışmada kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarından elde edilmiştir. 2012-2018 yıllarını kapsamaktadır. Analiz kapsamında Türkiye'nin bölgeleri, istatistik yıllıklarında İstatistik Bölge Birimleri Sınıflamasında (İBBS-1) belirtildiği gibi 12 alternatif olarak ele alınmıştır. Verilerin analizinde Excel programı kullanılmıştır. TOPSIS yöntemiyle elde edilen sıralama sonuçlarına bakıldığında, Güneydoğu Anadolu bölgesinin analiz gerçekleştirilen tüm yıllarda 12. sırada yer aldığı görülmektedir. Kuzeydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Akdeniz ve Doğu Marmara son sıralarda yer alan diğer bölgelerdir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular doğrultusunda, sağlık hizmetlerinde geride kalan bölgelere tahsis edilen kaynakların artırılması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık göstergeleri, ÇKKV, CRITIC, TOPSIS

Abstract

This study aims to evaluate and compare regions of Turkey with multi-criteria decision-making methods in terms of health indicators relatively. For this purpose, CRITIC and TOPSIS, which are among the Multi-Criteria Decision Making (MCDM) methods, were used. 32 evaluation criteria are considered to be decisive for the evaluation and comparison of regions; mortality, prevention of diseases and protection of health, human resources in health, use of health services and institutions and infrastructures providing health services. All data used in the study covering the years 2012-2018 accessed from the Health Statistical Yearbooks of Turkey. The regions of Turkey are considered 12, as stated in the Statistical Territorial Units Classification in the Health Statistical Yearbooks. These 12 regions represent alternatives in the study. Excel has been used to analyze the data. Looking at the ranking results obtained by the TOPSIS method, it is seen that the Southeastern Anatolia region ranks 12th in all the years analyzed. Northeast Anatolia, Middle East Anatolia, Mediterranean, and East Marmara are the other regions in the last row. In line with the findings obtained from the research, it can be recommended to increase the resources allocated to the regions lagging in health services.

Keywords: Health indicators, MCDM, CRITIC, TOPSIS



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

GİRİŞ

Sağlık, bir toplumda yaşayan bireylerin tamamını yakından ilgilendiren, hayati öneme sahip, en temel insan haklarından biri ve çok yönlü bir politika alanıdır (Yenimahalleli vd., 2015: 9). Bir hizmet sunum alanı olarak ise sağlık, insan yaşamını doğrudan ilgilendiren, emek faktörüne katkı sağlayan, yatırım, istihdam ve üretim vasıtasıyla da ekonomik performans üzerinde etkisi olan bir kavramdır (Bayraktutan ve Pehlivan, 2012: 127-131). Sağlık ile sağlık politikası ilişkili kavramlardır. Sağlık politikası, sağlık sistemiyle ilgili kurumların organizasyonunu, hizmet sunumunu ve finansmanını etkileyen faaliyetlerin tamamını kapsamaktadır (Tengilimoğlu, 2018: 6). Geçmişten günümüze sağlık politikalarında bazı temel ve önemli gelişmeler yaşanmıştır.

Cumhuriyet'in ilanı ile birlikte Türkiye Büyük Millet Meclisi'nin ana meşguliyetlerinden biri sağlık hizmetleri ve sağlık hizmetlerinin yapılandırılması olmuştur (Akdur, 2008: 2). Türkiye'de sağlık alanında önemli değişimler başlamış, değişimlerle birlikte sağlığın korunması ve sürdürülmesi önemli bir konu olarak kabul edilmiştir (Akdeniz vd., 2010: 32). Bütün ülkeye hizmet götürebilme amacı ile köyler de dahil olmak üzere sağlık personeli atamaları yapılmış ve sağlık üniteleri kurularak gerekli hizmet altyapısı oluşturulmaya çalışılmıştır. Cumhuriyetin ilk yıllarında, milli eğitim ve sağlık konuları birlikte ele alınmıştır. Sağlıklı birey olma konusunda halkın eğitiminin öneminden yola çıkılarak okuma yazma ve halk sağlığı eğitimleri düzenlenmiştir (Ağırbaş vd., 2011: 737-738). Cumhuriyet döneminde ortaya konulan düzenlemeler ve çıkarılan kanunlar bugünkü sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmaktadır (Kasapoğlu, 2016: 135). Sağlık hizmetlerinin önemini anlaşılmamasıyla birlikte sağlık personeli yetiştirilmesi ve istihdamı bir devlet görevi olarak kabul edilmiştir. Sağlık insan gücü planlamalarının temelinde niceliği ve niteliği artırmak, kamuda çalışmayı özendirme, yurt genelinde eşit personel dağılımını sağlamak, kırsal bölgelere personel görevlendirmek ve uzman personel dengesinin sağlanması yer almaktadır (Akdur, 2008: 6). Ülkemizde sağlık hizmetleri, yasalarla devletin sunması gereken bir hizmet olarak kabul edilmiş olup; 1961 Anayasası'nda düzenlenmiştir (Erol ve Özdemir, 2014: 11).

Sağlıkta dönüşüm programı (SDP) ile değişimler devam etmiştir. Program, geçmiş birikimler (Çilhoroz ve Arslan, 2018: 799) ve dünyadaki başarılı sağlık reformları temel alınarak oluşturulmuştur (Akdağ, 2008: 9-20). SDP ile; evrensel sağlık kapsayıcılığını artırmak, sağlık alanındaki eşitsizlikleri azaltmak, sağlığa ayrılan finansman miktarını artırmak, sağlık göstergelerini iyileştirmek, sağlık altyapısı ve insan gücünü iyileştirmek, sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmak ve hasta memnuniyetini artırmak hedeflenmiştir (Yenimahalleli vd., 2015: 10). Türk sağlık sistemi için kırılma noktası olan SDP, sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi ve sunulması açısından önemli değişiklikler önermiştir. Program ile Sağlık Bakanlığı (SB)'nin planlayıcı ve denetleyici bir rol üstlenmesi gündeme gelmiştir (Sayan ve Küçük, 2012: 173; Başol ve Işık, 2017: 5). Kamu sağlık kuruluşları özerk birer sağlık işletmesine dönüşürken SB da sağlık piyasasının denetiminden ve düzenlenmesinden sorumlu bir kurum haline gelmiştir (Erol ve Özdemir, 2014: 16-17). Sağlık insan gücü sayısının artırılması gerektiği konusu da dönüşüm programı ile gündeme alınmıştır. Üniversitelerin tıp ve sağlık bilimleri fakültelerindeki öğrenci kontenjanlarını artırmak ve coğrafi olarak hekim dağılımındaki eşitsizliği ortadan kaldırmak için zorunlu hizmet yükümlülüğü uygulamasına geçmek gibi çözüm faaliyetleri uygulamaya konulmuştur (Atun, 2013: 92). Birinci basamak sağlık hizmetlerinin finansman ve organizasyonunda da köklü bir değişim gerçekleştiği düşünülmektedir (Akman, 2014: 78). Kısaca, 2003-2008 yılları sağlık alanı için birçok taşın yerinden oynadığı önemli bir dönem olmuştur (Akdağ, 2008: 20). SDP ile; sağlık alanında fiziksel olanaklar, beşeri kaynaklar, finansal koşullar ve alt yapı açısından iyileşen bir süreç söz konusudur (Çınaroğlu ve Avcı, 2014: 95).



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Ekonomik ve sosyal anlamda yaşanan gelişmeler, ortaya çıkan birtakım yeni sağlık sorunları, sağlık teknolojisinde görülen ilerlemeler, sağlık sektörünün kaynak kullanım ihtiyacını artırmakta olup; artan sağlık harcamaları, kıt kaynakların akılcı ve rasyonel kullanımını gerektirmektedir. Bu doğrultuda kaynakları daha etkin ve verimli kullanma gerekliliği ortaya çıkmış, sağlık hizmetlerinin etkinlik ve performans yönünden değerlendirilmesi önemli bir konu haline gelmiştir (Yiğit, 2016: 9-10). Sağlık hizmetlerinde performans ve kalite gelişimi için sorunların en aza indirilmesi ve koşulların iyileştirilmesi gerekmektedir (Marşap, 2014: 449).

Cumhuriyetin ilanı ile başlayıp sağlıkta dönüşüm programı ile devam eden sağlık hizmetlerinin değişimine ve gelişimine rağmen, sağlık hizmetlerinin iyileştirilebilmesi için gerçekleştirilmesi gereken faaliyetler noktasında tek ve belli bir doğru bulunmamaktadır. Coğrafi, kültürel ve sosyo-demografik farklılıklar sağlık hizmetinin performansı üzerinde etkili olabilmektedir (Pekkaya ve Dökmen, 2019: 924-927). Bu nedenlerle iller ya da bölgeler arasındaki farklılıkların anlaşılması önem arz etmektedir. İçinde bulunduğumuz çağda politikacılar, sağlık yöneticileri, finansal kaynak sağlayıcıları veya yatırımcılar da belirli amaca yönelik çeşitli karar alternatiflerini, iyiden kötüye sıralama ve ideal sonucu ortaya koyma isteğindedir (Kar vd., 2018: 443). ÇKKV araçları, nicel verilerin kullanımına imkan vererek en iyi alternatifin veya hareket tarzının belirlenmesine imkan vermektedir. Bölgelerin ÇKKV yöntemlerinden faydalanılarak değerlendirilmesi mevcut duruma dair bilgi sunması açısından önem taşımaktadır.

MATERYAL VE METOD

Çalışmanın Amacı

Çalışma ile Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllıklarında yer alan bölgelerde sunulan sağlık hizmetlerinin, ÇKKV araçlarıyla değerlendirilmesi ve karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Kullanılan Veriler ve Verilerin Toplanması

Çalışma, erişime açık veriler üzerinden gerçekleştirildiğinden kapsamı gereği etik kurul onayı gerektirmemektedir. Araştırmada Türkiye'nin bölgeleri, İstatistik Bölge Birimleri Sınıflamasında (İBBS-1) belirtildiği gibi 12 alternatif olarak ele alınmıştır. İBBS-1'e göre bölgeler ve kapsadığı iller Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflaması (İBBS-1)

Güneydoğu Anadolu	Adıyaman Gaziantep Kilis Diyarbakır Şanlıurfa Batman Mardin Siirt Şırnak	Ortadoğu Anadolu	Bingöl Elazığ Malatya Tunceli Bitlis Hakkari Muş Van	Kuzeydoğu Anadolu	Bayburt Erzincan Erzurum Ağrı Ardahan İğdir Kars
Orta Anadolu	Aksaray Kırıkkale Kırşehir Nevşehir Niğde Kayseri Sivas Yozgat	Batı Anadolu	Ankara Karaman Konya	Ege	İzmir Aydın Denizli Muğla Afyonkarahisar Kütahya Manisa Uşak
Doğu Marmara	Bilecik Bursa Eskişehir Bolu Düzce Kocaeli Sakarya Yalova	Batı Marmara	Edirne Kırklareli Tekirdağ Balıkesir Çanakkale	Akdeniz	Antalya Burdur Isparta Adana Mersin Hatay Kahramanmaraş Osmaniye
Doğu Karadeniz	Artvin Giresun Gümüşhane Ordu Rize Trabzon	Batı Karadeniz	Bartın Karabük Zonguldak Çankırı Kastamonu Sinop Amasya Çorum Samsun Tokat	İstanbul	İstanbul

Kaynak: SB, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018

Bölgelerin değerlendirilebilmesi için yıllıklarda belirtilen ve her yıl için verisine ulaşılabilen 32 kriter belirlenmiştir. Kriter başlıkları ve kriterler Tablo 2’de verilmiştir.

Tablo 2: Çalışmada Kullanılan Kriterler

Kriter Başlıkları	Kriterler
Mortalite	K1 1.000 canlı doğumda bebek ölüm hızı K2 1.000 canlı doğumda perinatal ölüm hızı K3 1.000 canlı doğumda neonatal ölüm hızı K4 1.000 canlı doğumda postneonatal ölüm hızı K5 5 yaş altı ölüm hızı K6 Anne ölüm oranı
Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Korunması	K7 Sezaryen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranı K12 Beşli karma aşı 3. doz aşılama oranı K13 HBV3 aşılama hızı K14 KKK aşılama hızı K15 Sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranı K16 Antenatal bakım kapsamı K17 Gebe başına ortalama izlem sayısı K18 Bebek başına ortalama izlem sayısı K19 Çocuk başına ortalama izlem sayısı
Sağlıkta İnsan Kaynakları	K8 Aile hekimi başına düşen nüfus K29 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı K30 100.000 kişiye düşen toplam diş hekimi sayısı K31 100.000 kişiye düşen toplam eczacı sayısı K32 100.000 kişiye düşen toplam hemşire/ebe sayısı
Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı Sağlık Hizmeti Verilen Kurumlar ve Altyapıları	K9 1.000 kişiye düşen ameliyat sayısı K10 112 acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısı K11 112 acil yardım ambulansı başına düşen vaka sayısı K20 10.000 kişiye düşen hastane yatağı sayısı (Tüm sektörler) K21 10.000 kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayısı (Tüm sektörler) K22 1.000.000 kişiye düşen ve fiilen kullanılan hemodiyaliz cihazı sayısı K23 1.000.000 kişiye düşen MR cihazı sayısı K24 1.000.000 kişiye düşen BT cihazı sayısı K25 1.000.000 kişiye düşen Ultrason cihazı sayısı K26 1.000.000 kişiye düşen Doppler Ultrason cihazı sayısı K27 1.000.000 kişiye düşen EKO cihazı sayısı K28 1.000.000 kişiye düşen Mamografi cihazı sayısı

Kaynak: SB, Sağlık İstatistikleri Yılı, 2018

Perinatal ölüm hızı 7 gün içerisinde, neonatal ölüm hızı 28 gün içerisinde ve postneonatal ölüm hızı 29-364 gün içerisinde ölen bebek sayısını ifade etmektedir (Tezcan, 2009: 178; SB, 2018). Beşli karma aşı 3. doz aşılama oranı; difteri aselüler boğmaca tetanoz, inaktif polio ve hemofilus influenza tip b aşılımlarını ifade etmektedir (SB, 2018). Antenatal bakım, anne ve bebeğin gebelik süresince düzenli olarak izlenmesini ifade etmektedir (Sönmez, 2007: 9). Bebek ölüm hızı, perinatal ölüm hızı, neonatal ölüm hızı, postneonatal ölüm hızı, 5 yaş altı ölüm hızı, anne ölüm oranı, sezaryen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranı, aile hekimi başına düşen nüfus, 1.000 kişiye düşen ameliyat sayısı, 112 acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısı ve 112 acil yardımcı ambulansı başına düşen vaka sayısı kriterlerinin minimum olması istenmektedir.

Beşli karma aşı 3. doz aşılama oranı, HBV3 aşılama hızı, KKK aşılama hızı, sağlık kurumlarında gerçekleşen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranı, antenatal bakım kapsamı, gebe başına ortalama izlem sayısı, bebek başına ortalama izlem sayısı, çocuk başına ortalama izlem sayısı, hastane yatağı sayısı, yoğun bakım yatağı sayısı, hemodiyaliz cihazı sayısı, MR cihazı sayısı, BT cihazı sayısı, ultrason cihazı sayısı, doppler ultrason cihazı sayısı, EKO cihazı sayısı, mamografi cihazı sayısı, toplam hekim sayısı, toplam diş hekimi sayısı, toplam eczacı sayısı ve toplam hemşire/ebe sayısı kriterlerinin maksimum olması istenmektedir.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

Cilt/Volume : 7 Sayı/Issue : 2 Yıl/Year : 2021 ISSN -2149-6161

Bulguların doğru yorumlanabilmesi için çalışmanın sınırlılıklarının göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Çalışma 2012-2018 yıllarını kapsamaktadır ve 32 sağlık göstergesiyle sınırlandırılmıştır. Kriter sayısının artırılması ve farklı kriterlerin kullanılması durumunda farklı sonuçlar elde edilmesi mümkündür.

ANALİZ VE BULGULAR

Veriler 2012-2018 yıllarını kapsadığından yalnızca 2012 yılına ilişkin uygulama adımları detaylı olarak verilmiştir. Çözüm aşamalarında yapılması gereken matematiksel hesaplamalar MS. Excel programı ile gerçekleştirilmiştir. CRITIC yöntemi ile 32 kriterin bölgelere göre ağırlıkları hesaplanmış, ardından elde edilen kriter ağırlıkları TOPSIS yöntemine atanmış ve bölgelerin 2012-2018 yılları için sıralamaları elde edilmiştir.

CRITIC Yöntemi ile Kriter Ağırlıklarının Belirlenmesi

Analizin ilk aşamasında kriterlerin görece önem ağırlıklarının belirlenebilmesi için CRITIC yöntemi kullanılmıştır. Yöntemin birinci aşaması karar matrisinin oluşturulması olup, matris Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: Karar Matrisi

	Güneydoğu Anadolu	Ortadoğu Anadolu	Kuzeydoğu Anadolu	Orta Anadolu	Batı Anadolu	Akdeniz	İstanbul	Doğu Marmara	Batı Marmara	Ege	Batı Karadeniz	Doğu Karadeniz
K1	10,6	11,1	10,5	7,2	5,6	6,9	5,5	5,9	6,4	5,8	7	6,9
K2	11,3	10,9	10,9	7,1	6,7	7,6	6,7	7,5	7,8	7,5	8,4	7
K3	6,2	6,5	6,3	3,9	3	3,7	3,2	3,7	3,9	3,5	3,9	3,8
K4	4,4	4,6	4,1	3,3	2,5	3,3	2,2	2,2	2,5	2,3	3	3
K5	16,1	16,7	13,9	10,8	8,3	10,8	8,2	9	9,1	8,7	9,9	9,9
K6	14,7	25,5	32,2	25,9	12,7	10,7	15,1	7,7	7,8	13,6	17,2	21,5
K7	33	31	28	46	48	58	57	51	53	57	50	54
K8	3768	3683	3420	3401	3747	3625	3823	3635	3617	3472	3436	3525
K9	49,6	49,5	57,2	63,4	73,8	64,7	56,3	59,1	44,4	58	53,6	59,8
K10	1749	1320	1558	1637	1872	2007	2190	2027	1531	1602	1452	1374
K11	925	529	519	805	1386	1249	1249	1116	907	955	841	756
K12	94	96	97	100	98	98	95	98	98	98	100	100
K13	93	96	96	100	98	95	95	97	98	98	100	100
K14	92	97	96	100	99	98	93	94	96	95	98	100
K15	91	88	88	99	100	100	100	95	100	99	96	95
K16	97	96	97	98	98	98	97	98	98	98	98	98
K17	4,1	3,5	3,7	3,9	4,7	3,8	4,2	4,5	4,8	4,4	3,6	3,9
K18	8,1	7,3	7,8	9,2	8,8	8,8	8,5	9,1	9,4	9,3	9	9
K19	2	1,6	1,7	2,2	2,3	2,4	2,1	2,4	2,5	2,5	2,2	2,3
K20	19,7	26,7	28,8	28,4	35,8	23,8	28,6	26,1	27,4	27,2	30,3	33,2
K21	3,1	2,9	2	2,9	3,8	3,3	3,3	3	2,4	3,1	2,8	2,9
K22	102,7	135	149,6	242,9	249,8	204,2	196,1	227,8	211,5	249	273,7	256,9
K23	8,9	10,4	7,6	10,4	12,9	10,8	16,8	9,8	12,9	14,3	10,3	11,4
K24	11,8	13,6	12,1	13	17,1	13,6	18,8	12,9	16,3	15,8	14,9	14,9
K25	53,4	50,8	58,8	69,3	63	55,4	56,3	43,6	57,6	56,5	58,7	57,4
K26	26,8	33	24,3	32,7	45,2	28,1	36,4	35,1	31,1	28,8	28,5	33
K27	14,6	14,1	12,6	20	24	16,3	22,2	16,9	16	16,1	16,1	21,2
K28	7,7	10,6	7,6	10,6	13	13,1	15	11,1	12,9	13,7	13,8	13
K29	121	144	142	159	266	155	192	156	150	183	152	159
K30	11	12	16	20	38	28	41	27	29	32	27	22
K31	22	20	21	33	46	37	38	34	38	43	34	35
K32	184	257	253	277	302	242	191	254	278	279	296	339

İkinci aşama normalize karar matrisinin oluşturulmasıdır. Normalizasyon işlemi fayda yönlü kriterler için Eşitlik (2), maliyet yönlü kriterler için eşitlik (3) yardımıyla hesaplanmıştır. Normalize karar matrisi Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Normalize Karar Matrisi

	Güneydoğu Anadolu	Orta Anadolu	Kuzeydoğu Anadolu	Orta Anadolu	Batı Anadolu	Akdeniz	İstanbul	Doğu Marmara	Batı Marmara	Ege	Batı Karadeniz	Doğu Karadeniz
K1	0,09	0,00	0,11	0,70	0,98	0,75	1,00	0,93	0,84	0,95	0,73	0,75
K2	0,00	0,09	0,09	0,91	1,00	0,80	1,00	0,83	0,76	0,83	0,63	0,93
K3	0,09	0,00	0,06	0,74	1,00	0,80	0,94	0,80	0,74	0,86	0,74	0,77
K4	0,08	0,00	0,21	0,54	0,88	0,54	1,00	1,00	0,88	0,96	0,67	0,67
K5	0,07	0,00	0,33	0,69	0,99	0,69	1,00	0,91	0,89	0,94	0,80	0,80
K6	0,71	0,27	0,00	0,26	0,80	0,88	0,70	1,00	1,00	0,76	0,61	0,44
K7	0,83	0,90	1,00	0,40	0,33	0,00	0,03	0,23	0,17	0,03	0,27	0,13
K8	0,13	0,33	0,95	1,00	0,18	0,47	0,00	0,45	0,49	0,83	0,92	0,71
K9	0,82	0,83	0,56	0,35	0,00	0,31	0,60	0,50	1,00	0,54	0,69	0,48
K10	0,51	1,00	0,73	0,64	0,37	0,21	0,00	0,19	0,76	0,68	0,85	0,94
K11	0,53	0,99	1,00	0,67	0,00	0,16	0,16	0,31	0,55	0,50	0,63	0,73
K12	0,00	0,33	0,50	1,00	0,67	0,67	0,17	0,67	0,67	0,67	1,00	1,00
K13	0,00	0,43	0,43	1,00	0,71	0,29	0,29	0,57	0,71	0,71	1,00	1,00
K14	0,00	0,63	0,50	1,00	0,88	0,75	0,13	0,25	0,50	0,38	0,75	1,00
K15	0,25	0,00	0,00	0,92	1,00	1,00	1,00	0,58	1,00	0,92	0,67	0,58
K16	0,50	0,00	0,50	1,00	1,00	1,00	0,50	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
K17	0,46	0,00	0,15	0,31	0,92	0,23	0,54	0,77	1,00	0,69	0,08	0,31
K18	0,38	0,00	0,24	0,90	0,71	0,71	0,57	0,86	1,00	0,95	0,81	0,81
K19	0,44	0,00	0,11	0,67	0,78	0,89	0,56	0,89	1,00	1,00	0,67	0,78
K20	0,00	0,43	0,57	0,54	1,00	0,25	0,55	0,40	0,48	0,47	0,66	0,84
K21	0,61	0,50	0,00	0,50	1,00	0,72	0,72	0,56	0,22	0,61	0,44	0,50
K22	0,00	0,19	0,27	0,82	0,86	0,59	0,55	0,73	0,64	0,86	1,00	0,90
K23	0,14	0,30	0,00	0,30	0,58	0,35	1,00	0,24	0,58	0,73	0,29	0,41
K24	0,00	0,26	0,04	0,17	0,76	0,26	1,00	0,16	0,64	0,57	0,44	0,44
K25	0,38	0,28	0,59	1,00	0,75	0,46	0,49	0,00	0,54	0,50	0,59	0,54
K26	0,12	0,42	0,00	0,40	1,00	0,18	0,58	0,52	0,33	0,22	0,20	0,42
K27	0,18	0,13	0,00	0,65	1,00	0,32	0,84	0,38	0,30	0,31	0,31	0,75
K28	0,01	0,41	0,00	0,41	0,73	0,74	1,00	0,47	0,72	0,82	0,84	0,73
K29	0,00	0,16	0,14	0,26	1,00	0,23	0,49	0,24	0,20	0,43	0,21	0,26
K30	0,00	0,03	0,17	0,30	0,90	0,57	1,00	0,53	0,60	0,70	0,53	0,37
K31	0,08	0,00	0,04	0,50	1,00	0,65	0,69	0,54	0,69	0,88	0,54	0,58
K32	0,00	0,47	0,45	0,60	0,76	0,37	0,05	0,45	0,61	0,61	0,72	1,00

Normalize karar matrisi oluşturulduktan sonra Eşitlik (4) yardımıyla ilişki katsayıları hesaplanmakta ve ilişki katsayı matrisi oluşturulmaktadır. İlişki katsayı matrisi Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5: İlişki Katsayı Matrisi

	K1	K2	K3	K4	K5	K6	K7	K8	K9	K10	K11	K12	K13	K14	K15	K16	K17	K18	K19	K20	K21	K22	K23	K24	K25	K26	K27	K28	K29	K30	K31	K32
K1	1	0,95	0,99	0,97	0,98	0,63	-0,92	-0,04	-0,43	-0,47	-0,72	0,45	0,44	0,15	0,9	0,76	0,61	0,84	0,85	0,44	0,46	0,82	0,69	0,69	0,14	0,52	0,68	0,82	0,61	0,9	0,94	0,31
K2	0,95	1	0,97	0,88	0,93	0,46	-0,89	0,01	-0,54	-0,4	-0,65	0,54	0,53	0,36	0,89	0,73	0,48	0,8	0,77	0,53	0,48	0,83	0,66	0,65	0,29	0,58	0,79	0,8	0,62	0,82	0,9	0,4
K3	0,99	0,97	1	0,92	0,96	0,58	-0,92	-0,03	-0,51	-0,45	-0,74	0,5	0,47	0,26	0,92	0,78	0,54	0,83	0,83	0,47	0,52	0,84	0,67	0,68	0,24	0,54	0,74	0,83	0,64	0,88	0,95	0,35
K4	0,97	0,88	0,92	1	0,97	0,63	-0,85	-0,06	-0,31	-0,46	-0,65	0,36	0,39	-0,01	0,8	0,69	0,69	0,8	0,8	0,41	0,33	0,75	0,69	0,7	0,02	0,48	0,58	0,76	0,57	0,89	0,88	0,26
K5	0,98	0,93	0,96	0,97	1	0,54	-0,87	0,06	-0,42	-0,41	-0,64	0,5	0,5	0,18	0,85	0,77	0,6	0,83	0,81	0,52	0,32	0,84	0,65	0,7	0,2	0,47	0,65	0,78	0,61	0,9	0,92	0,37
K6	0,63	0,46	0,58	0,63	0,54	1	-0,65	-0,48	0	-0,52	-0,76	-0,06	-0,13	-0,33	0,62	0,49	0,71	0,57	0,77	-0,19	0,48	0,27	0,43	0,38	-0,38	0,29	0,21	0,49	0,25	0,57	0,62	-0,12
K7	-0,92	-0,89	-0,92	-0,85	-0,87	-0,65	1	0,03	0,28	0,4	0,65	-0,43	-0,35	-0,15	-0,88	-0,71	-0,43	-0,81	-0,86	-0,23	-0,43	-0,74	-0,69	-0,63	-0,05	-0,29	-0,54	-0,88	-0,38	-0,79	-0,86	-0,26
K8	-0,04	0,01	-0,03	-0,06	0,06	-0,48	0,03	1	-0,05	0,55	0,55	0,73	0,66	0,5	-0,09	0,37	-0,36	0,3	0,07	0,2	-0,58	0,42	-0,39	-0,37	0,4	-0,49	-0,3	-0,12	-0,28	-0,26	-0,07	0,56
K9	-0,43	-0,54	-0,51	-0,31	-0,42	0	0,28	-0,05	1	0,4	0,53	-0,36	-0,23	-0,49	-0,39	-0,44	-0,12	-0,23	-0,26	-0,51	-0,59	-0,47	-0,09	-0,14	-0,38	-0,53	-0,63	-0,2	-0,71	-0,42	-0,51	-0,31
K10	-0,47	-0,4	-0,45	-0,46	-0,41	-0,52	0,4	0,55	0,4	1	0,83	0,35	0,47	0,43	-0,47	-0,16	-0,4	-0,17	-0,3	0,19	-0,53	0,01	-0,37	-0,27	0,19	-0,34	-0,38	-0,22	-0,36	-0,58	-0,38	0,57
K11	-0,72	-0,65	-0,74	-0,65	-0,64	-0,76	0,65	0,55	0,53	0,83	1	0,08	0,17	0,14	-0,75	-0,46	-0,6	-0,45	-0,62	-0,09	-0,79	-0,33	-0,55	-0,53	0,03	-0,58	-0,61	-0,54	-0,65	-0,78	-0,74	0,18
K12	0,45	0,54	0,5	0,36	0,5	-0,06	-0,43	0,73	-0,36	0,35	0,08	1	0,92	0,8	0,36	0,73	-0,06	0,65	0,48	0,56	-0,11	0,85	-0,09	0,02	0,42	0,08	0,25	0,35	0,14	0,16	0,42	0,86
K13	0,44	0,53	0,47	0,39	0,5	-0,13	-0,35	0,66	-0,23	0,47	0,17	0,92	1	0,73	0,32	0,59	0,03	0,6	0,38	0,7	-0,12	0,84	0,08	0,2	0,47	0,22	0,35	0,39	0,24	0,19	0,42	0,88
K14	0,15	0,36	0,26	-0,01	0,18	-0,33	-0,15	0,5	-0,49	0,43	0,14	0,8	0,73	1	0,2	0,39	-0,27	0,24	0,12	0,64	0,04	0,57	-0,13	0,01	0,6	0,24	0,35	0,22	0,27	0	0,24	0,81
K15	0,9	0,89	0,92	0,8	0,85	0,62	-0,88	-0,09	-0,39	-0,47	-0,75	0,36	0,32	0,2	1	0,72	0,57	0,81	0,83	0,26	0,5	0,68	0,7	0,66	0,37	0,43	0,64	0,77	0,55	0,82	0,91	0,17
K16	0,76	0,73	0,78	0,69	0,77	0,49	-0,71	0,37	-0,44	-0,16	-0,46	0,73	0,59	0,39	0,72	1	0,46	0,93	0,89	0,31	0,18	0,82	0,15	0,19	0,3	0,15	0,38	0,44	0,3	0,49	0,75	0,53
K17	0,61	0,48	0,54	0,69	0,6	0,71	-0,43	-0,36	-0,12	-0,4	-0,6	-0,06	0,03	-0,27	0,57	0,46	1	0,56	0,66	0,14	0,29	0,26	0,49	0,47	-0,05	0,5	0,39	0,28	0,51	0,58	0,65	0,03
K18	0,84	0,8	0,83	0,8	0,83	0,57	-0,81	0,3	-0,23	-0,17	-0,45	0,65	0,6	0,24	0,81	0,93	0,56	1	0,94	0,24	0,16	0,81	0,37	0,35	0,25	0,18	0,41	0,56	0,26	0,56	0,79	0,44
K19	0,85	0,77	0,83	0,8	0,81	0,77	-0,86	0,07	-0,26	-0,3	-0,62	0,48	0,38	0,12	0,83	0,89	0,66	0,94	1	0,12	0,33	0,7	0,43	0,38	0,06	0,22	0,39	0,6	0,31	0,62	0,84	0,33
K20	0,44	0,53	0,47	0,41	0,52	-0,19	-0,23	0,2	-0,51	0,19	-0,09	0,56	0,7	0,64	0,26	0,31	0,14	0,24	0,12	1	0,14	0,66	0,29	0,53	0,46	0,61	0,65	0,44	0,7	0,46	0,49	0,74
K21	0,46	0,48	0,52	0,33	0,32	0,48	-0,43	-0,58	-0,59	-0,53	-0,79	-0,11	-0,12	0,04	0,5	0,18	0,29	0,16	0,33	0,14	1	0,24	0,48	0,42	0,01	0,68	0,66	0,46	0,66	0,51	0,55	-0,08
K22	0,82	0,83	0,84	0,75	0,84	0,27	-0,74	0,42	-0,47	0,01	-0,33	0,85	0,84	0,57	0,68	0,82	0,26	0,81	0,7	0,66	0,24	1	0,37	0,45	0,34	0,37	0,56	0,71	0,49	0,61	0,78	0,73
K23	0,69	0,66	0,67	0,69	0,65	0,43	-0,69	-0,39	-0,09	-0,37	-0,55	-0,09	0,08	-0,13	0,7	0,15	0,49	0,37	0,43	0,29	0,48	0,37	1	0,93	0,12	0,5	0,61	0,81	0,58	0,81	0,71	-0,04
K24	0,69	0,65	0,68	0,7	0,7	0,38	-0,63	-0,37	-0,14	-0,27	-0,53	0,02	0,2	0,01	0,66	0,19	0,47	0,35	0,38	0,53	0,42	0,45	0,93	1	0,2	0,59	0,66	0,84	0,69	0,86	0,73	0,13
K25	0,14	0,29	0,24	0,02	0,2	-0,38	-0,05	0,4	-0,38	0,19	0,03	0,42	0,47	0,6	0,37	0,3	-0,05	0,25	0,06	0,46	0,01	0,34	0,12	0,2	1	0,12	0,41	0,1	0,34	0,14	0,27	0,33
K26	0,52	0,58	0,54	0,48	0,47	0,29	-0,29	-0,49	-0,53	-0,34	-0,58	0,08	0,22	0,24	0,43	0,15	0,5	0,18	0,22	0,61	0,68	0,37	0,5	0,59	0,12	1	0,82	0,43	0,83	0,57	0,55	0,24
K27	0,68	0,79	0,74	0,58	0,65	0,21	-0,54	-0,3	-0,63	-0,38	-0,61	0,25	0,35	0,35	0,64	0,38	0,39	0,41	0,39	0,65	0,66	0,56	0,61	0,66	0,41	0,82	1	0,57	0,77	0,66	0,68	0,28
K28	0,82	0,8	0,83	0,76	0,78	0,49	-0,88	-0,12	-0,2	-0,22	-0,54	0,35	0,39	0,22	0,77	0,44	0,28	0,56	0,6	0,44	0,46	0,71	0,81	0,84	0,1	0,43	0,57	1	0,52	0,83	0,81	0,31
K29	0,61	0,62	0,64	0,57	0,61	0,25	-0,38	-0,28	-0,71	-0,36	-0,65	0,14	0,24	0,27	0,55	0,3	0,51	0,26	0,31	0,7	0,66	0,49	0,58	0,69	0,34	0,83	0,77	0,52	1	0,75	0,74	0,29
K30	0,9	0,82	0,88	0,89	0,9	0,57	-0,79	-0,26	-0,42	-0,58	-0,78	0,16	0,19	0	0,82	0,49	0,58	0,56	0,62	0,46	0,51	0,61	0,81	0,86	0,14	0,57	0,66	0,83	0,75	1	0,89	0,11
K31	0,94	0,9	0,95	0,88	0,92	0,62	-0,86	-0,07	-0,51	-0,38	-0,74	0,42	0,42	0,24	0,91	0,75	0,65	0,79	0,84	0,49	0,55	0,78	0,71	0,73	0,27	0,55	0,68	0,81	0,74	0,89	1	0,38
K32	0,31	0,4	0,35	0,26	0,37	-0,12	-0,26	0,56	-0,31	0,57	0,18	0,86	0,88	0,81	0,17	0,53	0,03	0,44	0,33	0,74	-0,08	0,73	-0,04	0,13	0,33	0,24	0,28	0,31	0,29	0,11	0,38	1

Her bir kritere ait C_j değerleri Eşitlik (5), standart sapma değerleri ise Eşitlik (6) yardımıyla hesaplanmıştır. Yöntemin son aşamasında her bir kriterin C_j değerini, tüm kriterlerin C_j değerlerinin toplamına bölünmesiyle kriter ağırlıkları elde edilmektedir. Kriter ağırlıkları (w_j) Eşitlik (7) yardımıyla hesaplanmış olup; 2012 yılı çözümüne ilişkin C_j , σ_j ve w_j Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6: σ_j , C_j ve w_j Değerleri (2012 Yılı)

σ_j		C_j		w_j							
K1	0,369	K17	0,332	K1	5,918	K17	7,567	K1	0,026	K17	0,034
K2	0,375	K18	0,309	K2	5,941	K18	5,429	K2	0,027	K18	0,024
K3	0,360	K19	0,324	K3	5,664	K19	6,003	K3	0,025	K19	0,027
K4	0,356	K20	0,256	K4	6,090	K20	5,149	K4	0,027	K20	0,023
K5	0,350	K21	0,251	K5	5,576	K21	6,358	K5	0,025	K21	0,028
K6	0,314	K22	0,314	K6	7,743	K22	5,003	K6	0,035	K22	0,022
K7	0,355	K23	0,272	K7	16,361	K23	5,743	K7	0,073	K23	0,026
K8	0,342	K24	0,304	K8	10,114	K24	6,026	K8	0,045	K24	0,027
K9	0,267	K25	0,243	K9	10,676	K25	6,075	K9	0,048	K25	0,027
K10	0,319	K26	0,262	K10	10,922	K26	5,771	K10	0,049	K26	0,026
K11	0,317	K27	0,309	K11	13,013	K27	5,960	K11	0,058	K27	0,027
K12	0,321	K28	0,319	K12	6,585	K28	5,760	K12	0,029	K28	0,026
K13	0,321	K29	0,253	K13	6,303	K29	5,096	K13	0,028	K29	0,023
K14	0,331	K30	0,316	K14	7,901	K30	5,754	K14	0,035	K30	0,026
K15	0,387	K31	0,322	K15	6,698	K31	5,074	K15	0,030	K31	0,023
K16	0,334	K32	0,283	K16	6,174	K32	5,992	K16	0,028	K32	0,027

2012-2018 yıllarına ilişkin hesaplanan kriter ağırlıkları Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7: Kriterlere İlişkin 2012-2018 wj Değerleri

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
K1	0,026	0,027	0,028	0,029	0,025	0,025	0,022
K2	0,027	0,027	0,025	0,027	0,023	0,023	0,022
K3	0,025	0,024	0,024	0,027	0,025	0,024	0,022
K4	0,027	0,028	0,030	0,029	0,028	0,029	0,027
K5	0,025	0,029	0,029	0,031	0,022	0,025	0,023
K6	0,035	0,030	0,028	0,037	0,037	0,028	0,030
K7	0,073	0,062	0,066	0,049	0,057	0,055	0,062
K8	0,045	0,038	0,037	0,032	0,037	0,031	0,040
K9	0,048	0,044	0,054	0,041	0,049	0,046	0,048
K10	0,049	0,043	0,050	0,048	0,048	0,044	0,053
K11	0,058	0,047	0,054	0,046	0,052	0,056	0,051
K12	0,029	0,032	0,025	0,027	0,031	0,027	0,029
K13	0,028	0,030	0,026	0,027	0,031	0,027	0,029
K14	0,035	0,040	0,025	0,031	0,032	0,024	0,029
K15	0,030	0,035	0,038	0,043	0,044	0,026	0,031
K16	0,028	0,028	0,035	0,048	0,020	0,053	0,038
K17	0,034	0,039	0,028	0,028	0,031	0,035	0,029
K18	0,024	0,031	0,026	0,024	0,024	0,025	0,023
K19	0,027	0,022	0,025	0,022	0,026	0,029	0,028
K20	0,023	0,024	0,023	0,024	0,027	0,032	0,028
K21	0,028	0,034	0,034	0,036	0,042	0,035	0,035
K22	0,022	0,021	0,023	0,022	0,024	0,026	0,025
K23	0,026	0,029	0,026	0,031	0,025	0,032	0,032
K24	0,027	0,032	0,029	0,035	0,035	0,037	0,042
K25	0,027	0,030	0,026	0,028	0,029	0,028	0,027
K26	0,026	0,024	0,031	0,029	0,027	0,025	0,024
K27	0,027	0,023	0,026	0,023	0,024	0,028	0,021
K28	0,026	0,025	0,029	0,032	0,024	0,022	0,028
K29	0,023	0,023	0,022	0,022	0,023	0,022	0,024
K30	0,026	0,028	0,028	0,025	0,027	0,025	0,026
K31	0,023	0,024	0,025	0,026	0,025	0,024	0,025
K32	0,027	0,024	0,023	0,022	0,025	0,030	0,026

Tablo 3' te görüldüğü gibi 2012 yılında CRITIC yöntemine göre en yüksek ağırlığa sahip kriter 0,073 değeri ile sezaryen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranı (K7) bulunmuştur. İkinci büyük öneme sahip kriter 0,058 değeri ile 112 acil yardım ambulansı başına düşen vaka sayısı (K11)'dir. En düşük öneme sahip kriter ise, 0,022 değeri ile 1.000.000 kişiye düşen ve fiilen kullanılan hemodiyaliz cihazı sayısı (K22)'dir. 2018 yılında da, en yüksek ağırlığa sahip kriter 0,062 değeri ile sezaryen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranı (K7) olmuştur. İkinci büyük öneme sahip kriter ise, 0,053 değeri ile 112 acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısı (K10)'dir. En düşük öneme sahip kriter ise, 0,021 değeri ile 1.000.000 kişiye düşen EKO cihazı sayısı (K27)'dir. CRITIC yöntemi yardımıyla kriterlerin ağırlıkları 2012-2018 yılları için ayrı ayrı hesaplanmıştır. Her yıl önem ağırlıklarında farklılıklar olduğu görülmektedir. 2012 yılı için CRITIC yöntemi sonucunda elde edilen bulgulara bakıldığında, sezaryen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranının, 112 acil yardım ambulansı başına düşen vaka sayısının ve 112 acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısının en düşük olduğu bölgelerin üst sıralarda yer alması beklenmektedir.

TOPSIS Yöntemiyle Sıralamaların Elde Edilmesi

Analizin ikinci aşamasında CRITIC yöntemi vasıtasıyla elde edilen kriter ağırlıkları TOPSIS yöntemine atanmış ve bölgelerin sıralaması belirlenmiştir. Yalnızca 2012 yılı uygulama adımlarına ilişkin tablolar sunulmuştur. İlk 11 kriter (K1-K11) maliyet, sonraki 21 kriter (K12-K32) fayda kriteridir. İlk aşama CRITIC yönteminde olduğu gibi karar matrisinin oluşturulmasıdır. TOPSIS

yöntemi için de Tablo 2’de verilen karar matrisi kullanılmıştır. Karar matrisi oluşturulduktan sonra sütundaki her değerın kareleri toplamı, ardından karelerin toplamının karekökü hesaplanmıştır. Karar matrisinde yer alan değerlerin karelerin toplamının kareköküne bölünmesiyle normalizasyon işlemi gerçekleştirilmiştir. Bu sayede Tablo 8’de verilen normalize karar matrisi elde edilmiştir. Yapılan işlemler Eşitlik (9) ve (10)’da ifade edilmiştir.

Tablo 8: Normalize Karar Matrisi

	Güneydoğu Anadolu	Ortadoğu Anadolu	Kuzeydoğu Anadolu	Orta Anadolu	Batı Anadolu	Akdeniz	İstanbul	Doğu Marmara	Batı Marmara	Ege	Batı Karadeniz	Doğu Karadeniz
K1	0,40	0,42	0,39	0,27	0,21	0,26	0,21	0,22	0,24	0,22	0,26	0,26
K2	0,39	0,37	0,37	0,24	0,23	0,26	0,23	0,26	0,27	0,26	0,29	0,24
K3	0,40	0,42	0,41	0,25	0,19	0,24	0,21	0,24	0,25	0,23	0,25	0,25
K4	0,39	0,41	0,37	0,30	0,22	0,30	0,20	0,20	0,22	0,21	0,27	0,27
K5	0,41	0,43	0,35	0,28	0,21	0,28	0,21	0,23	0,23	0,22	0,25	0,25
K6	0,23	0,40	0,50	0,40	0,20	0,17	0,23	0,12	0,12	0,21	0,27	0,33
K7	0,20	0,19	0,17	0,28	0,29	0,35	0,34	0,31	0,32	0,34	0,30	0,32
K8	0,30	0,30	0,27	0,27	0,30	0,29	0,31	0,29	0,29	0,28	0,28	0,28
K9	0,25	0,25	0,28	0,32	0,37	0,32	0,28	0,29	0,22	0,29	0,27	0,30
K10	0,29	0,22	0,26	0,28	0,32	0,34	0,37	0,34	0,26	0,27	0,24	0,23
K11	0,27	0,16	0,15	0,24	0,41	0,37	0,37	0,33	0,27	0,28	0,25	0,22
K12	0,28	0,28	0,29	0,30	0,29	0,29	0,28	0,29	0,29	0,29	0,30	0,30
K13	0,28	0,29	0,29	0,30	0,29	0,28	0,28	0,29	0,29	0,29	0,30	0,30
K14	0,28	0,29	0,29	0,30	0,30	0,29	0,28	0,28	0,29	0,28	0,29	0,30
K15	0,27	0,26	0,26	0,30	0,30	0,30	0,30	0,29	0,30	0,30	0,29	0,29
K16	0,29	0,28	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29	0,29
K17	0,29	0,25	0,26	0,27	0,33	0,27	0,29	0,32	0,34	0,31	0,25	0,27
K18	0,27	0,24	0,26	0,30	0,29	0,29	0,28	0,30	0,31	0,31	0,30	0,30
K19	0,26	0,21	0,22	0,29	0,30	0,31	0,28	0,31	0,33	0,33	0,29	0,30
K20	0,20	0,27	0,29	0,29	0,37	0,24	0,29	0,27	0,28	0,28	0,31	0,34
K21	0,30	0,28	0,19	0,28	0,37	0,32	0,32	0,29	0,23	0,30	0,27	0,28
K22	0,14	0,18	0,20	0,33	0,34	0,27	0,26	0,31	0,28	0,34	0,37	0,35
K23	0,22	0,26	0,19	0,26	0,32	0,27	0,42	0,24	0,32	0,36	0,26	0,28
K24	0,23	0,27	0,24	0,26	0,34	0,27	0,37	0,25	0,32	0,31	0,29	0,29
K25	0,27	0,26	0,30	0,35	0,32	0,28	0,28	0,22	0,29	0,29	0,30	0,29
K26	0,24	0,29	0,22	0,29	0,40	0,25	0,32	0,31	0,28	0,26	0,25	0,29
K27	0,24	0,23	0,20	0,32	0,39	0,26	0,36	0,27	0,26	0,26	0,26	0,34
K28	0,18	0,25	0,18	0,25	0,31	0,31	0,36	0,27	0,31	0,33	0,33	0,31
K29	0,21	0,25	0,24	0,27	0,46	0,27	0,33	0,27	0,26	0,31	0,26	0,27
K30	0,12	0,13	0,17	0,22	0,41	0,30	0,44	0,29	0,31	0,34	0,29	0,24
K31	0,18	0,17	0,18	0,28	0,39	0,31	0,32	0,29	0,32	0,36	0,29	0,29
K32	0,20	0,28	0,27	0,30	0,33	0,26	0,21	0,28	0,30	0,30	0,32	0,37

Normalize karar matrisinin oluşturulmasından sonra CRITIC yöntemiyle elde edilen kriter ağırlıkları Eşitlik (10)’da gösterilen standart karar matrisinin her bir elemanı ile çarpılır. Bu sayede ağırlıklandırılmış normalize karar matrisi elde edilmektedir. Daha sonra Eşitlik (12) yardımıyla pozitif ideal (A⁺) ve negatif ideal (A⁻) çözüm değerleri hesaplanmaktadır. Ağırlıklandırılmış normalize karar matrisi ve pozitif ve negatif ideal çözüm değerleri Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Ağırlıklandırılmış Normalize Karar Matrisi

	Güneydoğu Anadolu	Ortadoğu Anadolu	Kuzeydoğu Anadolu	Orta Anadolu	Batı Anadolu	Akdeniz	İstanbul	Doğu Marmara	Batı Marmara	Ege	Batı Karadeniz	Doğu Karadeniz	A+	A-
K1	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K2	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K3	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,01
K4	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K5	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K6	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,00	0,02
K7	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,03	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,03
K8	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K9	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
K10	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02
K11	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,01	0,01	0,01	0,02
K12	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K13	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K14	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K15	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K16	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K17	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K18	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K19	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K20	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
K21	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K22	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
K23	0,01	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
K24	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K25	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K26	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K27	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
K28	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
K29	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
K30	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
K31	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,00
K32	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01

Pozitif ideal çözüm değeri (A^+) ve negatif ideal çözüm değeri (A^-) hesaplandıktan sonra i 'inci alternatif ile pozitif ideal çözüm değeri arasındaki uzaklık (S_i^+) ve negatif ideal çözüm değeri arasındaki uzaklık (S_i^-) değerleri hesaplanmıştır. Hesaplanan değerler Eşitlik (17)'de gösterilen formülde yerine yazılarak yakınlık değerleri (C_i^*) hesaplanmıştır. S_i^+ , S_i^- ve C_i^* değerleri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: S_i^+ , S_i^- ve C_i^* değerleri

BÖLGELER	S_i^+	S_i^-	C_i^*
Güneydoğu Anadolu	0,02	0,02	0,50
Ortadoğu Anadolu	0,02	0,03	0,54
Kuzeydoğu Anadolu	0,02	0,03	0,52
Orta Anadolu	0,02	0,03	0,58
Batı Anadolu	0,02	0,03	0,60
Akdeniz	0,02	0,03	0,53
İstanbul	0,02	0,03	0,58
Doğu Marmara	0,02	0,03	0,57
Batı Marmara	0,02	0,03	0,63
Ege	0,02	0,03	0,61
Batı Karadeniz	0,02	0,03	0,61
Doğu Karadeniz	0,02	0,03	0,61

2012-2018 yıllarına ilişkin C_i^* değerleri ve bölgelerin sıralaması Tablo 11’de verilmiştir.

Tablo 11: Bölgelerin Yıllara Göre C_i^* Değerleri ve Sıralamaları

BÖLGELER	2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	C_i^*	Sıra	C_i^*	Sıra	C_i^*	Sıra	C_i^*	Sıra	C_i^*	Sıra	C_i^*	Sıra	C_i^*	Sıra
Güneydoğu Anadolu	0,50	12	0,46	12	0,50	12	0,48	12	0,49	12	0,53	12	0,52	12
Ortadoğu Anadolu	0,54	9	0,51	10	0,52	11	0,53	11	0,54	11	0,58	10	0,59	9
Kuzeydoğu Anadolu	0,52	11	0,50	11	0,58	9	0,54	10	0,55	9	0,59	9	0,59	7
Orta Anadolu	0,58	6	0,61	5	0,65	4	0,58	8	0,62	3	0,65	2	0,63	2
Batı Anadolu	0,60	5	0,66	2	0,65	2	0,64	2	0,61	6	0,64	3	0,60	6
Akdeniz	0,53	10	0,54	9	0,55	10	0,56	9	0,56	8	0,60	8	0,58	10
İstanbul	0,58	7	0,59	7	0,60	8	0,62	6	0,61	5	0,62	6	0,61	5
Doğu Marmara	0,57	8	0,58	8	0,61	7	0,59	7	0,55	10	0,57	11	0,53	11
Batı Marmara	0,63	1	0,59	6	0,62	6	0,63	4	0,62	4	0,66	1	0,62	4
Ege	0,61	2	0,65	4	0,63	5	0,63	5	0,58	7	0,63	4	0,59	8
Batı Karadeniz	0,61	3	0,66	1	0,65	3	0,64	3	0,64	2	0,62	7	0,62	3
Doğu Karadeniz	0,61	4	0,66	3	0,69	1	0,70	1	0,65	1	0,62	5	0,66	1

Yapılan hesaplamalar sonucunda, 2012 yılında ilk sırada yer alan bölge Batı Marmara’dır. Batı Marmara’yı Ege ve Batı Karadeniz bölgeleri takip etmektedir. Son sırada yer alan bölge ise Güneydoğu Anadolu bölgesidir. Tablo 4’te görüldüğü üzere, Güneydoğu Anadolu bölgesi değerlendirme yapılan tüm yıllarda son sırada yer almaktadır. Esasen Doğu Anadolu’da yer alan bölgeler diğer bölgelere nazaran daha düşük sıralarda yer almıştır. Değerlendirme yapılan son yıl olan 2018 yılında ise, Doğu Karadeniz bölgesi ilk sırada yer almıştır. Doğu Karadeniz’i Orta Anadolu ve Batı Karadeniz bölgeleri takip etmektedir. Batı Marmara, Batı Karadeniz ve Doğu Karadeniz bölgelerinin 7 yıllık değerlendirme periyotunda ilk sıralarda yer aldıkları görülmektedir.

LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

ÇKKV araçları sağlık bilimlerinde kullanılmakla birlikte, bu çalışmaların sayısı pek fazla değildir. TOPSIS yöntemi sıklıkla tercih edilse de, CRITIC ve TOPSIS yönteminin bütünleşik olarak sağlık alanında kullanıldığı az sayıda araştırma bulunmaktadır. Literatür araştırmasında karşılaşılan çalışmalar aşağıda sıralanmıştır.

Bu bağlamda, Orakçı ve Özdemir (2017), Türkiye ve AB ülkelerinin insani gelişmişlik düzeylerini belirlemek için CRITIC yöntemini kullanmıştır. Can vd., (2018) araştırmalarında kriterlerin önem ağırlıklarını belirlemek için CRITIC yönteminden yararlanmıştır. Mobinizadeh vd. (2016), İran sağlık

teknolojisi değerlendirme departmanının çağrı projeleri için mevcut olan üç teknolojisini değerlendirmek için TOPSIS uygulamıştır. Meshram vd. (2017), Andhra Pradesh eyaletinin bölgelerini, kadın ve çocuklara ilişkin beslenme ve temel sağlık göstergelerini kullanarak TOPSIS yöntemi ile sıralamıştır. Radenović ve Veselinović (2017), sağlık bilgi sistemlerinin etkinliğini değerlendirme amacıyla bütünlük AHP ve TOPSIS yöntemini kullanmıştır. Araujo vd. (2017), 92 hastanenin 2008-2013 dönemi performansını değerlendirmek için TOPSIS yöntemini kullanmıştır. Türkoğlu (2018) çalışmasında, Avrupa ülkelerini belirlediği sağlık göstergelerinden faydalanarak TOPSIS yöntemiyle sıralamıştır. Ayyıldız ve Demirci (2018), şehirlerdeki yaşam kalitesini incelemek amacıyla SWARA ve TOPSIS yöntemini bütünlük olarak kullanmıştır. Koçhisarlı ve Özarı (2019), refah devletleri olarak bilinen İskandinav ülkeleri İsveç, Norveç, Finlandiya ve Danimarka'yı iyi yaşam endeksi göstergelerini dikkate alarak TOPSIS yöntemi ile sıralamıştır. Yıldız vd. (2019), Avrupa Birliği üyesi 31 ülkenin yaşam kalitelerini analiz etmek amacıyla, Bulanık AHP, Modifiye Delphi ve TOPSIS yöntemini kullanmıştır. Hosseini vd. (2019), Batı İran'da yer alan Ahvaz Tıp Bilimleri Üniversitesi'ne bağlı 8 hastaneyi beklenmedik olaylara hazırlık durumlarına göre sıralamak için TOPSIS yönteminden yararlanmıştır. Zulqarnain vd. (2020), sağlık departmanına tıbbi personel seçimi için TOPSIS yöntemini kullanmıştır. Değirmenci ve Ayan (2020), Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü ülkelerini seçilen sağlık göstergelerine göre sınıflandırmak amacıyla bulanık kümeleme analizi ve TOPSIS yöntemini kullanmıştır. Tezcan (2020), 6 yıllık döneme ait 14 sağlık göstergesini kullanarak Türkiye'yi yıllara göre performans puanı açısından TOPSIS yöntemi ile sıralamıştır. Ning vd. (2020), kriptografik güvenlik gerekliliğinden yola çıkarak bulut sağlık hizmetleri uygulamalarında en iyi şifre algoritmasını belirleme amacıyla CRITIC ve TOPSIS yöntemini bütünlük olarak kullanmıştır. Pekaya ve Dökmen (2019), 35 OECD ülkesinin kamu sağlık harcamalarını değerlendirirken CRITIC ve TOPSIS yönteminden faydalanmıştır. 122 ülkenin sağlık durumu göstergelerini değerlendirdikleri çalışmalarında Yılmaz ve Söyük (2020), CRITIC ve TOPSIS yöntemlerini kullanmıştır.

Çalışma sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir. Çınaroğlu ve Avcı (2014) yaptıkları kümeleme analiziyle Güneydoğu Anadolu bölgesinin sağlık göstergeleri açısından en dezavantajlı bölge olduğu sonucuna ulaşmıştır. Kar ve Özer (2020)'in yaptıkları çalışmada da Güneydoğu Anadolu bölgesi sağlık altyapısı ve sağlık göstergeleri bakımından son sırada yer almıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık göstergesi, bir toplumda yaşayan insanların sağlık durumunu nitelik, nicelik ve süre bakımından tanımlamak için kullanılan, doğrudan veya dolaylı olarak ölçülebilen bir değişkendir (Bonita vd., 2006: 32; SB, 2011: 9). Sağlık göstergeleri, toplumun sağlığını iyileştirme ve sağlıktaki eşitsizliklerin azaltılması amacıyla kullanılmakta (Sungur, 2018: 62), gelişmişlik düzeyi ve kalkınma hedefleri üzerinde etkili olmaktadır (Tekin, 2015: 412). Bunun yanı sıra, toplumun sağlık düzeyi ya da ihtiyaçları sağlık göstergelerinden faydalanılarak yapılan ölçümler yoluyla belirlenebilmektedir (Çelik, 2013: 38). Sağlık göstergeleri açısından bölgelerin ele alınması sağlık yöneticilerinin bölgeler arasındaki fırsat eşitsizliklerini ve farklılıkları net olarak görmelerine ve karşılaştırma yapabilmelerine imkan tanımaktadır (Çınaroğlu ve Avcı, 2014: 95; Tekin, 2015: 413). Dünya Sağlık Örgütü, 50'den fazla sağlık göstergesine ilişkin en son verileri paylaşmaktadır (WHO, 2021).

Sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyetin sağlanması ve bölgeler arasındaki eşitsizliğin mümkün olduğunca ortadan kaldırılması ile toplumun sağlık statüsünü iyileştirmek mümkündür. Sağlık hizmetlerinde eşitlik hedefi, bütün bölgelerin veya sosyal grupların sağlık düzeyini eşit seviyeye getirmek ya da aralarındaki farkı önemli ölçüde azaltmaktır (Whitehead, 2001: 7-10). Sağlık hizmetlerinde sınırlı kaynakların dağıtımında da eşitlik, hakkaniyet, verimlilik ve optimal kaynak

kullanımının göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Akdur, 2000: 38-39). Etkin bölge tabanlı sağlık planlamasıyla, sağlık hizmetine erişim, hasta yığılmaları ve hizmette gecikme sorunları önlenecek; kaynakların dengeli dağılımı yoluyla etkin ve verimli kaynak kullanımı sağlanacaktır (SB, 2021). İyi organize edilmiş sağlık hizmet sunumu (Özer ve Sungur, 2019: 229), kolay ve rahat erişebilen sağlık hizmeti ve iyi bir sosyal ve kültürel çevrede yaşama toplumdaki bireylerin yaşam sürelerini ve kalitelerini artırmaktadır (Sungur, 2018: 56).

Çalışma ile, Türkiye'nin bölgeleri 7 yıllık periyotta 32 sağlık göstergesi doğrultusunda CRITIC tabanlı TOPSIS yöntemiyle değerlendirilmiştir. İyi işleyen bir sağlık sistemi için ölüm nedenine ilişkin doğru bilgilerin sağlanması (Bonita vd., 2006: 23) ve mortalite göstergeleri önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerine erişim ile bu hizmetleri kullanım durumu (Budak, 2019: 34), yeterli sayıda tıbbi cihazın mevcudiyeti ve yeterli sağlık personelinin bulunması sağlık statüsünü olumlu etkilemektedir. Bu nedenle sağlık hizmetleri değerlendirilirken hizmet sunumu üzerinde etkisi olan, yatak sayısı, insan kaynağı, tıbbi cihaz sayıları gibi göstergelerin dikkate alınması önem arz etmektedir (Özer ve Sungur, 2019: 221-229). Bu kapsamda, İstatistik Yıllıklarında "Mortalite", "Hastalıkların Önlenmesi ve Sağlığın Korunması", "Sağlıkta İnsan Kaynakları", "Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı ve Sağlık Hizmeti Verilen Kurumlar ve Altyapıları" başlıkları altında yer alan ve literatürde sağlık hizmetlerini değerlendirme amacıyla sıklıkla kullanılan 32 sağlık göstergesi çalışmaya dahil edilmiştir.

Kriterlerin fayda ya da maliyet yönlü olması çalışma sonuçlarını etkilemektedir. Belirlenen kriterlerin 11'i (K1-K11) maliyet; 21'i ise (K12-K32) fayda yönlüdür. Bir bölgede anne ölüm oranı ya da aile hekimi başına düşen nüfus gibi sağlık statüsünü negatif etkileyen göstergelerin yüksek olması istenen bir sonuç değildir. Fakat, 10.000 kişiye düşen yoğun bakım yatağı sayısı ya da 100.000 kişiye düşen toplam hemşire sayısı gibi sağlık statüsünü pozitif etkileyen göstergelerin mümkün olduğunca yüksek olması istenmektedir. Bu doğrultuda ilk 11 kriter maliyet, sonraki 21 kriter ise fayda kriteri olarak değerlendirmeye alınmıştır.

Sağlık alanında yöntemlerin bütünlük olarak kullanıldığı az sayıda araştırma olması çalışmanın çıkış noktasıdır. CRITIC yöntemi kriterlerin standart sapma değerlerini ve kriterler arası korelasyonu birlikte kullanması; TOPSIS yöntemi ise, daha kısa çözüme ulaştırması sebebiyle tercih edilmiştir. CRITIC yöntemi sonucunda 2012-2018 yılları arasında ilk üç sırada yer alan kriterler; sezaryen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranı (K7), 1.000 kişiye düşen ameliyat sayısı (K9), 112 acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısı (K10), 112 acil yardım ambulansı başına düşen vaka sayısı (K11) ve antenatal bakım kapsamı (K16)'dır.

En önemli kriter olan sezaryen doğumların tüm doğumlar içerisindeki oranının (K7), Tablo 3'te verilen karar matrisine bakıldığında en yüksek Akdeniz, İstanbul ve Ege bölgelerinde olduğu görülmektedir. Bu oranın yüksek olması normal doğumun teşvik edilmemesini ifade etmektedir.

Sezaryen doğum, normal doğuma göre hizmet sağlayıcıya daha fazla gelir elde etme fırsatı sunmaktadır. Bu nedenle bir ahlaki tehlike olup olmadığı da bu bölgeler için incelenebilir. Sezaryen doğumla, anne ölümleri, anne ve bebek morbiditesi ve sonraki doğumlar için komplikasyon riski artmaktadır. Bunun yanı sıra, sezaryen doğum finansal maliyetleri de artırmaktadır. Tıbbi olarak gereklilik olmayan durumlarda gerçekleştirilen sezaryen doğumların uygunluğu tartışılmaya devam etmektedir (OECD, 2018). Türkiye, OECD ülkeleri verileri incelendiğinde 1.000 canlı doğumda sezaryen sayısı en yüksek ülkeler arasındadır. Tıbbi gereklilik olmayan sezaryen doğumlarla ilgili toplumu bilinçlendirme çalışmalarına sezaryen sayısının yüksek olduğu Akdeniz, İstanbul ve Ege bölgelerinden başlanması önerilebilir. İkinci önemli kriter, 1.000 kişiye düşen ameliyat sayısı (K9)'dır. 1.000 kişiye düşen ameliyat sayısı, Batı Anadolu, Akdeniz ve Orta Anadolu bölgelerinde daha

yüksektir. Bu oran gereksiz ameliyatlara yapılabildiği sorusunu akla getirmektedir. Diğer yandan 1.000 kişiye düşen ameliyat sayısının az olduğu bölgelerde kaynak yetersizliği sorununun etkisinin olup olmadığı sorgulanmalıdır. Bu doğrultuda bu kriter, her iki açıdan da değerlendirilmelidir. 112 acil yardım istasyonu başına düşen vaka sayısı (K10) ve 112 acil yardım ambulansı başına düşen vaka sayısı (K11) kriterleri ilk sıralarda yer alan diğer kriterlerdir. Vaka yoğunluğu hizmet sunumunda gecikmelere sebep olmaktadır. Bu nedenle istasyon başına ya da acil yardım ambulansı başına düşen vaka sayısının yüksek olması istenilen bir sonuç değildir.

Son üç sırada yer alan kriterler ise; 1.000 canlı doğumda perinatal ölüm hızı (K2), 1.000 canlı doğumda neonatal ölüm hızı (K3), 5 yaş altı ölüm hızı (K5), Antenatal bakım kapsamı (K16), Çocuk başına ortalama izlem sayısı (K19), 1.000.000 kişiye düşen ve fiilen kullanılan hemodiyaliz cihazı sayısı (K22), 1.000.000 kişiye düşen EKO cihazı sayısı (K27), 1.000.000 kişiye düşen Mamografi cihazı sayısı (K28), 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı (K29), 100.000 kişiye düşen toplam eczacı sayısı (K31) ve 100.000 kişiye düşen toplam hemşire/ebe sayısı (K32)'dir. İlk sıralarda yer alan kriterlerde yıllara göre çok farklılık olmamasına karşın, son sıralarda yer alan kriterler farklılık göstermektedir. Kriter ağırlıklarının yıllara göre farklılık göstermesi sıralama sonuçlarında değişikliğe neden olmaktadır.

Perinatal ölüm hızı, canlı doğup 7 gün içerisinde ölen bebek sayısını ve aynı yıl gerçekleşen ölü doğum sayısını içermektedir. Neonatal ölüm hızı ise, yaşamın ilk 28 gün içerisindeki ölüm boyutunu ifade etmektedir. Perinatal ölüm hızı, anne sağlığı düzeyinin, doğum öncesi bakımın ve doğum koşullarının yeterliliğinin gösteren bir ölçüttür. Neonatal ölüm hızı bunlara ek olarak, doğum sonrası bakımların yeterliliğinin göstergesidir. 5 yaş altındaki ölümlerin oranının yüksek olması halinde anne-çocuk sağlığının yetersiz durumda olduğu kabul edilmektedir (Tezcan, 2009: 178-180). Bu hızların yüksek olduğu ilk üç bölge; Güneydoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu ve Ortadoğu Anadolu'dur. Bu bölgelerde gebe izlemlerinin ve aile hekimliklerinin bu konuda sunmuş oldukları hizmetlerin performanslarının ele alınması ve sağlık kurumlarında gerçekleşen doğum sonrası ölümlerin incelenmesi önerilebilir. Bebek ve çocuklara ilişkin sağlık sorunlarının olduğu bölgelerin coğrafi açıdan ve sağlık hizmetlerine erişim açısından ele alınması gerekmektedir. Son sıralarda yer alan Güneydoğu Anadolu, Ortadoğu Anadolu, Kuzeydoğu Anadolu, Doğu Marmara ve Akdeniz bölgelerinde yüksek önem ağırlığına sahip kriterlere ilişkin iyileştirme çalışmalarının yapılması önerilebilir.

Çalışmada kullanılan yöntemler vasıtasıyla bölgelere ilişkin değerler yıl bazında değerlendirilmiş, rakamsal sonuçlar sunulmuş ve incelenen zaman diliminde bölgeler sıralanmıştır. Analiz gerçekleştirilen tüm yıllarda yalnızca Güneydoğu Anadolu bölgesi aynı sırada yer almıştır. Diğer tüm bölgelerin sıralamalarında yıllara göre farklılıklar görülmektedir. İlk sırada yer alan bölgeler; Batı Marmara, Batı Karadeniz ve Doğu Karadeniz'dir. Araştırma sonucuna göre, Güneydoğu Anadolu bölgesinin, 32 sağlık göstergesi açısından en dezavantajlı bölge olduğu saptanmıştır.

Son sıralarda yer alan bölgelerin, coğrafi açıdan kaynak yetersizliği ve sağlık hizmetlerine erişim sorunları olduğu düşünülmektedir. Yetersiz sağlık personeli zamanında ve etkili sağlık hizmeti alımını engellemektedir. Tıbbi cihaz sayısındaki yetersizlik de erişim ve bekleme süreleri açısından sorunlara neden olmaktadır (Özer ve Sungur, 2019: 222-223). Bu bölgelere tahsis edilen kaynakların artırılması önerilebilir. Uygun ve yeterli kaynak tahsisi ile bölgelerin sağlık düzeylerinin olumlu etkileneceği düşünülmektedir.

Artan sağlık hizmetlerini değerlendirme ihtiyacına yönelik olarak Türkiye'nin bölgelerine özel sayısal bir değerlendirme sunması açısından çalışma önem taşımaktadır. Çalışmada kriter ağırlıkları CRITIC

yöntemiyle, alternatiflerin sıralaması ise, TOPSIS yöntemiyle elde edilmiştir. Farklı sağlık göstergeleri ve ÇKKV araçları kullanılarak farklı değerlendirmeler yapılabilir. ÇKKV araçlarının kullanıldığı çalışma sayısının artması karşılaştırma imkanı sunacağından ilgili literatüre katkı sağlayacaktır.

KAYNAKÇA

- Ağırbaş, İ., Akbulut, Y., ve Önder, Ö. R. (2011). Atatürk Dönemi Sağlık Politikası. Ankara Üniversitesi Türk İnkılap Tarihi Enstitüsü Atatürk Yolu Dergisi, 12(48), 733-748.
- Akdağ, R. (2008). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu. Ankara, TC. Sağlık Bakanlığı Yayın No:749.
- Akdeniz, M., Ungan, M., ve Yaman, H. (2010). The Development Of Family Medicine As a Discipline in Turkey. Gerofam, 1(1), 29-40.
- Akdur, R. (2008). *Cumhuriyetten Günümüze Türkiye’de Sağlık*. 25.02.2021 tarihinde <https://www.recepakdur.com/media/1372/04-akdur-r-cumhuriyetten-gu-nu-mu-ze-tu-rkiye-sag-lik-12ulusal-halk-sag-lig-i-kongresi-21-25-ekim-2008-ankara-kitabi-sayfa-45-71.pdf> adresinden alınmıştır.
- Akman, M. (2014). Türkiye’de birinci basamağın gücü. Türkiye Aile Hekimliği Dergisi, 18(2), 70-78.
- Araujo, C. A. S., Wanke, P., & Siqueira, M. M. (2018). A performance analysis of Brazilian public health: TOPSIS and neural networks application. *International Journal of Productivity and Performance Management*. 67(9), 1526-1549.
- Atan, M., Altan, Ş. (2020). Örnek Uygulamalarla Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri. Ankara: Gazi Kitabevi.
- Atun, R., Aydın, S., Chakraborty, S., Sümer, S., Aran, M., Gürol, I., Dilmen, U. (2013). Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. *The Lancet*, 382(9886), 65-99.
- Ayçin, E. (2020). Çok Kriterli Karar Verme Bilgisayar Uygulamalı Çözümler. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Ayyıldız, E., Demirci, E. (2018). Türkiye’de Yer Alan Şehirlerin Yaşam Kalitelerinin Swara Entegreli Topsis Yöntemi İle Belirlenmesi. *Pamukkale University Journal of Social Sciences Institute/Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (30).
- Başol, E., Işık, A. (2017). Türkiye’de Sağlık Politikalarında Güncel Gelişmeler: Sağlıkta Dönüşüm Programından Günümüze Bazı Değerlendirme Ve Öneriler. *International Anatolia Academic Online Journal/Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 1-26.
- Bayraktutan, Y., Pehlivanoğlu, F. (2012). Sağlık işletmelerinde etkinlik analizi: Kocaeli örneği. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 23, 127 – 162.
- Bonita, R. Beaglehole, R. Kjellström, T. *Basic Epidemiology*. 2nd Edition. 30.05.2021 tarihinde <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/epidemioloji.pdf> adresinden alınmıştır.

- Budak, F. (2019). Sağlık ve Sağlık Statüsü Belirleyicileri. Bulunduğu eser: Budak, F. (Ed.). *Sağlık Statüsü Belirleyicileri* (ss. 23-37). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Can, G. F., Kargı, Ş. (2019). Sektörlerin İş Sağlığı ve Güvenliği Yönünden Risk Seviyelerinin Critic-Edas Entegrasyonu İle Değerlendirilmesi. *Journal of Industrial Engineering (Turkish Chamber of Mechanical Engineers)*, 30(1), 15-31.
- Can, G. F., Atalay, K. D., ve Eraslan, E. (2018). HTEA Temelli CRITIC Yöntemi İle Bir Devlet Hastanesinde Risk Değerlendirme Uygulaması. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 6, 176-187.
- Çelik, Y. (2013). Sağlık Ekonomisi. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Çelikkilek, Y. (2018). Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri Açıklamalı ve Karşılaştırmalı Sağlık Bilimleri Uygulamaları ile. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Çınaroğlu, S., Avcı, K. (2014), İstatistik Bölge Birimlerinin Sağlık Göstergeleri Bakımından Kümelenmesi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 17(2), 89-97.
- Çilhoroz, Y., Arslan, İ. (2018). Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Akademisyenler Üzerinde Nitel Bir Araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10(26); 798-810.
- Değirmenci, N., Ayan, T. Y. (2020). OECD Ülkelerinin Sağlık Göstergeleri Açısından Bulanık Kümeleme Analizi Ve Topsis Yöntemine Göre Değerlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 38(2), 229-241.
- Demircioğlu, M., Coşkun, İ. (2018). Critic-Moosra Yöntemi Ve Ups Seçimi Üzerine Bir Uygulama. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 27 (1), 183-195.
- Diakoulaki, D., Mavrotas, G., & Papayannakis, L. (1995). Determining objective weights in multiple criteria problems: The critic method. *Computers & Operations Research*, 22(7), 763-770.
- Erol, H., Özdemir, A. (2014). Türkiye’de Sağlık Reformları ve Sağlık Harcamalarının. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 4(1), 9-34.
- Hosseini, S. M., Bahadori, M., Raadabadi, M., & Ravangard, R. (2019). Ranking hospitals based on the disasters preparedness using the TOPSIS technique in western Iran. *Hospital topics*, 97(1), 23-31.
- Kar, A., Özer, Ö. (2020). Türkiye’de Sağlık Hizmetleri Altyapı Kaynaklarının, Hizmet Kullanım Düzeylerinin Ve Sağlık Sonuçlarının Bölgesel Düzeyde Karşılaştırılması. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(20), 331-350.
- Kar, A., Özer, Ö. ve Avcı, K. (2018). Acil Servislerin TOPSIS Ve Gri İlişkisel Analiz Yöntemleriyle Değerlendirilmesi. *Akademik Araştırmalar Ve Çalışmalar Dergisi (Akad)*, 10(19), 442-459.

- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Koçhisarlı, S., Özari, Ç. (2019). İyi Yaşam Endeksi Göstergeleri Dikkate Alınarak İskandinav Ülkelerinin TOPSIS Yöntemi İle Değerlendirilmesi. *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(94), 466-480.
- Marşap, A. (2014). Sağlık İşletmelerinde Kalite Sağlıkta Kaliteşim Sistemi ve Sağlıkta Mükemmellikte Süreklilik. İstanbul: Beta Basım.
- Meshram, I.I., Boiroju, N. K., and Kodali, V. (2017). Ranking of districts in Andhra Pradesh using women and children nutrition and health indicators by TOPSIS method. *Indian Journal of Community Health*, 29(4), 350-356.
- Mobinizadeh, M., Raeissi, P., Nasiripour, A. A., Olyaeemanesh, A., and Tabibi, S. J. (2016). A model for priority setting of health technology assessment: the experience of AHP-TOPSIS combination approach. *DARU Journal of Pharmaceutical Sciences*, 24(1), 10.
- Ning, L., Ali, Y., Ke, H., Nazir, S., & Huanli, Z. (2020). A Hybrid MCDM Approach of Selecting Lightweight Cryptographic Cipher Based on ISO and NIST Lightweight Cryptography Security Requirements for Internet of Health Things. *IEEE Access*, 8, 220165-220187.
- OECD. (2018). *Caesarean Sections Data*. 02.06.2021 tarihinde <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm> adresinden alınmıştır.
- Orakçı, E., Özdemir, A. (2017). Telafi edici çok kriterli karar verme yöntemleri ile Türkiye ve AB ülkelerinin insani gelişmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 61-74.
- Özbek, A. (2019). Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri ve Excel ile Problem Çözümü Kavram-Teori-Uygulama. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Özer, Ö. Sungur, C. (2019). Sağlık Statüsü Belirleyicisi Olarak Sağlık Hizmetleri Sunumu. Bulunduğu eser: Budak, F. (Ed.). *Sağlık Statüsü Belirleyicileri* (ss. 213-229). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Pekkaya, M., Dökmen, G. (2019). OECD Ülkeleri Kamu Sağlık Harcamalarının ÇKKV Yöntemleri İle Performans Değerlendirmesi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 15(4), 923-950.
- Radenović, Ž., Veselinović, I. (2017). Integrated AHP-TOPSIS method for the assessment of health management information systems efficiency. *Economic Themes*, 55(1), 121-142.
- Sayan, İ.Ö., Küçük, A. (2012). Türkiye’de Kamu Personeli İstihdamında Dönüşüm: Sağlık Bakanlığı Örneği. *Ankara Üniversitesi Sbf Dergisi*, 67(01), 171-203.
- SB. (2011). Sağlıkın teşviki ve geliştirilmesi sözlüğü. *Bakanlık Yayın*, 814(1).
- SB. (2018). Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018*. 01.02.2021 tarihinde <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> adresinden alınmıştır.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

- SB. (2021). Sağlık Hizmet Bölgeleri. 31.05.2021 tarihinde <https://shgmshpdb.saglik.gov.tr/TR-5708/saglik-hizmet-bolgeleri.html> adresinden alınmıştır.
- Sönmez, Y. (2007). Doğum öncesi bakım hizmetleri. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 16(1), 9-12.
- Sungur, C. (2018). Sağlık Politikasına Sistemik Bir Yaklaşım. Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Tekin, B. (2015). Temel sağlık göstergeleri açısından Türkiye'deki illerin gruplandırılması: bir kümeleme analizi uygulaması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 5(2), 389-416.
- Tengilimoğlu, D. (2018). Sağlık Politikası. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Tezcan, N. (2020). Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları Kapsamında Türkiye'de Sağlık Göstergelerinin Analizi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (Özel Ek), 202-217.
- Tezcan, S. (2009). *Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yönetim Bilimi*. Ankara: Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı.
- Türkoğlu, S. P. (2018). Avrupa Ülkelerinin Sağlık Göstergelerinin Topsıs Yöntemi İle Değerlendirilmesi. *Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(1), 65-78.
- Uludağ, A.S., Doğan, H. (2021). Üretim Yönetiminde Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri Literatür, Teori ve Uygulama. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Ulutaş, A., Karaköy, Ç. (2019). CRITIC ve ROV yöntemleri ile bir kargo firmasının 2011-2017 yılları arasındaki performansının analiz edilmesi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(1), 223-230.
- Ulutaş, A., Topal, A. (2020). Bütünleştirilmiş Çok Kriterli Karar Verme Yöntemlerinin Üretim Sektörü Uygulamaları. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Wei, G., Lei, F., Lin, R., Wang, R., Wei, Y., Wu, J., & Wei, C. (2020). Algorithms for probabilistic uncertain linguistic multiple attribute group decision making based on the GRA and CRITIC method: application to location planning of electric vehicle charging stations. *Economic Research-Ekonomika Istraživanja*, 33(1), 828-846.
- Whitehead, M. (2001). *Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler*. 25.02.2021 tarihinde https://www.ttb.org.tr/kutuphane/esiktlik_saglik.pdf adresinden alınmıştır.
- WHOa. (2021). *ICD-11*. 30.05.2021 tarihinde <https://icd.who.int/en> adresinden alınmıştır.
- WHOb. (2021). *World Health Statistics 2021*. 30.05.2021 tarihinde <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics> adresinden alınmıştır.
- Yenimahalleli Yaşar, G., Göksel, A., Birlir, Ö. (2015). Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa. Ankara: NotaBene Yayınları.



ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ

INTERNATIONAL JOURNAL OF HEALTH MANAGEMENT AND STRATEGIES RESEARCH

- Yıldız, A., Ayyıldız, E., Gümüş, A. T., ve Özkan, C. (2019). Ülkelerin Yaşam Kalitelerine Göre Değerlendirilmesi İçin Hibrit Pisagor Bulanık Ahp-Topsis Metodolojisi: Avrupa Birliği Örneği. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (17), 1383-1391.
- Yılmaz, F., Söyük, S. Sağlık Risk Faktörlerine Göre Ülkelerin Kümelenmesi Ve Çok Kriterli Karar Verme Teknikleriyle Sağlık Durumu Göstergelerinin Analizi. *Sosyal Güvençe*, (17), 283-320.
- Yiğit, V. (2016). Hastanelerde teknik verimlilik analizi: Kamu hastane birliklerinde bir uygulama. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 9-16.
- Zulqarnain, R. M., Xin, X. L., Saeed, M., & Ahmed, N. (2020). Recruitment of Medical Staff in Health Department by Using TOPSIS Method. *International Journal of Pharmaceutical Sciences Review and Research*, 62(1), 1-7.