

SDÜ Sağlık Yönetimi

Dergisi

Cilt: 3 Sayı: 1 Yıl: 2021 ISSN: 2757-5888

**SDU Healthcare
Management**

Journal

ISSN: 2757-5888

Volume: 3 Issue: 1 Year: 2021

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2021

Cilt / Volume: 3

Sayı / Issue: 1

Derginin Sahibi / Owner of the Journal

Prof. Dr. Ramazan ERDEM
(Süleyman Demirel Üniversitesi Adına / On Behalf of Süleyman Demirel University)

Editör / Managing Editor

Doç. Dr. / Assoc. Prof. Erdal EKE

Editör Yardımcıları / Editorial Assistants

Arş. Gör. Dr. / Res. Asst. Dr. Dilruba İZGÜDEN
Arş. Gör. / Res. Asst. Merve KİŞİ
Arş. Gör. / Res. Asst. Selin KALENDER

Yabancı Dil Editörü / Foreign Language Editor

Arş. Gör. / Res. Assist. Merve KİŞİ

Kapak Tasarımı / Cover Design

Durmuş Ali GÜRTOKLU
(SDÜ Kurumsal İletişim Merkezi Grafik Tasarım Bölümü)

Yayın Kurulu / Editorial Board

Prof. Dr. Mehmet GENÇTÜRK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Prof. Dr. Belma KEKLİK
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Vahit YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Aygen OKSAY
Süleyman Demirel Üniversitesi
Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ
Süleyman Demirel Üniversitesi

Doç. Dr. Üyesi. Arzu YİĞİT
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN
Süleyman Demirel Üniversitesi
Dr. Öğr. Üyesi Aynur TOROMAN
Süleyman Demirel Üniversitesi

Danışma Kurulu / Advisory Board

Prof. Dr. Sıdıka KAYA
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Fevziye ÇETİNKAYA
Erciyes Üniversitesi
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI
İstinye Üniversitesi
Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi
Prof. Dr. Ayşegül KAPTANOĞLU
Beykent Üniversitesi

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Atılım Üniversitesi
Prof. Dr. Nilgün SARP
İstanbul Bilgi Üniversitesi
Prof. Dr. Mahmud KHAN
University of South Carolina
Prof. Dr. Motasem HAMDAN
Al-Quds University
Assoc. Prof. Dr. Amir Hossein TAKIAN
Tehran University

Sağlık Yönetimi

Dergisi

Yıl / Year: 2021

Cilt / Volume: 3

Sayı / Issue: 1

Amaç / Aim

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nün yayın organıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık yönetimi alanındaki ulusal ve uluslararası gelişmelerin takip edilmesi, sağlık yönetimi odaklı akademik yayınları içermesi ve alanla ilgili nitelikli ve güncel bir kaynak oluşturması başta olmak üzere çeşitli amaçlarla yayın hayatına başlamıştır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, hakemli ve yılda iki kez yayınlanan süreli bir yayındır.

Kapsam / Scope

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, iktisadi ve idari bilimler ile ilgili tüm konularda Türkçe veya İngilizce hazırlanmış araştırma makaleleri, derleme makaleler ve olgu sunumlarını kabul etmektedir. Dergi Haziran ve Aralık aylarında olmak üzere yılda iki sayı olarak yayımlanmaktadır. Dergiye gönderilen makalelerden değerlendirme ücreti ve başvuru ücreti alınmamaktadır. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, sağlık hizmetleri ve sağlık kurumları yönetimi, sağlık politikası ve planlaması, sağlık ekonomisi, sağlık kurumlarında insan kaynakları yönetimi, sağlık hizmetlerinde pazarlama, üretim, finansman ve kalite yönetimi, hastane işletmeciliği, sağlık kurumlarında muhasebe-finance, sağlık hukuku, halk sağlığı ve epidemiyoloji başta olmak üzere sağlık yönetimi alanındaki konularda yazılmış araştırma, derleme, gözlem ve görüş, bildiri, rapor, çeviri ve duyuru türündeki Türkçe ve İngilizce bilimsel yazılar yayımlanmaktadır.

İletişim Adresi / Contact Info

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi
Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Doğu Kampüsü, 32260, Çünür, Isparta / TURKEY
<http://dergipark.gov.tr/sdusyd>
<http://saglikyonetimibolumudergisi@sdu.edu.tr>
+90 246 2110568

Hakem Kurulu / Referee Board

- | | |
|---|---|
| Prof. Dr. Ramazan ERDEM
Süleyman Demirel Üniversitesi | Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Fatma Kantaş YILMAZ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi |
| Doç. Dr. / Assoc. Prof. Dr. Gökhan ABA
Bandırma Onyedli Eylöl Üniversitesi | Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Ali ARSLANOĞLU
Sağlık Bilimleri Üniversitesi |
| Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Aysun YEŞİLTAŞ
Necmettin Erbakan Üniversitesi | Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Betöl AKALIN
Sağlık Bilimleri Üniversitesi |
| Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Aslı METİN
Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi | Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Ümit ÇIRAKLI
Yozgat Bozok Üniversitesi |
| Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Elif KAYA
Süleyman Demirel Üniversitesi | Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Nurdan ORAL KARA
Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi |
| Dr. Öğr. Üyesi / Assist. Prof. Dr. Fatih DEMİR
Süleyman Demirel Üniversitesi | |

Liste dergimizin bu sayısında yayımlanan makaleleri değerlendiren hakemlerden oluşmaktadır. Hakemlerimize dergimize yapmış oldukları katkıdan dolayı teşekkürlerimizi sunarız.

İÇİNDEKİLER / CONTENTS

Derleme Makalesi / Review Article

Arş. Gör. Merve KİŞİ
Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ

Medyatik Tıbbi Söylemler Kavramı Çerçevesinde Tıbbileştirme ve Ticarileşme Tartışması
Medicalization and Commercialization Discussion in the Framework of the Concept of Mediatic Medical
Discourses

1-17

Araştırma Makalesi / Research Article

Yeliz KARACALI
Arş. Gör. Osman ŞENOL

OECD Ülkelerinde Algılanan Sağlık Hizmetlerinin Panel Veri Analizi ile Modellenmesi
Modeling of Perceived Health Services in OECD Countries with Panel Data Analysis

18-33

Araştırma Makalesi / Research Article

Bil. Uzm. Gülşen GENÇ
Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN

Eşitsizlik Bağlamında Karşılansınmayan Sağlık İhtiyacı: Türkiye Sağlık Araştırması Verilerinden Kanıtlar
Unmet Health Need in the Context of Inequality: Evidence from Turkey Health Survey Data

34-51

Derleme Makalesi / Review Article

Bilge BALCI
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN

Sağlık Kurumlarında Örgütsel Ataletin İncelenmesine Yönelik Kavramsal Bir Çalışma
A Conceptual Study on the Examination of Organizational Inertia in Health Institutions

52-63

Araştırma Makalesi / Research Article

Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ
Esin YILMAZ
Rabia Elvan ORHAN

Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Sağlık Hizmetlerinde Kalite Algısına Yönelik Bir Araştırma
A Research on Health Management Students' Perception of Quality in Health Services

64-78

YAYIN İLKELERİ

1. SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, altı ayda bir ve gerektiğinde özel sayı olarak yayınlanır. Derginin yayın dili Türkçe olup gerektiğinde İngilizce yazılara da yer verilebilir.
2. Dergiye iktisadi ve idari programlar ile ilgili tüm konularda bilimsel ve özgün makaleler gönderilebilir.
3. Dergiye gönderilen makaleler başka bir yerde yayınlanmamış ya da yayınlanmak üzere gönderilmemiş olmalıdır.
4. Makaleler Türkçe veya İngilizce dillerinde yazılmış olmalıdır.
5. Makaleler yazım kurallarımıza uygun bir şekilde hazırlanarak sisteme yüklenmelidir. Yazarlar; unvanlarını, görev yaptıkları kurumları ve iletişim bilgilerini sisteme eksiksiz bir şekilde eklemelidir.
6. Çalışmalarını gönderen yazarlar; makalede hiçbir şekilde intihal yapmadığını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmaktadır.
7. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler araştırma ve yayın etiği kurallarına uygun olarak hazırlanmış olmalıdır.
8. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen makaleler ilk olarak intihal programından geçirilmektedir. Benzerlik indeksi oranı yüksek olan makaleler değerlendirme sürecine alınmadan reddedilmektedir.
9. Makaleler içerik ve biçim açısından incelenmek üzere en az iki hakeme gönderilmektedir. Makaleyi değerlendiren hakemlerin kimlikleri hakkında yazarlara, makalenin kime ait olduğu konusunda da hakemlere bilgi verilmemektedir. Hakem raporlarından biri olumlu, diğeri olumsuz olduğu takdirde, editör makaleyi üçüncü hakeme gönderilebilir veya hakem raporları çerçevesinde nihai kararı verebilir.
10. Hakemlerden gelen değerlendirme raporları doğrultusunda makalenin yayınlanmasına, yazardan düzeltme istenmesine ya da makalenin geri çevrilmesine karar verilecektir. Yazardan düzeltme istenmesi durumunda, düzeltmenin en geç üç ay içinde yapılarak dergimize ulaştırılması gerekmektedir.
11. Yazım yanlışlarının çok fazla olması, bilimsellik şartlarına uyulmaması makalenin geri çevrilmesi için yeterli görülecektir.
12. Yayınlanmayan makaleler yazarına geri gönderilmeyecektir.
13. Dergide yayınlanan makalelerdeki görüşler derginin görüşleri değildir. Tüm sorumluluk yazarına aittir.
14. Dergide yayınlanan makalelerin her hakkı saklıdır. Derginin ismi olmadan hiçbir şekilde çoğaltılamaz.
15. Dergide yayınlanan makalelerin yazarlarına nakit olarak telif ücreti ödenmez.
16. Yayın ilkelerine uygun olmayan makaleler hakem değerlendirme sürecine alınmayacaktır.

YAYIN ETİĞİ

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

Yazarların Etik Sorumlulukları:

- Yazarlar dergiye gönderdikleri makaleleri başka bir yerde yayınlamamış ya da yayınlamak üzere göndermemiş olmalıdır.
- Yazarlar makalelerinde kullandıkları tüm alıntılara kaynak göstermiş olmalıdır.
- Yazarlar makalenin kendi çalışmaları olduğunu, hiçbir şekilde intihal yapmadıklarını, intihalden doğan tüm sorumlulukların kendilerine ait olduğunu, bu konuda derginin hiçbir sorumluluğunun olmadığını beyan etmiş olmalıdır.
- Yazarlar makaleye bilimsel katkı verdiklerini garanti etmeli ve tüm yazarların makale üzerinde eşit sorumluluğa sahip olduğu bilinmelidir.
- Sorumlu yazar makalede adı geçen tüm ortak yazarların yayına ve ortak yazar olarak adlandırılmaya razı olduğunu garanti etmelidir. Çalışmaya önemli katkılar sağlayan tüm kişiler ortak yazar olarak adlandırılmalıdır. Bunun dışındaki kişilere teşekkür kısmında yer verilmelidir.
- Yazarlar gönderdikleri çalışmaları destekleyen kuruluşları, finansal kaynakları veya çıkar çatışmasını beyan etmekle yükümlüdür.
- Yazarlar gerekli görülmesi halinde makalede yer alan veri setlerine ulaşım imkanı sağlamalıdır.

Hakemlerin Etik Sorumlulukları:

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

Editör Kurulunun Etik Sorumlulukları:

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

YAZIM KURALLARI

1. Makaleler “Office Word” programında A4 boyutlarında hazırlanmalıdır.
2. Makalelerin uzunluğu dergi formatında 30 sayfayı geçmemelidir.
3. Sayfa düzeni; Üst: 3 cm, Alt: 3 cm, Sol: 4 cm ve Sağ: 2,5 cm olmalıdır.
4. Makaleler 11 punto ve “Times New Roman” karakteri ile tek satır aralığı kullanılarak yazılmalıdır. Yazımda, virgül ve noktalardan sonra bir karakter ara verilmelidir.
5. Paragraflarda başlangıç girintisi kullanılmamalı, paragraftan önce ve sonra ise 6nk boşluk bırakılmalıdır. Paragraflar arasında ilave boş satır bırakılmamalıdır.
6. Makalenin ilk sayfasında 11 punto olarak Türkçe ve İngilizce başlık, 9 punto olarak 150 kelimeyi geçmeyecek Türkçe ve İngilizce özet ile en az 3 en fazla 5 tane olmak üzere Türkçe ve İngilizce anahtar kelimeler bulunmalıdır.
7. Yazarın unvanı ile ad ve soyadı, 10 punto olarak makale başlığının sağ altında belirtilmelidir. Aynı sayfanın dipnotlar için ayrılan kesim çizgisinin altında ise 8 punto olarak yazarın görev yeri ve e-mail adresi gösterilmelidir.
8. Makalede ana başlıklar ve alt başlıklar kalın (bold) ve sola yaslı (girintisiz) olarak 1., 1.1., 1.1.1., 1.1.2., 1.1.2.1. gibi ondalıklı şekilde numaralandırılmalıdır. Ana başlıkların bütün harfleri büyük yazılmalı, alt başlıkların ise sadece baş harfleri büyük yazılmalıdır. Ana başlıklardan önce 1 satır boşluk bırakılmalı, başlık sonrasında ise boşluk bırakılmamalıdır. Alt başlıkların ise hem öncesinde hem de sonrasında herhangi bir satır boşluğu bırakılmamalıdır.
9. Makale içindeki tüm tablo, şekil ve grafikler metnin uygun yerlerinde ardışık olarak numaralandırılmış bir şekilde sayfaya ortalı olarak gösterilmelidir. Her tablo, şekil veya grafiğe bir başlık verilmelidir. Başlık; tablo, şekil veya grafiğin üstünde, sayfaya ortalı, yalnızca kelimelerin baş harfleri büyük olacak şekilde ve 10 punto olarak yer almalıdır. Tablo, şekil ve grafik içindeki metin 8-10 punto aralığında olmalıdır. Tablo, şekil veya grafikler yukarıda verilen sayfa yapısına (sayfa marjlarını aşmayacak şekilde) uygun olmalıdır.
10. Dergiye gönderilecek başvurularda aşağıdaki kurallar göz önüne alınacaktır.

KİTAP

Tek Yazarlı Kitap

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.
Dağ, R., (2007), Kırsal Kalkınma Siyaseti, 2. Baskı, Ankara: Dipnot Yayınları.

İki -Altı Yazarlı Kitap

Uyarı: İki- altıya kadar (altı yazar da dâhil) yazarı olan kitaplarda tüm yazarlar kaynakçada gösterilmelidir.

Birinci Yazar Soyadı, Birinci Yazar isminin baş harf(ler)i., İkinci Yazar Soyadı, İkinci Yazar isminin baş harf(ler)i. ve Üçüncü Yazar Soyadı, Üçüncü Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Üçok, C., Mumcu, A. ve Bozkurt, G., (2008), Türk Hukuk Tarihi, 3. Baskı, Ankara: Turhan Kitabevi.

Not: İngilizce yayınlarda “ve” yerine “and” kullanılmalıdır.

Yedi ve Daha Fazla Yazarlı Kitap

Altıncı yazara kadar (altıncı yazar da dâhil) tüm yazarlar kaynakçaya yazılarak altıncı yazardan sonra Türkçe kitaplarda “vd.” İngilizce kitaplarda “et al.” kısaltması yapılmalıdır.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i. vd., (yayın yılı), Kitap Adı, Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Erdem, R., Alkan, A., Yılmaz, N., Çelik, R., Akkaş, E., Erdem, İ. vd., (2018), Sağlık Kurumlarına Sosyolojik Bakış, 1. Baskı, Isparta: Hayal Yayınları.

Not: İngilizce yayınlarda “vd.” yerine “et al.” kullanılmalıdır.

Editörlü Kitap

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (Yayın yılı), “İçerideki makalenin veya bölümün adı”, içinde Editörün İsmi'nin Baş Harf(ler)i. Editör Soyadı (Ed.), Kitabın Adı, (ss. Makale veya bölümün sayfa aralığı), Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi.

Çarıkcı, İ. H. ve Arslan, E. T., (2010), “Türk Yönetim Geleneğinde Kayırmacılığın Tarihi Seyri”, içinde R. Erdem (Ed.), Yönetim ve Örgüt Açısından Kayırmacılık, (ss. 27-39), 1. Baskı, İstanbul: Beta Yayınları.

Not: Editör ikiden fazlaysa ikinci yazardan sonra “vd.” kısaltması yapılmalıdır.

Çeviri Kitap

Uyarı: Çeviri kitaplarında metin içerisinde ve kaynakçada kitabın orijinalinin hangi yılda yayımlandığı belirtilmelidir.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), Kitap Adı, (Çev. Kitabı Çeviren Yazarın İsmi'nin Baş Harf(ler)i. Yazarın Soyadı), Kitabın Baskısı, Yayın Yeri: Yayınevi

Neiman, S., (2006), Modern Düşüncede Kötülük, (Çev. A. Sargüney), 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Orijinal Baskı: 1999)

Not: Metin içi: (Neiman, 1999/2006: 155).

Bildiri Kitabı

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Bildirinin adı”, içinde Editörün İsmi'nin Baş Harf(ler)i. Editör Soyadı (Ed.), Kongrenin Adı, (ss. Bildirinin sayfa aralığı), Yayın Yeri: Yayınevi.

Atman, Ü., (2010), “Kalite, Hastane Yönetimi ve Liderlik”, içinde H. Kırılmaz (Ed.), II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, (ss. 80-88), Ankara: Bakanlık Yayınları

MAKALE

Tek Yazarlı Makale

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Pazarlıoğlu, M. V., (2007), “İzmir Örneğinde İç Göçün Ekonometrik Analizi”, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, 14(1): 121-135.

Stouffer, S. A., (1940), “Intervening Opportunities: A Theory Relating Mobility and Distance”, American Sociological Review, 5(6): 845-867.

İki -Altı Yazarlı Makale

Uyarı: İki'den altıya kadar (altı yazar da dahil) yazarı olan makalelerde tüm yazarlar kaynakçada gösterilmeli, son yazarın soyadından önce Türkçe makalelerde “ve” yabancı makalelerde “and” konulmalıdır.

Birinci Yazar Soyadı, Birinci Yazar isminin baş harf(ler)i., İkinci Yazar Soyadı, İkinci Yazar isminin baş harf(ler)i., Üçüncü Yazar Soyadı, Üçüncü Yazar isminin baş harf(ler)i., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Koçak, Y. ve Terzi, E., (2012), “Türkiye’de Göç Olgusu, Göç Edenlerin Kentlere Olan Etkileri ve Çözüm Önerileri”, Kafkas Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 3(3): 163-184

Pissarides, C. A. and Wadsworth, J., (1989), “Unemployment and the Inter-Regional Mobility of Labour”, The Economic Journal, 99(397): 739-755.

İslamoğlu, E., Yıldırım, S. ve Benli, A., (2013), “Türkiye’de Tersine Göç ve Tersine Göçü Teşvik eden Uygulamalar: İstanbul İli Örneği”, Sakarya İktisat Dergisi, 2(4): 46-66.

Yedi ve Daha Fazla Yazarlı Makaleler

Uyarı: Altıncı yazara kadar (altıncı yazar da dâhil) tüm yazarlar kaynakçaya yazılarak altıncı yazardan sonra Türkçe makalelerde “vd.” İngilizce makalelerde “et al.” kısaltması yapılmalıdır.

Yazar Soyadı, Yazar isminin baş harf(ler)i. vd., (yayın yılı), “Makalenin Adı”, Makalenin Yayınlandığı Derginin Adı, Makalenin cildi(sayısı): Makalenin Sayfa Aralığı.

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, A. Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T. et al., (2010), “Health Professionals For A New Century: Transforming Education to Strengthen Health Systems in an Interdependent World”, The Lancet, 376: 1923-1958.

Erdem, R., Gökkaya, D., Vergili, A., İzgüden, D., Eroymak, S., Uysal, M. vd., (2009), “Sağlık Hizmetlerinde Ters Bakım Yasasının Kent-Kır Ekseninde Değerlendirilmesi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 5(4): 95-104.

TEZ

Sağır, M., (2006), Eğitim ve İnsan Kaynağı Yönünden Türk Beyin Göçü: Geri Dönen Türk Akademisyenler Üzerine Alan Araştırması, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, İstanbul.

SÖZLÜK

Jackson, Y. (Ed.). (2006). Encyclopedia of Multi Cultural Psychology, London & New Delhi: Sage Publications.

İNTERNET KAYNAĞI

http://dictionary.cambridge.org/dictionary/british/discrimination_1?q=discrimination, Erişim Tarihi: 03.07.2013.

DİĞER KAYNAKLAR (Rapor, Yasa, Sözleşme, Bildiri vs.)

1961 Anayasası (Kabul tarihi: 09.07.1961, Karar sayısı: 10859, Resmi Gazete: 20.07.1961).

AİHS: Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, (Kabul edildiği yer: Roma, Kabul tarihi: 04.11.1950, Değişiklik: 01.06.2010).

Avrupa Birliği Temel Haklar Bildirisi (Kabul: 05.04.1975, Resmi Gazete: 27.04. 1977).

Kamu Kurum ve Kuruluşlarında Çalışan Personelin Kılık ve Kıyafetine Dair Yönetmelik (Karar sayısı: 5105, Kabul Tarihi: 16. 07. 1982, Resmi Gazete: 25. 10. 1982).

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

MEDYATİK TIBBİ SÖYLEMLER KAVRAMI ÇERÇEVESİNDE TIBBİLEŞTİRME VE TİCARİLEŞME TARTIŞMASI*

MEDICALIZATION AND COMMERCIALIZATION DISCUSSION IN THE FRAMEWORK OF THE CONCEPT OF MEDIATIC MEDICAL DISCOURSES

Merve KİŞİ¹
Nezihe TÜFEKÇİ²

ÖZET

Sağlık, insan varlığının en önemli bileşeni, toplumsal hayatın ve ekonomik sürekliliğin devamlılığı için elzem bir faktördür. Geçmişten günümüze sağlık ve sağlıklı olmak kavramları, farklı kültürler ve bakış açıları sebebiyle farklı tanımlanmaktadır. Sağlıkın kötü ruhlar ve büyülerle olan ilişkilendirilmesinden, insan bedeninin makineleştiği, daha sonra sosyal etmenlerle ilişkilendirildiği tarihi süreçte tıp, teknoloji ve iletişim kanallarının artışı ile başka bir boyuta gelmiştir. Günümüz modern tıbbi içinde hâlâ baskın olan tıbbi model anlayışı bireylerin üzerinde oldukça etkili, otoriter bir bakış açısı sergilemektedir. Medyanın toplumlar üzerinde etkisinin olduğu gerçeğiyle, medya tarafından toplum ve bireylere ulaşan medyatik tıbbi söylemler toplum sağlığı açısından elzem bir konudur. Bu çalışmada medyatik tıbbi söylemler kavramı odak alınarak, akademik yazında hangi çerçevelerde ele alınabileceği tartışılacaktır. Tıbbi söylemlerin günümüzde geldiği noktanın zihinlerde yerleşmesi açısından tarihsel bağlamda sağlık sosyolojisinde sağlığın nasıl ele alındığı, sağlığın tıbbileştirilmesinde hangi bakış açılarının etkili olduğu, nasıl ticarileştiği ve medyanın buradaki rolünden bahsedilmeye çalışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: Medyatik Tıbbi Söylemler, Medya, Sağlık.

ABSTRACT

Health is the most important component of human existence and an essential factor for the continuity of social life and economic continuity. From past to present, the concepts of health and being healthy are defined differently due to different cultures and perspectives. From the association of health with evil spirits and spells, in the historical process when the human body was mechanized and later associated with social factors, medicine has come to another dimension with the increase of technology and communication channels. The medical model understanding, which is still dominant in today's modern medicine, displays a highly effective and authoritative perspective on individuals. With the fact that the media has an effect on societies, mediatic medical discourses reaching the society and individuals by the media is an essential issue in terms of public health. In this study, focusing on the concept of mediatic medical discourses will be discussed in which frameworks it can be addressed in academic literature. In terms of the current point of medical discourses, it will be tried to mention how health is handled in health sociology in a historical context, which perspectives are effective in medicalization of health, how it is commercialized and the role of the media in this context.

Key Words: Mediatic Medical Discourses, Media, Health.

*Bu çalışma "Medyatik Tıbbi Söylemler Üzerine Bir Çalışma" isimli henüz yayınlanmamış olan doktora tezinden türetilmiştir.

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, merveuysal@sdu.edu.tr.

² Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, nezihetufekci@sdu.edu.tr.

1. GİRİŞ

Bir toplumda sağlıksızlık durumu ancak belli bir seviyede kabul edilebilirdir. Nitekim toplum ekonomik, sosyal işlevleri olan bir sistemdir. Akademik yazın incelendiğinde sağlık, sağlıklı olmak, sağlıklı yaşamak üzerinde fikir birliğine varılamamış olduğu, bu konuların farklı kültürlerde farklı şekillerde ele alındığı, tarihsel açıdan da geçmişten günümüze farklı bakış açılarının gelişmiş olduğu söylenebilecektir. Thomas'a (2003: 16) göre sağlığı tanımlamaya yönelik girişimlerin hiç biri net olarak doğru veya yanlış değildir. Sağlık, kişiden kişiye farklı şekilde algılanıp, ele alınabilecektir.

Tarihsel boyutta değerlendirildiğinde antik çağlarda (M.Ö.10.000) sağlık ve hastalık, büyüler, karanlık güçler ve ruhlarla bağdaştırılmış, tıp insanları, bazı dini ayinler, küçük ameliyatlara, takılar ve bitkisel karışımlar yoluyla toplumu sağlıklı kılmaya çalışmıştır (Pickover, 2012; Lindemann, 2013: 75). M.Ö. 5. Yüzyıldan itibaren tıp, din ve büyü ile ilişkisinden gittikçe uzaklaşmış, Yunan Hipokrat ve diğer hekimler, Mısır ve daha Doğu'da uygulanan tıbbi yaklaşımları benimseyerek, semptomları sınıflara ayırarak, hastalığa yönelik objektif bakış açıları ortaya koymaya çalışmışlardır (Woodward ve Watt, 2000: 9). 18. Yüzyıldan itibaren ise insan bedeni tıpkı bir makine ve parçaları gibi ele alınmış, incelenmiştir. Bu bakış açısının Batı kültüründe öne çıkan paradigma olarak hala geçerliliğini koruduğu söylenebilecektir. Kuramsal açıdan bedeninin makine modeli ve hastalık teorisi olarak adlandırılan bu bakış açısı, patoloji ve teşhis koyma yöntemleri açısından, hastalığın biyolojik ve kişiye ait sebeplerden olduğunu ileri sürmektedir (Kelman, 1975: 628-635). Tıbbi sağlık modeli diğer adıyla biyomedikal model, hekimlerin neyin hastalık olduğunu söylediği (Weitz, 2007: 216), biyolojik unsurlara eğilen hipokratik görüş Batı tıbbında kendini göstermiş, zihin ve beden ayrımının olduğu felsefi düalizm anlayışını ileri sürmüştür (Tamm, 1993: 216).

Özellikle mikropların keşfinden sonra tıp ve tıbbi güç oldukça güçlenmiş, insan bedeni üzerinde hiç olmadığı kadar bilgi sahibi olunmuş (Porter ve Vigarello, 2008: 273-283), yerinde bir deyim ise tıbbi bir devrim gerçekleşmiştir. Birey hasta değilse sağlıklıdır bakış açısı, sağlığı negatif yönden tanımlarken, bireylerin bedenlerinde anormallik ve patolojilerin olmamasının onları sağlıklı kıldığını ileri sürmüştür (Aggleton, 1990: 5-6). Bu tanımın aksi yönde bir bakış açısına sahip Dünya Sağlık Örgütü (2020: 1) ise, *"Sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, bedence, ruhça ve sosyal yönden tam iyilik halidir"* şeklinde bir yaklaşım geliştirmiştir. Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu sağlık tanımı bireyin iyi olma haline eğilerek, sağlığın sosyal hayatının getirmiş olduğu faktörlerle ilişkilendirilmesi gerektiği tıp alanında cereyan etmiştir. Thomas'a (2003: 24) göre bu bakış açısı, Engel'in ortaya koyduğu Biyopsikososyal Model, sağlığı ve hastalığı yalnızca biyolojik faktörler üzerinden değerlendirmeyi yetersiz bularak, bu kavramları daha geniş bir bakış açısıyla açıklamanın gerekli olduğunu ileri sürmektedir. DSÖ tanımı ile birlikte sağlık ve hastalığa olan bakış açıları sosyolojik açıdan yaklaşımlarla zenginleşmeye başlamıştır.

Biyomedikal başka bir ifadeyle tıbbi model anlayışı, görülen ve bilinen şeyler üzerinde müdahale edebilme hakkını getirmektedir. Bu görüş sadece sosyal bilim dallarında değil tüm bilim dallarında geçerliliğini korumaktadır (Crawford, 1980: 371; Foucault, 2002: 146). Böylelikle tıbbi modelle birlikte tıpta da hâkim olan pozitivist ve indirgemeci bakış, sağlıklı ilişkilendirilen her şeyi kimyasallarla, hücrelerle açıklamıştır (Forshaw, 2003: 9). Batı tıbbının esas anlayışı olan tıbbi model, sosyal ve kültürel bağlamları ötelemiş, tıbbi bilginin tüm bireylere uygunluğunu vurgulamıştır. Clark'a (2014:2) göre tıbbi model ile birlikte Batı tıbbında görülen modern, fenomen bir görüş olan tıbbileştirme diğer adıyla medikalizasyon

kavramı ortaya çıkmaktadır. Zola (1972: 487) tıbbileştirmenin sıradan hayatın “tıplaştırılması” yoluyla bireylerin üzerinde sağlık ve hasta etiketleri ile varlığını sürdürdüğünü, böylece gündelik yaşamın tıpla iç içe olduğunu dile getirmiştir. Nitekim kapitalist ve Fordist görüşlerle beslenen tüketim kültürü, hem tüketim için mal ve hizmet üretmiş, hem de tüketime yönelik yeni ihtiyaçlar öne sürmüştür (Yanıklar, 2010: 25). Tüm piyasalarda kendini gösteren ihtiyaç yaratılması yoluyla tüketim için üretilen mal ve hizmet anlayışı kollarını sağlık sektörüne de uzatmıştır. Bilton ve arkadaşlarına (2009: 360) göre sağlık piyasası olarak adlandırılan platformda meta haline gelen sağlık hizmetleri, bireysel faydalar uğruna kârlı hale getirilmiştir. Kapitalist sınıflar olarak adlandırılan güç, tüm sağlık sistemini istismar ederek ve yönlendirmişlerdir. Diğer bir ifadeyle yaratılan piyasa ile tıbbileştirilen yaşamda ticarileşmeye uygun tartışma alanları da açılmış, sağlık bir alım-satım meselesine dönüşmüştür. Foucault’nun (2008: 317) “biyoiktidar” kavramı üzerinden bireylerin denetlenerek, kapitalizmden beslenen, bireyselleşen sağlığın ve risklerin üzerinde duran popüler sağlık söylemleri sonucunda kendi rızası ile verilen kimliği özümsemesi sağlanmaktadır (Bozok, 2011: 44).

Bir yandan sağlıklı bireylerin varlığının önem kazanması ve toplum için dikkat çekici bir konu hale gelmesi, bir yandan medyanın, tarihsel süreçte ilk basılı kitaptan, matbaaya, telgrafa, telefona, müzik kutusundan, günümüzde yeni medya olarak adlandırılan internet ve sosyal medya gibi araçlarla coğrafi sınırları aşması, eş zamanlı olarak kitle ulaşımını sağlamıştır. Timurturkan’a (2013:238) göre söylemler, düşünme şeklini inşa etmekte, bildiğimiz “şeylerin” nesnelere ifade etmektedir. Diğer bir deyişle bir konunun nasıl ele alındığı söylemler yoluyla boyut kazanmakta, yine söylemler yoluyla düşüncelerin davranışa dönüşmesi sağlanmaktadır. Öte yandan bir konunun nasıl işlendiği, hangi konuların işlendiği, bu konudaki politik bağlam, sunulacak konuyu medyanın nasıl inşa edeceği ve halka hangi şekilde servis edileceği dikkate değerdir (Jasperson vd., 1998: 220). Medya üzerine yapılan araştırmalarda medyanın, toplumun tüm sistemini etkileyebilen, değiştirebilen bir güce sahip olduğu ileri sürülmüştür. Ancak medyadan servis edilsin ya da edilmesin tıbbi söylemler gücünü tıptan almaktadır (Turner, 2011: 10).

Bu çalışmada medyatik tıbbi söylemler kavramı odak alınarak, akademik yazında hangi çerçevelerde ele alınabileceği tartışılacaktır. Tıbbi söylemlerin günümüzde geldiği noktanın zihinlerde yerleşmesi açısından tarihsel bağlamda sağlık sosyolojisinde sağlığın nasıl ele alındığı, sağlığın tıbbileştirilmesinde hangi bakış açılarının etkili olduğu, nasıl ticarileştiği ve medyanın buradaki rolünden bahsedilmeye çalışılacaktır.

2. LİTERATÜR

2.1. Sağlık ve Sağlık Sosyolojisi

Beden, bilimsel tarihi sürecinde birçok bilim dalında adından söz ettirmiş, sadece fiziki boyutu ile değil, aynı zamanda toplumsal anlamda da var olan bir boyut olarak ele alınmıştır. Beden denilen yapı toplum için var olur, ardından toplumsallaşmaktadır (Bingöl, 2017: 87-88). Bu dallardan biri olan sosyoloji de sosyal bir varlık olarak bedenin birbirleri ile olan ilişkisinin sadece biyolojik ve fizyolojik faktörlerle açıklanamayacağını, bu ilişkilerin toplumsal manada ifadesi olduğunu ileri sürmektedir. Öte yandan bireylerin bedeni, topluma fayda sağlamak amacıyla tanzim edilmekte (cinsellik, kürtaj, nüfus kontrolü) dolayısıyla siyasi mücadelelerin de odağındaki beden, erkek ve kadın fizyolojisi üzerinden üreme ile beden sosyolojisinde yer edinmektedir (Turner, 2008: 33,40). Sağlık sosyolojisi

perspektifinden değerlendirildiğinde hekimin insan bedeni üzerindeki müdahale edebilme yetkisi, onu toplumda var olan iktidar koltuğunda oturmasını sağlamaktadır (Okumuş, 2009: 5-6). Bedeni konu alan çalışmalar yapmak, kuramlaştırmak iki sebepten ilerleme kaydetmiştir. İlki, tıpta bedenin sınırların anlaşılmasında yeni tıbbi teknolojilerin etkisi; ikincisi, bir kimlik kaynağı ve öz düzenleme aracı olarak bedenin algılanmasıdır. Sosyal yaşantımızın bedenlerimiz üzerindeki etkisinin yadsınamayan bir gerçek olduğu daha fazla onaylanmaktadır (Higgs ve Jones, 2009: 35).

Bedene kuramsal açıdan yaklaşılacak olunursa “yapısal işlevselciliğin” öncüleri, Comte, Spencer ve Durkheim’dır. Ancak Parsons, Durkheim’ın çalışmaları öncülüğünde yaptığı çalışmalarla yeni bir işlevselci yorumu ortaya çıkarmıştır. İşlevselcilik, canlı bir organizma gibi görünen toplumsal sistemin nasıl süreklilik arz edeceği sorusunun cevabıdır (Aydın, 2014: 214; Durkheim, 2010; Parsons, 1951). Bu bakış açısına en çok katkı yapan çalışmacılardan biri olan Parsons (1951) “The Social System” adlı çalışmasıyla hastalık rolünü tanımlamış, böylece işlevselcilik yaklaşımında adından sıkça söz ettirmiştir. Hastalık rolü, hasta bireyin ailesi ile ilgilenmesi, işine gitmesi gibi toplumsal yükümlülüklerini devam ettiremeyeceğini, bu sebeple tedavi görmesi gerektiğine atıfta bulunarak (Parsons, 1978: 20), teknik açıdan donanımlı kişilerden yardım alması gerektiğini de ileri sürmektedir. Birey bu hastalıktan kaynaklı olarak normal rol yükümlülüklerinden de muafır (Waitzkin ve Waterman 1976: 10; Williams, 2005: 124).

İnsan bedeninin toplumsal varlığı üzerine çalışmaları olan bir diğer sosyolog postmodernist Foucault’dur (Wallace ve Wolf, 2018: 503). Foucault ortak beden politikası yürütebilme gücünü “*biyoiktidar*” olarak tanımlamıştır (Clegg ve Carter: 2007: 2711). Bu görüş, modernitenin ortaya koyduğu gibi, insan kavramını siyasal bir bakışla iç içe geçirerek, kitleye ulaşması durumunda insanların sağ kalacağı mesajını vererek ve bireylerin yaşamını indirgeyen bir bakış açısıyla geçerlilik kazanmıştır (Çalkıvık, 2011: 34). Bireyler kendi bedenine yönelik popüler söylemleri pasif olarak alan konumda değillerdir. Birey, bilimsel etiketi alan söylemlerle, doğru olan yaşam şekline uyum sağlamaya çalışır. Kısacası sunulan kimliği kendi isteği ile kabul etmektedir. Kendi bedeni hakkında verdiği kararlar iktidarın emri altına girmesini sağlamaktadır (Bozok, 2011: 44). Diğer bir deyişle iktidarın sunmuş olduğu bilimsel bilgi, doğru yolu göstermekte, bireylere sadece iktidara reverans yapmak kalmaktadır. Sosyal etkileşimcilere göre ise bireyler kendi kimliklerini oluştururken diğer insanlarla olan etkileşimlerinden etkilenmektedir. Başka bir ifadeyle birey, diğer bireylerin kendi hakkında olan izlenimlerini yönetmeyi öğrenir. Hekim ve hasta etkileşiminde de bu durum geçerlidir (Bilton vd., 2009: 358-359). Hekimler, otoritelerini ve tıbbi bilgilerini öne çıkarmak adına “vaziyeti yönlendirmektedir”. Örneğin hastalar hekimi ile görüşmek için uzun süre beklemek zorunda, hekimler beyaz önlük giymektedir (Barkan, 2012).

Sağlık sosyolojisinde egemen olan bakış açılarından biri de yapısalci yaklaşımdır. Kendi arasında ikiye ayrıldığı görülen yapısalci yaklaşımların ilki sağlıkta var olan eşitsizliklerin kapitalizmin sebep olduğunu ileri süren Marksist yaklaşım, ikincisi ise erkeklerin egemen güç olarak sağlık sistemi içinde var oluşunun etkisi olan eşitsizlikleri iddia eden Feminist yaklaşımdır (Özçelik Ada, 2015: 138). Marksist yaklaşıma göre kapitalizmde hastalık, sermayenin kârlılığını arttırmak için ortaya konan uygulamalardan (vardiyalı çalışma, fazla mesai, tehlikeli kimyasallar, endüstriyel yaralanmalar, stres veya hasarlı ve kirli çevre gibi, nemli ortamda çalışma, temiz suya erişimin olmaması) kaynaklanmaktadır. Bireylerin, yaşamının kapitalist düzen ile ilişkisinden bu sisteme karşı koyacak gücü yoktur. Ancak

sosyal ve ekonomik olarak daha avantajlı konumda olan bireyler, üretimin içinde yer alan diğer bireylere göre sağlıklıdırlar (Gerhardt, 1995: 72; Koca, 2019: 32).

Marksist yapısalcılık çalışmalarının olgunlaştırılması ile feminist teorilerle ilgili çalışmalar ortaya çıkmış, ataerkilliğin kadın sağlığı üzerinde etkili olduğu öne sürülmüştür. Bu kuramlar toplumsal dünyanın anlaşılmasında cinsiyetin rolünü anlama ve toplumsal cinsiyet dengesi gibi konulara yönelik çalışmalar yapmaktadır (Giddens ve Sutton, 2016: 1084; Özçelik Adak: 2015: 139). Bir diğer sağlık sosyolojisi yaklaşımı sosyal inşacıdır. Bu yaklaşım, bütün hastalıkların, bireylerin bu hastalıkları nasıl yorumladıkları, kimliklerini nasıl şekillendirdikleri ve hastalıklarından dolayı nelerle karşılaştıkları gibi faktörlerle sosyal olarak inşa edildiğini iddia etmektedir (Conrad ve Barker, 2010: 76). Bu duruma örnek vermek gerekirse; bazı araştırmacılar (Foucault gibi) akıl hastalıklarının sosyal olarak inşa edildiğini iddia etmekte, nitekim kişi toplumsal ölçüden uzaklaştığı kadar “hasta” olmaktadır (Wallace ve Wolf, 2019: 509).

2.2. Sağlıkın Tıbbileştirilmesinden Ticarileşmesine

Geçmişten günümüze bilimsel bilgi, teknolojinin ilerlemesiyle birlikte tıp da dâhil pek çok alanda güçlenerek kendini göstermiştir. Tıbbi gücün etkisinin baskın olduğunu ileri süren bakış açılarından tıbbi model, diğer adıyla biyomedikal model tartışma konularından olmuştur. Kavramsal çerçevede modern tıbbin içinde değerlendirilen tıbbi model, Batı’daki Aydınlanma dönemindeki felsefi görüşü ortaya koymuş, metafizik tıptan ziyade, fiziksel indirgemeciliğin, zihinsel ve sprituel görüşün bir araya gelmesiyle kendisini göstermiştir (Yılmaz, 2015).

Bilimsel bilginin güçlenmesi tarihsel bir sürece dayanmaktadır. Pozitivizm akımı olarak adlandırılan tüm bilim dallarında öne çıkan anlayıştan tıp da etkilenmiştir. Şöyle ki; pozitivizm olarak adlandırılan bu bakış açısı, Fransız filozof Auguste Comte tarafından ortaya konan, Batı felsefesi tarafında söz konusu bakış açısına dikkat çekilen, deneyimi ön planda tutarak metafiziksel öngörülerini ekarte eden düşünce sistemidir (Britannica). Pozitivist bakış açısı tarihsel bir süreçte tıbbin içinde yer edinmiştir. Klinik bir bilim olarak tıp, insan bedeninde neyin hastalık olduğunu tespit etmesiyle hasta, hem algı hem de müdahale odağıdır. Neyin hastalık olduğu konusunda öne sürülen faktörler, hastanın pozitif olarak algılanması yoluyla olmaktadır. Kısacası “görülen şey, bilinendir ve bilinen şey müdahale için odak olmakta ve böylece açıklanabilecektir” (Crawford, 1980: 371; Foucault, 2002: 146). Mikroskobundan inceleyen bilim insanı, pozitivist objektif tetkiki, gözlemci ile gözlemlenen arasındaki farkı ortaya koyarken, güvenilir ve görünmekte olan karmaşık verileri baz alır (Anderson, 1998: 1007). Akılcı yaklaşımlara dayanan tıp, Yunanlılardan gelen, doğa yasalarına uymayan etkenlerin varlığına ilişkin batıl inançları içermeyen, deneysel gözlem ve mantıksal sistematik pratikleri içeren günümüz biyomedikal (tıbbi) modeldir (Eijk, 2005: 2). Bu bakış açısı, tıba biyolojik bilimlerde zafer kazandırmıştır (Napier vd., 2014: 24).

Bilimsel bilginin tıpta yer edinmesi ile birlikte kuşkusuz günlük hayatın tıplaştırıldığı daha önce de bahsi geçen tıbbileştirme kavramı karşımıza çıkmaktadır. Sheaff (2005: 78) bunu “kesin bir iddia” olarak değil “sürekliliği olan bir devinim” olarak tanımlarken, sıradan insan deneyimlerinin hastalık olarak etiketlendiğini ileri sürmektedir. Dolayısıyla nihayetinde tıp, gündelik yaşam içinde daha fazla sorumluluk üstlenmektedir. Sheaff’ın öne sürdüğü argümana destek olarak menopoz örneği verilebilir. Menopoza girmek, kadınların doğası gereği yaşadığı bir durumdur. Akademik dergilerde yayımlanmasıyla bilimsel bir

dayanağa dönüşen görüşe göre menopoz bir hastalıktır ve kadınlığın tam olarak yerine getirilememesi durumudur. Bilimsel süzgeçten geçen bu enformasyon kadınların gündelik yaşamlarına dair söylemlere kapı açmaktadır. Bu bakış açısı, bu negatif söylemleri destekleyen (sosyal olarak inşa edilen) ve etkileyen enformasyondan kaynaklanmaktadır. Kültür ve biyomedikal (tıbbi) söylem ilişkisi, doğru olmayan ve zarar verici olan popüler inançlara dayanak sağlamasından dolayı eleştirilmektedir (Rostovsky ve Travis, 1996: 286).

Tıbbileştirme, 1960'lerden itibaren "sağlıklı yaşam" ve "sağlıklı olma" mottosu ile yola çıkmış, sosyal hayatın bir parçası hale gelmiş, birey değil hastalık daha önemli bir hale gelmiştir. Dünya üzerinde yaşayan insanlığın ortak sorunu olan yaşlanma ve kronik hastalıkların artışı ile birlikte, hastalıklar doğrudan yaşam stili ve bireyin davranışlarıyla sebep gösterilerek bireye sorumluluk yüklenmiştir. Böylelikle tıp, artık gündelik yaşamına her yoldan girme gücüne sahip olmuştur. Nitekim bilginin iktidarı olan hekimler, hastalıklar dolayısıyla bireylerin *beden denetimine* ve tıbbi *sosyal kontrolüne* de sahip olmuşlardır (Sezgin, 2011: 46). Gündelik hayatın tıbbileşmesi yoluyla burada hekim, bir din adamı edasında hareket etmekte, din adamının belli kalıpların kutsal ve norm dışı olduğunu belirtme gücüne sahip olmasına benzer şekilde hekim de bulgu ve hastalık ayırımında söz sahibidir. Dolayısıyla hekim güçlüdür (Illich, 2019: 41,87). Bunların sonucunda denetimsiz tıp hem doğum, yaşlılık, ölüm gibi konulara da eğilmiş hem de aşırı uzmanlaşma sonucunda bireylere zarar vermiştir (Korkmaz, 2013: 189). Arslan (2015: xxxı) pozitivist söylemlerin bilim insanını temsilen "peygamber" pozisyonuna koyduğunu, uygun olan ve olmayan durumlar hakkında güçlü sesleri ve söylemleri olduğunu ileri sürmektedir. Bu düşünceler bütünü, toplumları ve bireyleri evrensel olarak öne sürülen standartlara göre organize etmeye çalışmaktadır. Nitekim bilimsel ve teknolojik gelişmeler, modern tıbbin ahlaki konusuna eğilmesini vurgulasa da, bu konular üzerinde çok durulması, geniş ve etkin bir kültürel değişim sürecinde payı olmuştur. İnsan hayatına olan saygının artması, insan hayatının korunması, insan ömrünün uzatılması, modern tıbbın üstüne aldığı değerlerdir. Ancak, bu gelişmeler sonucu, hekimlerin "Tanrıyı oynamaya" yöneldikleri gözler önüne serilmektedir (Parsons, 1978: 293).

Tüm bu kavramların arka planında gelişen, büyüyen bir yapı daha vardır. Bu yapının adı kapitalizmdir. Ertuna'ya (1980: 36) göre 1980'lerden sonra yenedünya düzeni olarak kapitalizm, piyasa ekonomisini meydana getirmekte, küreselleşme kavramıyla karşımıza çıkmaktadır. Kapitalizmin tek amacı kârdır, bu kapsamda üretilen mal ve hizmetler de tüketiciler tarafından satın alınmalıdır (Yanıklar, 2010: 25). Ritzer'in (2000: 220) McDonaldlaştırma metaforu³ Taylorizm ve Fordizm gibi temel akımlarıyla beslenen çağdaş endüstrinin bu akımlara benzer ilkelerin peşinden gittiğini öne sürmektedir. Örneğin, bireyselleştirilmiş üretim, minimum üretim süresi, dizayna yönelik yüksek teknoloji, işçilere yönelik talepkâr olma gibi ilkelerle endüstrinin pek çok kolu ile McDonaldlaştırma'nın benzer özellikleri mevcuttur.

Kapitalizmin geniş alanlara yayılması ile birlikte kapitalizm, sağlığa da kollarını uzatmıştır. Leys'e (2010: 15-19) göre özellikle son yüz elli senede sağlık endüstrisindeki gelişmelerin kapitalizm kaynaklığı olduğuna dair yaygın bir inanış vardır. Bu görüşün dayanağı ortalama yaşamın uzamasıdır. "Epidemiyolojik dönüşüm" olarak adlandırılan bu ilerleme, önce sanayi kapitalizminin başkenti olan İngiltere'de kendini göstermiş, 1930'lu yıllarda ise ölümcül

³ *McDonaldlaştırma fast-food restoranlarının temelindeki ilkelerin, Amerikan toplumunun ve dünyanın geri kalan kısmının gitgide daha fazla kısmına egemen olma sürecidir (Ritzer, 2000:23).*

hastalıklarla başa çıkılmaya başlanması ile birlikte sağlık ve sağlık hizmetleri de önemli hale gelmiştir. Her ne kadar tam tersi düşünülse de bu gelişmelerde kapitalizmin rolü yoktur. Nitekim insan ömrünün uzaması, hıfzıssıhha girişimleri ile kanalizasyon sitemlerinin gelişimi ve hijyenin ön plana çıkması kaynaklıdır. Kapitalizmin sağlık üzerinde yarattığı etki, son dönemlerde de öne çıkan kavram olan sağlıkta eşitsizliktir. Sağlıkta var olan eşitsizlik, insanların sağlığını kaybetmesine neden olmaktadır. Somut verilerle açıklamak gerekirse İsviçre’de doğumda beklenen yaşam süresi 84 iken, Nijerya’da 54’dür (Dünya Bankası Verisi, 2017). Bir taraftan kapitalizm gerçeği var iken, bir taraftan sağlığın tıbbileştirilmesi yoluyla hali hazırda hastalık olarak lanse edilen, aslında hastalık olarak nitelendirilemeyecek durumlara yönelik, ilaç endüstrisinin cevap olarak ürettiği ilaçlar vardır. Nitekim medyadaki söylemler incelendiğinde, hedef sağlık konusunda aydınlatma ve bilgi vermek gibi görünse de olağan hayatın tıbbileştirildiği ve sağlığın bireyselleştirildiği, kapitalizmle beslenen ilaç endüstrisinin ürettiği bu ilaçlara vurgu yapıldığı göze çarpmaktadır (Sezgin, 2011: 70). Öte yandan kişiler sağlıklı olma adına belirlenen kalıplara bürünmeyip ve davranışları yerine getirmediği durumda, hastalık ve ölüm riski ile karşı karşıya gelmektedir. Yönlendirmeler genellikle “hekimlerin emri” olarak lanse edilmektedir (Thomas, 2006: 10).

Bu söylemler arkasında oldukça büyüyen ve kar payını arttıran ilaç şirketleri de bu durumdan faydalanmaktadır. Küpeli’ye (2019: 237) göre bilimsel araştırmalara ödeme yapan ve sponsor olan şirketlerle anlaşma yapılarak, kişisel çıkar odaklı, bilimsel olarak etik bulunmayan yayınlar “tarafli yayın”lardır. Her ne kadar durum bu olsa da Applbaum’ a (2010: 103-104) göre, sıradan bir hekimin, firmalar tarafından hazırlatılan bu çalışmalarını yayımlaması için anlaştığı ve ödeme yaptığı bu “kanaat önderlerini” sorgulamaya zamanı ve eğitimi yetersiz kalmaktadır. Firmaların hekimlerin bu yetersizliğini kullanarak toplum yararı göz ardı edilerek, korku ve onun ilacı olan riskten kaçınma davranışını ön plana çıkarmaktadır. Sonuç olarak sağlıklı denebilecek, semptomları olmayan bireyler bile hasta olarak sınıflandırılabilir.

Medikal firmalar tarafında da benzer durumlar söz konusudur. Medikal firmalardaki paydaşlar kazanç sağlamakta, “kazan-kazan” durumu olmaktadır. Çoban’a (2013: 201-216) göre medikal firmalar ile hekimler arasında olan uygun olmayan bu ilişkilerin nihayetinde yolsuzluklar görülebilmektedir. Sağlık hizmetleri kullanımının artması her ne kadar ekonomik yönden negatif bir durum olsa da, bu sağlık endüstrisi taraflarını sevindirmektedir. Nitekim bireylerin kaybı artarken sağlık endüstrisi tarafları olan hekimlerin, ilaç firmalarının ve tıbbi cihaz şirketlerinin kazançları artmaktadır (Davis, 2019: 19).

Tıbbileştirmeden ticarileşmeye giden yolda Türk Sağlık Sistemi içinde olan değişimler bu duruma katkı sağlamıştır. Nitekim 24 Ocak 1980 döneminde alınan kararlar ile neoliberalizm Türkiye’de resmi politikalar tarafından güvence altına alınmıştır (Akdur, 2008: 5). Neoliberalizm kapitalist toplumların ilerleyişindeki son basamağın dayanağı olan düşünceler sistemi olmakla birlikte, kişiselleştirilmiş pazar anlayışı ile hareket eden, rekabetin oldukça önemli olduğu bir bakış açıdır (Thorsen ve Lie, 2006: 8; Mudge, 2008: 706). Sağlıkta reform hareketi ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ve kamu özel ortaklığı gibi atılan adımlarla bazı düzenlemeler sağlığın piyasalaştırılmasını kolaylaştırmıştır (Erol ve Özdemir, 2018: 125). Şen’e (2014: 160) göre sağlıkta neoliberalizm politikaları yürüten devletler, sağlığın piyasalaştırılmasına yönelik adımlarını medya platformları üzerinden yapmaktadır. Bir diğer deyişle medya bireylerin algısını değiştirme gücüne sahip en önemli araçlardandır. Bu sebeple sağlık üzerinde yaratılan algının anlaşılması için medya ve sağlık ilişkisi önemlidir.

2.3. Medyatik Tıbbi Söylemler

Küreselleşme, toplumlarda meydana gelen iletişim-bilişim inkılabı ile mümkün olmuştur. İletişim ve bilişimde olan inkılaplar teknoloji desteğiyle bilgi ve bilginin nasıl üretildiği önemli hale gelmiş, sanayi toplumlarında görülen somut çıktılar yerine bilgi üretimi değerlendirilmiştir (Kocacık, 2003: 2). Buradan hareketle bilgi toplumları ancak teknoloji ile var olabilecektir. Teknolojinin yaratmış olduğu platformlar üzerinden, aynı anda birçok bilgi sayısız kişiye ulaşabilmektedir. Günümüz toplumlarında somut şekilde üretilen ürünlerden ziyade soyut olarak üretilen bilgilerin değer kazanması sonucu, teknoloji ve bilgi alanında öne çıkmasını ve ekonomik yönden de güçlenmesini sağlamıştır.

Bilgilerin aktarımında en önemli rolü oynayan medya, “içeriklerin (müzik, film, televizyon, radyo, yayıncılık, reklamlar, elektronik oyunlar vs.) teknolojik cihazlarla entegrasyonu” olarak tanımlanmaktadır. Geçmişten günümüze medyayı medya yapan şeyler genişlemiş ve değişime uğramıştır (Locksley, 2009: 8). Özellikle yeni medya araçlarının ortaya çıkışından sonra, toplumların ve bireylerin iletişim kurma biçimleri farklılaşmıştır. Yeni medya kavramı internet, web siteleri, bilgisayar oyunları, CD-ROM’lar ve DVD, sanal gerçeklik gibi pek çok aracı içine alan geniş bir platformdur (Manovich, 2002: 43). Bugün gelinen noktada medyada artan platformların sayısı ve medya teknolojilerindeki ilerleyiş tipografik uygarlıkların ortaya çıkmasını sağlamış ve modernizmin getirdiği “mesafe bilincinin” aşılması, normal hayatın ve olayların senkronize olması nihayetinde evrensel bilinç oluşmuştur (Köse, 2010: 65-66). Kitle toplumu, modern sınıflı toplumu ifade eden (Swingewood, 1996: 17), ortaya çıkışında 19. Yüzyılda olan bir takım toplumsal olayların etkisinin süregeldiğini ifade eden bir kavramdır (Özçetin, 2018: 39).

Kitle iletişim araçları tarihinde dört ana faktör vardır: ilki teknolojidir; bir diğeri toplumun politik, sosyal, ekonomik ve kültürel pozisyonudur; üçüncüsü bir takım faaliyet, işlev veya ihtiyaç; dördüncüsü ise gruplar, sınıflar olarak bireylerdir (McQuail, 1983: 19). Kitle iletişim kuramları ile ortaya koyulan medya etkisi ile ilgili çalışmalar iki başlık üzerinden yapılmıştır; bunlar Liberal Kitle İletişim Kuramları ve Eleştirel Medya Kuramlarıdır (Poyraz, 2017: 63). Medyanın toplumlar üzerinde etkisi olduğu açıktır. Medyanın en güçlü yanlarından biri gündem belirleme yeteneği olmasıdır. Toplumların kendine has olan gündemin belirlenmesi, medya profesyonellerinin, toplumun ve politika seçkinlerinin konuya ilgisini çekmek beraberinde rekabeti de getirmektedir (Dearing ve Rogers, 1996: 1). Kitle iletişim araçlarının 1968’deki başkanlık seçiminde nasıl kullanıldığına dair bir yayının yayımlanması ile birlikte ilk çalışmaların adımı da atılmıştır. Burada medyanın toplum gündemini oluşturduğu ve siyasi ortamın özellikle haberler aracılığıyla “kusurlu olarak yeniden üretildiği” ortaya atılmıştır (McCombs ve Shaw 1972: 184). Kitle iletişiminin toplumu nasıl etkilediğine yönelik ilk araştırmalar “propaganda” konusu üzerinden yapılmıştır. Teknolojik adımlarla birlikte 1930’lardaki radyo ve film medyası propagandacılar etkili platformlar olmuştur (Baran ve Davis, 2012: 76–77; Özçetin, 2018: 86). Walter Lippmann 1922’de “In Public Opinion” isimli çalışması ile Harold Lasswell’in sorgulayıcı tavrını doğrularak ortalama özellikler gösteren bireylerin sosyal yaşantılarını çözümleyerek, davranışlarındaki akılcı kararlar verme yeteneklerini sorgulamıştır. Bu çalışma kitle iletişim araçları ve etkisine dair ilk çalışma olmuş, propagandaların insanların kitle iletişim araçları yoluyla doğruları öğrenemediklerine, hayati denilebilecek bilgilerin kitle iletişim aracılığıyla topluma etkili şekilde iletilmesi mümkün olmayacaksa basın da gereksiz olacağına atıfta bulunulmuştur (Baran ve Davis, 2012: 85–86). Laswell kitle iletişim araçlarının nasıl etkilediğine dair yaptığı çalışmada “hipodermik şırınga” veya “sihirli mermi” gibi

benzetmeler kullanmıştır. Propagandanın toplumu uzun vadede akıllıca yöntemlerle etkilediğini, onları ikna eden bir ilacın temsili bir hipodermik şırınga ile durağan ve masum topluma zerk edildiğini öne sürmüştür (Baran ve Davis, 2012: 94; Tones, 1996: 31; Poyraz, 2017: 63). Klapper (1963: 517) ise medyanın etkisinin araştırmacılar tarafından büyütüldüğünü, kitle iletişim araçlarının sınırlı kaldığını, direkt birincil etki aracı olmadığını, hali hazırda olanı pekiştirdiğini iddia etmiştir. Davranış bilimlerinde öne çıkan çalışmalardan biri de “iki aşamalı akış” kuramıdır. Bu kuram, bireylerin ait oldukları toplumda öne çıkan kanaat önderlerini takip ettiğini ve onlardan etkilendiklerini öne sürmektedir (Baran ve Davis, 2012: 142). Medya etkisi üzerinde yapılan bir diğer bakış açısı kullanımlar ve doyumlar olarak adlandırılmıştır. Bu yaklaşıma göre medyanın bireylere ne yaptığından öte medya ile bireylerin ne yaptıkları önem kazanmaktadır (Özçetin, 2018: 113). Neumann’ın (1974:43) “Suskunluk Sarmalı” da medya etkisi üzerine olan bir diğer çalışmadır. Burada anlatılmak istenen ana fikir ise kişisel fikirlerin birleşimiyle doğan kamuoyunun bir kontrol ve denetim düzeneği olarak ortak fikirlere katılmayanların uzaklaştırıldığıdır. Bir diğer çalışma ise Gerbner’in 1960’larda televizyondaki şiddeti ölçmeyi hedeflediği, içerik çözümlemesi yaptığı yetiştirme kuramıdır. Bu kuramda kitle iletişimi ile toplumun, kültürün tutumunu ve değerlerini ekip, yetiştirmektedir (Eid, 2012: 8). Son olarak “eşik beççiliği” kavramını ile Kurt Lewin (1943), medyada sunulan içeriklerin izleyicilere ulaşana kadar farklı kapılardan hangilerinden geçeceğini belirleyen birini veya bir süreci ifade etmiştir.

Medya üzerine yapılan çalışmalarda başlarda ana akım kuramlar olarak adlandırılan liberal bakış açısının pozitivist, birey davranışını temel alması, nicel ölçümlere dayanması üzerine daha sonra iletişim çalışmalarını eleştiren yaklaşımlar çıkmaya başlamış ve Marksist fikirleri içselleştiren bazı çalışmacılar kitle toplumuna yönelik eleştirilerde bulunmaya başlamıştır. Kitlelerin manipüle edildiği ve yabancılaştırdığı düşüncesiyle Frankfurt Okulu denilen bir grup araştırmacı çalışmalarını ortaya koymaya başlamıştır (Poyraz, 2017: 67; Özçetin, 2018: 161). Theodor Adorno’nun da (1975: 12) mensubu olduğu Frankfurt Okulu “kitle kültürü” kavramını değil “kültür endüstrisini” tercih etmiştir. Okul, medyanın nüfus ve kültürel etkileri ile ilgili çalışmalara imza atmış, popüler kültürün, toplumu etkileyerek kendi istediği doğrultuda yönlendirdiğini iddia etmiştir (Wallace ve Wolf, 2018: 155). Frankfurt Okulu mensuplarından Habermas da “kamusal alanı” öne çıkararak, bunun demokratik katılım için gerekli olduğunu, toplumun endişelerinin tartışıldığı bir platform olarak görmektedir. Nitekim modern toplumlarda, demokratik tartışmalar yerine kültür endüstrisi tarafından kitle iletişim araçları yoluyla yapay bir kamusal alan yaratılmaktadır (Giddens ve Suttton, 2016: 813). Herman ve Chomsky’e (2012: 15) göre de “medya kendisini denetleyen ve finanse eden güçlü toplumsal grupların çıkarlarına hizmet etmekte ve onların lehine propaganda yapmaktadır”. Öte yandan Gramsci (1986: 73) “hegemonya” kavramı ile iktidarın proletarya üzerinde nasıl etkisi olduğunu açıklamıştır. O’na göre kitle iletişim araçları yönetici sınıfın iktidar koltuğundaki varlığını sürdürmek, toplumun buna yönelik rızasını göstermesi için etkili bir yöntemdir. Kişiler hali hazırda rıza gösterdiği için dayatmaya da ihtiyaç yoktur (Poyraz, 2017: 74). Bir diğer yaklaşım Raymond Williams (1961: 56-57) tarafından kitle iletişim çalışmaları ve kültürün yoğurulduğu İngiliz Kültür Araştırmaları olarak adlandırılan çalışma olmuştur. Kültürel çalışmaların ortaya çıkışı kuramcılarının, feminizm, gençlik hareketleri, ırksal ve etnik azınlık hareketleri ve diğer pek çok İngiliz sosyal akımlarında yer almasına da zemin hazırlamıştır (Baran ve Davis 2012: 222). Böylece 1960’larda görülen kadınların direnişi ile birlikte kitle iletişimi ile ilgili çalışmalarda feminist görüş baskın olmaya başlamıştır (Williams, 2003: 57). Kısacası medyanın toplum ve bireyler üzerindeki

etkisi yıllardır süre gelen çalışmalarla ortaya konmuştur. Nitekim medyanın her alan üzerinde bir söz hakkı olmuş, çeşitli kanallarla geniş kitlelere ulaşmıştır.

Sağlıkla ilgili kamunun bilgilendirmesinde en etkili araçlardan biri de medya olmuştur. Medyada sağlık içeriği olan tüm mesajlar kasıtlı olsun ya da olmasın toplum sağlığını dolaysız veya dolaylı şekilde etkileyecektir. Simpsons ve arkadaşlarına göre (1991: 1385) toplumun sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin azalması yüksek oranda klinik uygulamalar sırasında olan iletişimin kalitesiyle ilgilidir. Nitekim hekimin hastayla olan ilişkisi, iletişimin kalitesi için sağlıklı olması şart iken; toplum sağlığı için de toplumun maruz kaldığı ve içinde olduğu iletişimin kalitesi de sağlıklı olmak durumundadır.

Bireylerin ve toplumun sağlığına ilişkin enformasyonlar ve söylemler sağlıklı olmanın özendirilmesi, iyileştirilmesi için halk sağlığı kampanyaları yoluyla gerçekleşmektedir. Topluma ulaşan mesajlar, kitle iletişimi adına birçok medya platformu üzerinden gerçekleşmektedir (Berry, 2007: 25). Buradaki hedef, toplumun “sağlık okuryazarlık” düzeyini yükseltmektir (Şengün, 2016: 40). Sağlık alanında kullanılan sosyal pazarlama stratejisinde medya aracılığı ile bireylerin sağlığını arttırmak veya korumak hedeflenmektedir. Buradaki amaç, kâr ve örgütsel fayda değildir. Toplum ve bireylerin faydaları için farkındalık yaratmak veya tutum değişikliğinden ziyade davranış değişikliğine gitmeleridir (Thomas, 2006: 127; Tones, 1996: 332). Sağlık iletişimi literatüründe geçen bir diğer kavram medyada savunuculuktur. Burada da sosyal pazarlama stratejisine benzer şekilde halk sağlığını ilgilendiren kampanyalarda, medya aracılığı ile toplumdaki her bir bireyin daha sağlıklı davranışlar edinmesi hedeflenmekte, politika yapıcılara adım atmaları yolunda teşvik etmektedir. Bu stratejide asıl hedef politika yapıcılarıdır. Böylece tüm toplumu etkileyebilecek adımlar atılacaktır. (Dorfman ve Krasnow, 2014: 295; Wallack ve Dorfman, 1996: 296). Bir diğer strateji halkla ilişkilerdir. Halkla ilişkiler stratejisinde, kurumların yönetim süreci içinde yer alan, burada çalışan kişilerin ve bu kurumdan istifade edenlerin, rekabet içinde olunan diğer kuruluşların, tedarikçilerin katılımı yoluyla süreç yönetilecektir (Silver, 2016: 6). Nitekim medyanın halkın sağlığını etkilediği oldukça açıktır. Geleneksel ve yeni medya, televizyon ve internet yayımları, bireylerin sağlıkları ile ilgili doğru ya da yanlış enformasyonlara ulaştıkları araçlardır (Institute of Medicine, 2002: 348). Daha önce değinildiği gibi günümüz modern tıbbı, biyomedikal modelin etkisinde kalarak insan bedenine bütüncü bakış açısıyla değil indirgemeci, pozitivist bir bakış açısıyla yaklaşmaktadır. Böylece tıp, insan bedeni üzerinde iktidar kurabilecek güce sahip olan bir bilim haline gelmiştir. Ten Have'e (1991: 138) göre hekimlerin hastalarıyla olan iletişimi “asimetrik” olduğu, hekimlerin ve hastalarının rolleri farklı olduğu, sosyal bir gerçek olarak kabul görmektedir. Nitekim bilgi asimetrisi kaynaklı olarak bireyler, hekimlerinin söylemlerine inanmak isterler. Hekimler liderdir, hastalar hekimlerin takipçisidir. Buna yönelik olarak Donohue ve arkadaşları (1975: 4) sistemlerin bilgiyle beslenmesi durumunda, bu sistem içinde konuyla ilgili genel bir kanının oluşacağını belirtmiştir. Bu bilgi akışı sonucunda yeterince bilgiyle donanan sistemden, yüksek eğitilmiş bireyler, düşük eğitilmiş bireylerden daha hızlı ve daha fazla istifade edecektir. Bu durum bilgi uçurumu hipotezi olarak adlandırılmaktadır. Gaziano'nun (1995: 3), görüşü de bu çalışmayı destekler niteliktedir. Kitle iletişim araçlarının artması gelecekte “bilgiye sahip olan” ve “bilgiye sahip olmayan” kişilerin doğmasına neden olacaktır. Bu görüşün aksi niteliğinde fikir beyan eden (Davis, 2019: 131-138) ise teknolojik devrim sonucunda 1900'lü yıllarda hemşirelerin stetoskop kullanımını gereksiz bulan, beyaz önlüklü, güçlü hekimlerin sağlığa dair bildiklerinin gizliliğini kaldırdığını, bilgi çağı asimetrik bilginin dengesini biraz da olsa değiştirdiğini ileri sürmüştür.

3. SONUÇ

Günümüz medyasında toplumun, pek çok kanal üzerinden sağlıkla ilgili enformasyona ulaşması kolaylaşmıştır. Medyanın aracılık ettiği sağlık ile ilgili enformasyona ulaşan, ulaşmaya çalışan hasta kitlesi açısından doğru kaynaklar önem teşkil etmektedir. Bozok'a (2011: 39-41) göre medya ile topluma ulaşan, bireylerin sıradan hayatına, bu hayatı yaşayış şekline, bedenleri üzerindeki kontrolüne, ahlaki yükümlülükleri üzerine uzmanlar tarafından dile getirilen popüler sağlık söylemleri vardır. Sağlık üzerine olan ilgi popüler söylemlerin artmasını sağlamakta, bireysellik ve risk yönetimi üzerinde duran, neyin sağlık ve neyin hastalık olduğunun sınırının net olmaması gibi nedenlerle uzun yaşam süresi, güzellik gibi popüler konular üzerinden hayatımızı işgal eden bir hal almaktadır. Daha önce belirtildiği gibi Timurturkan'a (2013:238) göre söylemler, düşünme şeklini inşa etmekte, bildiğimiz "şeylerin" nesnelere ifade etmektedir. Söylemlerden yola çıkarak toplum da davranışlarına şekil verecektir.

Nitekim en değerli, en güzel olan şey "beden"dir. Beden, "gençlik, zariflik, diyet, erillik/dişillik" takıntısını yansıtan, tutku söylemleriyle sarılmış ve bir sonda kurtuluş aracına dönüşerek tabiri caiz ise ruhun yerine geçmiştir (Baudrillard, 2008: 163). Beden üzerine yapılan söylemler, toplumda yer alan bireylere "bir beden var ve onu kontrol etmen gerekli" demekle kalmaz, "bu bedene olacak her durumdan sen sorumlusun" diyerek sahip olduğu bedeni bir şov aracına da dönüştürür. Dolayısıyla yaşamın içinde varlığını gittikçe daha çok hissettiren tıp, insan hayatını tıbbileştirerek, bedene müdahale alanı yaratmaktadır (Bozok, 2011: 44).

Medyatik tıbbi söylemler popüler sağlık söylemleri yerine kullanılmamış, medyanın doğru bilgileri de verdiği gerçeği de göz önüne alarak, daha kucaklayıcı bir tavırla ele alınmıştır. Ancak bu konu ile ilgili olarak hem geleneksel medya kanallarından hem de yeni medya üzerinden gerçekleşen tıbbi söylemlerin belirli riskleri barındırdığı gerçeği ile tıbbi söylemlerin belirli süzgeçlerden geçerek halka ulaşması, bu ulaşımın da "sağlıklı" şekilde gerçekleştirilmesi adına yetkililerin gerekli düzenlemeler ve sınırlamalar koyması gerekmektedir. Aydın'ın (2020:109) da belirttiği gibi "Bilimin tartışılacağı mekân, televizyon ekranları değil; üniversiteler, bilimsel dergiler, ciddi mesleki konferanslar ve kongrelerdir."

4. KAYNAKÇA

Adorno, T. W., (1975), "Culture Industry Reconsidered by Theodor W . Adorno." *Duke University Press*. 6(6):12–19.

Aggleton, P., (1990), *Health*, First Published. London and Newyork: Routledge.

Akdur, R. (2008), "Cumhuriyetten Günümüze Türk Sağlık Sistemi", <https://docplayer.biz.tr/6588450-Cumhuriyetten-gunumuze-turkiye-de-saglik-prof-dr-recep-akdur.html>. 31.01.2020 Tarihinde Erişildi.

Anderson, P, (1998), "The Importance of Theories in Health Care", *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources*, 317:1007–10.

Applbaum, K., (2010), “Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları” içinde L. Panitch (Ed.) ve Leys C. (Ed.) Kapitalizmde Sağlık- Sağlıksızlık Semptomları, (Çev. U. Haskan). (ss. 99-118),1. Baskı, İstanbul: Yordam Kitap. (Orijinal Baskı:2009)

Arslan, H., (2015), *Epistemik Cemaat: Bir bilim Sosyoloji Denemesi*, 4. Baskı, İstanbul: Paradigma.

Aydın, K., (2014), “Yapısal İşlevselci Teori ve Toplumsal Tabakalaşma”, *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*. (8):213–39.

Baran, S. J. and Davis, D. K., (2012), *Mass Communication Theory Foundations, Ferment, and Future*, 6. Edition, Boston: Wadsworth, Cengage Learning.

Barkan, S. (2012), *A Primer on Social Problems*. Lardbucket E-Book. <https://2012books.lardbucket.org/books/a-primer-on-social-problems/>, 18.02.2020 Tarihinde Erişildi.

Berry, D., (2007), *Health Communication Theory and Practice*, 1. Edition, New York: Open University Press.

Bilton, T., Bonnet, K., Jones P., Lawson, T., Skinner, D., Stanworth, M. ve Webster, A. (2009), *Sosyoloji*, (Çev. B. Özçelik). 2. Baskı, Ankara: Siyasal Kitapevi.

Bingöl, O., (2017), “Bedenin Sosyolojisi: Nasıl? Niçin”, *Mavi Atlas*, 5(1):86–96.

Bozok, N., (2011), “Biyoktidara Özgü Bir Özneleşme Pratiği Olarak Popüler Sağlıklı Yaşam Söylemi”, *Toplum ve Bilim*, 122:37-53.

Clark, J., (2014), “Medicalization of Global Health 1: Has the Global Health Agenda Become Too Medicalized?”, *Global Health Action*, 7(SUPP.1).

Clegg, S. and Carter, (2007), “Management” in *Blackwell Encyclopedia of Sociology*. G. Ritzer (Ed.)(pp.2710-2719). Blackwell Publishing Ltd.

Conrad, P. and Barker, K. K., (2010), “The Social Construction of Illness: Key Insights and Policy Implications”, *Journal of Health and Social Behavior*, 51:67–79.

Crawford, R., (1980), “Healthism and the Medicalization of Everyday Life”, *International Journal of Health Services*, 10(3):365–88.

Çalkıvık, A., (2011), “Ölümüne Yaşatmak: Güvenlik Sorunu olarak ‘Yaşam’”. *Toplum ve Bilim*, 122, 9-18.

Çoban, H., (2013), “Medikal Usulsüzlük ve Yolsuzluk” içinde İ. Arslanoğlu (Ed.), *Tıp Bu Değil 2*, (ss. 171-186), 1. Baskı, İstanbul: İthaki Yayınevi.

- Davis, W., (2019), *Doktorsuz* (Çev. T. D. Odabaşı), 1 Baskı, İstanbul: Pegasus Yayınları.
- Dearing, J. W. and E. M. Rogers, (1996), *Agenda-Setting*, 1 Edition. London and Newyork: SAGE Publications.
- Donohue, G. A., Tichenor, P. J. and Olien, C. N., (1975), “Mass Media and The Knowledge Gap”, *Communication Research*, 2(1):3–23.
- Dorfman, L. and Krasnow, I. D., (2014), “Public Health and Media Advocacy”, *Annual Review of Public Health*,. 35(1):293–306.
- Durkheim, E. (2010). *Sociology and Philosophy*. 1. Edition. New York: Routledge.
- Eid, M. and Dakroury A., (2012), “Introduction to Communication Theory and Media Studies” Basics in M. Eid (Ed.) and A. Dakroury (Ed.). *Communication and Media Studies*, 1. Edition, Boston: Pearson Learning Solutions.
- Eijk, P., (2005), *Medicine And Philosophy in Classical Antiquity: Doctors and Philosophers on Nature, Soul, Health and Disease*, 1. Edition, Cambridge: Cambridge University Press.
- Erol, H. ve A. Özdemir, (2018), “Türkiye’de 1980 Sonrası Sağlık Politikalarında Dönüşüm ve Sağlık Harcamalarına Etkileri”, *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 15:119–46.
- Ertuna, Ö., (1980), “Yeni Dünya Düzeni : Küreselleşme”, *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 30:36–45.
- Foucault, M. (2008). *The Birth of Biopolitics*. 1. Edition. New York: Palgrave Macmillan.
- Gaziano, C., (1995), “A Twenty-Five-Year Review of Knowledge Gap Research” in 50th Anniversary Conference of the American Association for Public Opinion Research (pp.2-33), Florida: Educational Research and Improvement.
- Gerhardt, C., (1995), “Criticisms of Biomedicine” in *Society And Health: An Introduction To Social Science For Health Professionals* (pp. 63-76), 1. Edition, Newyork: Routledge.
- Giddens, A. ve Sutton, P. W., (2016), *Sosyoloji*. (Çev. S. Tüfekçioğlu, A. N. Durakbaşa, F. Karapehlivan), 7. Baskı, İstanbul:Kırmızı Yayınları.
- Gramsci, A., (1986), *Hapishane Defteri* (Çev. K. Somer), 1. Baskı, İstanbul: Onur Yayınları.
- Higgs, P. and I. R. Jones, (2009), *Medical Sociology and Old Age*, New York: Routledge.
- <https://www.britannica.com/topic/positivism/The-critical-positivism-of-Mach-and-Avenarius>. Erişim Tarihi: 09.12.2019.

Illich, I., (2019), *Sağlığın Gasplı*. (Çev. S. Sertabiboğlu), 2. Baskı, İstanbul: Ayrıntı.

Institute of Medicine (US), Committee on Assuring the Health of the Public in the 21st Century, (2003), *The Future of the Public's Health in the 21st Century*, Washington: National Academy Press.

Jaspersen, A. E., Shah, D. V. Faber, R. J. Fan, D. P. and M. Watts., (1998), "Framing and the Public Agenda: Media Effects on the Importance of the Federal Budget Deficit", *Political Communication*. 15(2):205–24.

Kelman, S., (1975), "The Social Nature of the Definition Problem in Health", *International Journal of Health Services*, 5(4):625–42.

Klapper, J. T., (1963), "Mass Communication Research: An Old Road Resurveyed", *Public Opinion Quarterly*, 27(4):515–27.

Koca, M., (2019), "Sosyolojik Kuramlarda Sağlık" içinde Y. Daşlı (Ed.) ve Bulut E. (Ed.) *Sağlık Sosyolojisi* (s. 21-46), 1. Baskı, Ankara: Anı Yayıncılık.

Kocacık, F., (2003), "Bilgi toplumu ve Türkiye" *Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 27(1):1-10.

Korkmaz, D., (2013), "Sağlık Çalışanları Gözünden Sağlığa Bakış" içinde İ. Arslanoğlu (Ed.) *Tıp Bu Değil 2*, (ss.171-186), 1. Baskı, İstanbul: İthaki Yayınevi.

Köse, H., (2010), *Medya ve Tüketim Sosyolojisi*, 1. Baskı, Ankara: Ayraç Kitabevi.

Küpeli, S., (2019), "Sağlık Bilimlerinde Araştırma ve Yayın Etiği", *Cukurova Medical Journal*, 44(1):232–40.

Lewin, K., (2014), "Psychological Ecology (1943)" in J. J. Gieseking (Ed.), W. Mangold (Ed.), C. K. (Ed.), S. Low (Ed.), S. Saegert (Ed.). *The People, Place, and Space Reader* (pp. 51-55), 1. Edition, New York: Routledge.

Leys, C., (2010), "Sağlık ve Kapitalizm" içinde L. Panitch ve C. Leys (Ed.). *Kapitalizmde Sağlık- Sağlıksızlık Semptomları*. (Çev. U. Haskan). (ss. 54-73), 1. Baskı, İstanbul: Yordam Kitap, (Orijinal Baskı:2009).

Lindemann, M., (2013), *Erken Modern Avrupa'da Tıp ve Toplum*, (Çev. Mehmet Doğan). İstanbul:Boğaziçi Üniversitesi Yayınevi.

Locksley, G., (2009), *Media and Development: What's the Story?*, World Bank Publications, ProQuest Ebook Central, <https://ebookcentral.proquest.com/lib/suleyman-ebooks/detail.action?docID=459574>. 26.02.2020 Tarihinde Erişildi.

Manovich, L., (2002), *The Language of New Media*, 1. Edition. London: The MIT Press

California.

McCombs, M. and Shaw, D. L., (1972), “The Agenda-Setting Function of Mass Media”, *Public Opinion Quarterly*, 36(2):176–87.

McQuail, D., (1983), *Mass Communication Theory: An Introduction*, 1. Edition, London: SAGE Publications.

Mudge, S. L., (2008), “The State of the Art: What Is Neo-Liberalism?”, *Socio-Economic Review*, 6:703–31.

Napier, A. D., Ancarno, C., Butler, B., Calabrese, J, Chater, A., Chatterjee, H., Guesnet, F., Horne, R., Jacyna, S., Jadhav, S., Macdonald, A., Neuendorf, U., Parkhurst, A., Reynolds, R., Scambler, G., Shamdasani, S., Smith, S. Z., Stougaard-Nielsen, J., Thomson, L., Tyler, N., Volkmann, A. M., Walker, T., Watson, J., De Williams, A. C. C., Willott, C., Wilson, J. and Woolf K., (2014), “Culture and Health.” *The Lancet*. 384(9954):1607–39.

Noelle-Neumann, E., (1974), “The Spiral of Silence A Theory of Public Opinion”, *Journal of Communication*, 24(2):43-51.

Okumuş, E., (2009), “Bedene Müdahelenin Sosyolojisi”, *Şarkiyat İlmî Araştırmaları Dergisi/Journal of Oriental Scientific Research (JOSR)*, (2):1–15.

Özçelik Adak, N., (2015), *Sağlık Sosyolojisi: Kadın Ve Kentleşme*, 1. Baskı, Antalya: Siyasal Kitapevi.

Özçetin, B., (2018), *Kitle İletişim Kuramları*, 1. Baskı, İstanbul: İletişim Yayınları.

Parsons, T., (1951), *The Social System*, 1. Edition, London: Routledge.

Parsons, T., (1978), *Action Theory and the Human Condition*, 1. Edition, New York and London: The Free Press.

Pickover, C. A., (2012), *The Medical Book : From Witch Doctors To Robot Surgeons : 250 Milestones in The History Of Medicine*, 1. Edition. New York: Sterling.

Porter R. ve Vigarello, G., (2008), “Beden, Sağlık ve Hastalıklar” içinde *Bedenin Tarihi I.* (Çev. Saadet Özen), 1. Baskı, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

Poyraz, B., (2017), “Kitle İletişim Kuramları” içinde H. Tüfekçioğlu (Ed.). *İletişim Sosyolojisi*, 1. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Ritzer, G., (2000), *Toplumun McDonalddlaştırılması*, (Çev. Ş. S. Kaya), 2. Baskı, İstanbul: Ayrıntı Yayınları, (Orijinal Baskı: 1996).

Rostosky, S. S. and Travis, C. B., (1996, "Menopause Research and the Dominance of the Biomedical Model 1984-1994", *Psychology of Women Quarterly*, 20(2):285–312.

Sezgin, D., (2011), *Tibbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*, 1. Baskı, İstanbul: Ayrıntı

Sheaff, M., (2005), *Sociology & Health Care: An Introduction for Nurses, Midwives and Allied Health Professionals*, 1. Edition, New York: Open University Press.

Silver, R., (2016), *Health Service Public Relations*, 2. Edition., New York: Taylor & Francis Group.

Simpson, M., Buckman, R., Stewart, M., Maguire, P., Lipkin, M., Novack, D. and Till, J., (1991), "Doctor-Patient Communication: The Toronto Consensus Statement", *British Medical Journal*, 303(30):1385–87.

Swingewood, A., (1996), *Kitle Kültürü Efsanesi*, (Çev A. Kansu), İstanbul: Bilim ve Sanat.

Şen, F., (2014), "Sağlık Hakkı ve Medya: 'Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın Medyada Yansımaları", *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, (3):155–74.

Şengün, H., (2016), "Sağlık Hizmetlerinde İletişim Yönetimi", *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*. 79(1):38–42.

Tamm, M. E., (1993), "Models of Health and Disease", *British Journal of Medical Psychology* 66(3):213–28.

Ten Have, P., (1991), "Talk and Institution: A Reconsideration of the "Asymmetry" of Doctor-Patient Interaction" in D. Boden and Z. D. H. *Talk and Social Structure* (pp.138-164). 1. Edition, Berkeley: University of California Press.

Thomas, R. K., (2003), *Society and Health: Sociology for Health Professionals*, 1. Edition, Springer Science & Business Media.

Thomas, R. K., (2006), *Health Communication*, 1. Edition, USA: Springer US.

Thorsen, D. E. and Lie, A., (2006), "What Is Neoliberalism?", *A Research Agenda for Neoliberalism*, 1–21.

Timurturkan, M., (2013), "Tibbi Söylem ve İktidar: Medyada 'Diyet-Zayıflık-Sağlık' İlişkisi Etrafında Bedenin Denetimi", *Mediterranean Journal of Humanities*, 3(1):237–52.

Tones, K., (1996), "Models of Mass Media: Hypodermic, Aerosol or Agent Provocateur?" *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 3(1):29–37.

Turner, B. S., (2008), *The Body and Society*, Third Edition, London: SAGE Publications.

Turner, B.S., (2011), *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi* (Çev. Ü. Tatlıcan), 2. Baskı, Bursa: Sentez Yayıncılık.

Waitzkin, H. and Waterman B., (1976), “Social Theory and Medicine”, *Article on Political Sociology*, 6(1):9-23.

Wallace, R. A. ve Wolf, A., (2018), *Çağdaş Sosyoloji Kuramları*, (Çev. L. Elburuz ve M. R. Ayas), 7. Baskı, Ankara: Doğu Batı Yayınları.

Wallack, L. and L. Dorfman, (1996), “Media Advocacy: A Strategy for Advancing Policy and Promoting Health”, *Health Education and Behavior*, 23(3):293–317.

Weitz, R., (2007), *Sociology of Health, Illness, and Health Care: A Critical Approach*. 4. Edition, California: Thomson Corporation.

WHO, (2020), Basic Documents. Forty-ninth Edition, <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution>. 24.04.2020 Tarihinde Erişildi.

Williams, K., (2003), *Understanding Media Theory*, 1. Edition, New York: Oxford University Press Inc.

Williams, R., (1961), *The Long Revolution*, 1. Edition, London: Penguin Books.

Williams, S. J., (2005). “Parsons Revisited: From the Sick Role To...?”, *Health*, 9(2):123–44.

Woodward K. ve Watt, S., (2000) “Science and Society: Knowledge in Medicine”, içinde D. Goldblatt (Ed.) *An Introduction to the Social Science: Understanding Social Change*. London: Routledge/Open University Edition.

World Bank, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN?contextual=min&locations=CF>, 29.01.2020 Tarihinde Erişildi.

Yanıklar, C., (2010), “Tüketim Kültürü, Kapitalizm ve İnsan İhtiyaçları Arasındaki İlişki Üzerine Bir Tartışma”, *C.Ü. Sosyal Bilimler Dergisi*, 34(1):25–32.

Yılmaz, E., (2015), “Dini Dogmadan Biyomedikal Dogmaya Modern Batı Tıbbı”, *Birikim Dergisi*. <https://www.birikimdergisi.com/guncel/1259/dini-dogmadan-biyomedikal-dogmaya-modern-bati-tibbi>, 20.06.2020 Tarihinde Erişildi.

Zola, I. K., (1972), “Medicine As an Institution of Social Control”, *The Sociological Review*, 20(4):487–504.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

OECD ÜLKELERİNDE ALGILANAN SAĞLIK HİZMETLERİNİN PANEL VERİ ANALİZİ İLE MODELLENMESİ*

MODELING OF PERCEIVED HEALTH SERVICES IN OECD COUNTRIES WITH PANEL DATA ANALYSIS

Yeliz KARACALI¹
Arş. Gör. Osman ŞENOL²

ÖZET

Bireylerin sağlık durumları toplumun sağlıklı olma durumunu etkilemesinden dolayı ülkeler için oldukça önemli bir konudur. Sağlık ve ekonomik göstergeler ülkelerin kalkınma düzeyine etki etmektedir. Toplumların sağlık statü kalitesinin artırılması ekonomik göstergeler seviyelerine bağlıdır. Literatür araştırmalarında sağlık harcamaları ile ekonomik göstergeler arasında pozitif ilişkinin varlığı saptanmaktadır. Bu çalışma iyi/çok iyi algılanan sağlık statüsü, kötü/çok kötü algılanan sağlık statüsü, kişi başı gelir, gayri safi yurt içi hasıla, işsizlik oranı ve kamu harcama miktarı olmak üzere altı değişken kullanılarak 30 OECD ülkesinin 2005-2018 yılları arasındaki veriler üzerinden panel veri analiz yöntemi ile algılanan sağlık statüsü ile ekonomik göstergeler incelenmiştir. Araştırma sonucuna göre algılanan sağlık düzeyi ile ekonomik verilerin pozitif ilişki içerisinde olduğu saptanmıştır. Fakat yapılan çalışma modelinde algılanan sağlık durumu ile işsizlik oranları anlamsız çıktığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Algılanan Sağlık, Ekonomik Göstergeler, Panel Veri Analizi.

ABSTRACT

The health status of individuals is a very important issue for countries as it affects the health status of the society. Health and economic indicators affect the development level of countries. Increasing the health status quality of societies depends on economic indicator levels. In the literature studies, a positive relationship is found between health expenditures and economic indicators. This study is a panel based on data from 30 OECD countries between 2005 and 2018 using six variables: good / very good health status, poor / very bad perceived health status, per capita income, gross domestic product, unemployment rate and public expenditure. Perceived health status and economic indicators were analyzed with data analysis method. According to the results of the research, it was determined that the perceived health level and economic data had a positive relationship. However, in the study model, it is seen that the perceived health status and unemployment rates are meaningless.

Keywords: Health, Perceived Health, Economic Indicators, Panel Data Analysis.

*Bu çalışma 6. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetim Kongresi'nde bildiri olarak sunulmuştur.

¹ Denizli/Tavas Devlet Hastanesi Yoğun Bakım Hemşiresi, krlyelis@hotmail.com.

² Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü osmansenol@sdu.edu.tr.

1. GİRİŞ

Toplumdaki bireylerin yaşam kalitesini arttırabilmeleri ve sağlıklı toplum olabilmeleri ülkelerin öncelikli amaçlarındandır. Sağlığın birçok tanımında ifade edildiği gibi “bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali”nin sağlanabilmesidir. Kişinin beden bütünlüğünün yanı sıra kendi sağlığı ile ilgili nasıl hissettiği de sağlık düzeyini etkilemektedir. Kişilerin sağlıklarının yerinde olup olmadığını anlamak için sağlık algısı kavramı kullanılmaktadır. Sağlık algısının tanımı; “bireyin kendi sağlığına ilişkin kişisel duygu, düşünce, önyargı ve beklentilerinin bir bileşimi” şeklinde nitelendirilebilir (Ağaçdiken ve ark., 2017; Perrig-Chiello ve Darbellay, 2004). Toplumların sağlık algıları ölçülmesi genellikle bireylere yapılan anket yöntemi ile gerçekleştirilmektedir. Bireyler, kendi sağlığı ile ilgili pozitif veya negatif algı içerisinde hissedebilir. Kişinin yaşam doyumuna, mutluluğuna, refahına, huzuruna bağlı olarak sağlık algı durumu şekillenebilir. İyi/ çok iyi veya kötü/ çok kötü şeklinde ifade edilir. Sağlık algısı aynı zamanda toplumların genel sağlık durumlarının ölçülmesinde kullanılmaktadır. Bireylerin sağlık durum algısını etkileyen farklılıklara baktığımızda; kültür, anlama, dil, kavramanın yanı sıra yaş, cinsiyet, sosyal statü, yaşam tarzı ve en önemlisi ekonomik faktörler etkili olabilmektedir. 1997 yılında Eisenberg yaptığı çalışmada yoksulluk sınırı altında yaşamını sürdüren kişilerde üç katından fazla kötü sağlık algısı içinde olduğunu saptamıştır. Yoksul olarak adlandırılan kişilerin yoksul olmayan kişilere göre yaşam kalitelerinin daha düşük seviyede olduğunu saptanmış olan bir gerçektir (Cılga, 1994:357).

Sağlıklı bireylerden oluşan toplum dinamiğinin sağlanabilmesi için ekonomik göstergeler büyük rol oynamaktadır. Ekonomik durumlar toplumun yaşamsal standartları ile paralel olarak seyrederek. Yaşam standartları yüksek olan toplumlar ile yaşam standardı düşük olan toplumların sağlık durumlarında farklılıklar gözlemlenmektedir. Daha iyi koşullarda yaşam sürdürmek ve sağlıklı birer birey olabilmek insanların doğası gereği ihtiyaç duyduğu gereksinimlerdendir. Ekonomik göstergeler bakımından iyi düzeyde olan ülkelerde yaşayan bireylerin kendi yaşam koşullarını geliştirme olağanı elde etmekte ve buna bağlı olarak sağlıklı hissetme oranlarını yükseltmektedir. Yapılan bir diğer çalışmada ekonomik kalkınma ile yaşam doyumu arasında olumlu bir ilişki olduğunu saptamıştır (Mikucka, vd., 2017:447).

Toplumun sağlıklı olması ve ekonomik göstergeler ülkelerin gelişmişlik düzeyini etkileyen önemli unsurların başında gelir. Ülkelerin gelişmişlik düzeyi azaldıkça gelir düzeyleri de azalmakta ve buna bağlı olarak sağlık sistemleri sıkıntıya girmektedir. Uluslararası veya yerel birçok çalışmada hem makro hem de mikro gelirin yaşam doyumu ile bir ilişkisi olduğu sonucunu ortaya koymuştur (Başol, 2018:82). Kişi başına düşen gelir düzeyinin düşmesi ile beslenme bozuklukları, kötü yaşam şartları altında yaşama ve buna bağlı olarak kişilerin sağlık durumlarının da kötü yönde etkilendiği görülmektedir. Bir ülkede bireysel ve ülkesel ekonomik gelir düzeyinde azalmanın olması durumunda çeşitli sağlık problemlerinin yanında şiddet ve psikolojik rahatsızlıklarında da artışlara neden olabilmektedir (Schieber, vd., 1999:197). Morand, yaptığı çalışmada kişi başına düşen gelir miktarının sağlık harcamaları ile arasında güçlü bir ilişki olduğunu; sağlık ve refahının temel bir parçası olduğu tespit edilmiştir (Morand, 2004:166).

Günümüzde hala bazı toplumlarda temel sağlık hizmetlerine ulaşım önemli bir sorundur. Söz konusu problem bazı toplumlarda hizmet alt yapı yetersizliklerinin olmasının yanında bazı toplumlarda ise hizmet alacak gelir düzeyine sahip olunamamasıdır. Diğer taraftan sağlık hizmet maliyetlerinin artması söz konusu sorunun şiddetini daha da artırmaktadır. Birçok ülkede kamunun sağlık ile alakalı ödeneklerden pasif rol oynadığı ve bu yüzden bireyler

ihtiyaç duydukları hizmetleri alabilmek için cepten harcama yapmak zorunda kalmaktadır. Ülkelerin ekonomik gücünün yüksek olması sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayırmasını sağladığı gibi kişi başı gelir düzeyinin yüksek olması da sağlık hizmetine ulaşımı ve hizmet alımını kolaylaştırmaktadır.

Ülkelerin ekonomik göstergelerinin başında işsizlik faktörü yer almaktadır. Ülkelerin gelişmişlik durum göstergeleri içerisinde yer alan işsizlik, ekonomik krizlere bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Ancak gelişen teknolojiler ile birlikte daha az emek gücüyle daha fazla üretimin yapılması istihdam düzeylerini etkilemektedir. Nitelikli ve niteliksiz birçok iş alanında teknolojik yeniliklere daha fazla yer verilmesi üretim maliyetini düşürürken toplumsal istihdam problemleri ortaya çıkabilmektedir. Her ne sebeple olursa olsun işsizlik önemli sosyal ve ekonomik problemdir. İşsizlik sebebi ile ekonomik gelirden mahrum olan bireylerin hem sosyal anlamda hem de sağlık anlamında olumsuzların ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Demiral, 2001:69). Literatürde daha çok bireylerin ya da belirli meslek grupların sağlık algılarının ölçüldüğü çalışmalar mevcuttur. Ancak ülkelerin genel sağlık algısını etkileyen ekonomik göstergeler ile ilişkisinin incelenmediği görülmektedir. Bu doğrultuda OECD ülke grubu içerisinde 30 ülkenin algılanan sağlık statüleri incelenmek istenmiştir. Bu amacı gerçekleştirebilmek için söz konusu ülkelerin algılanan sağlık statüleri ile temel ekonomik göstergeler panel veri analiz yöntemi kullanılarak aralarında ilişki ve etkileri tespit edilmiştir.

Çalışma kapsamında ele alınan değişkenler OECD veri tabanından elde edilmiştir. Çalışmanın temel ilgi odağı olan algılanan sağlık statüsü kavramını tanımlamak gerekirse; 15 yaş ve üzeri kişilerin algıladıkları sağlık durumunu kötü/çok kötü, ne iyi ne kötü, iyi/çok iyi şeklinde ifade edenlerin yüzdesini göstermektedir (<https://stats.oecd.org>). Diğer taraftan algılanan sağlık düzeyi kişilerin kendi sağlıkları hakkında algıladıkları seviye olarak da tanımlanabilir. OECD, söz konusu verileri ülkelere elde etmekte ve algılanan sağlık statü verilerini tek bir endeks değerinde birleştirilerek yayınlamaktadır. Ancak ülkelere ait algılanan sağlık statüsü ölçümünde standart bir yöntem bulunmamaktadır. Bu nedenden dolayı OECD ülkelere elde ettiği veri setini tek endeks değerine indirgeyerek 2005 yılından itibaren sürekli değişken olarak yıllık olarak yayınlamaktadır. Literatürde benzer çalışmalar ise aşağıda belirtilmiştir.

2. LİTERATÜR TARAMASI

Bu çalışmada toplumlarda algılanan sağlık statüsü üzerine ekonomik göstergelerin panel veri analiz yöntemi ile etki düzeyleri araştırılmıştır. İyi/çok iyi algılanan sağlık statüsü ve kötü/çok kötü algılanan sağlık statüsü bağımlı değişken; kişi başı gelir, gayri safi yurt içi hâsıla, işsizlik oranı ve kamu harcama miktarı bağımsız değişken olmak üzere altı değişken üzerinden 30 OECD ülkesinin 2005-2018 yılları arasındaki veriler kullanılmıştır. Algılanan sağlık statü verileri OECD veri bankasından, ekonomik gösterge verileri Dünya bankası veri tabanından alınmıştır. Literatür kapsamında incelendiğinde daha önce algılanan sağlık statüsü ile ekonomik göstergeleri temel konu olarak ele alan bir çalışmanın olmadığı görülmüştür. Ancak OECD ülkelerine ait çeşitli ekonomik göstergeler ve sağlık harcamalarına ait literatür çalışmaları karşımıza çıkmaktadır.

Şaşmaz ve ark. (2019), yapmış oldukları çalışmada 34 OECD ülke üzerinde 2000-2015 yılları aralığında gerçekleşen sağlık harcamalarının kalkınma üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Araştırmalarının sonuçları neticesinde sağlık harcamaları ile kalkınma arasında uzun vadeli bir ilişki olduğu sonucuna varılmıştır. Bunun yanı sıra sağlık harcamalarının kalkınmaya

olumlu etkisi olduğu tespit edilmiştir. Öte yandan, sağlık harcaması ile kalkınma arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Konat (2021) yaptığı araştırmada panel veri analizini kullanarak, 17 OECD ülkesinin 1976-2017 tarihleri arasında kapsayan dönemdeki cari fiyatlarla kişi başı GSYİH ve kişi başı sağlık harcamaları verilerinden yola çıkarak çalışmasını oluşturmuştur. Sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme Hatemi-J (2018) aracılığıyla önerilen test yöntemi ile seriler arasındaki gizli eş-bütünleşme ilişkisine bakılmıştır. Çalışma sonucunda ekonomik büyümeye sağlık harcamalarının nedensel bir ilişkisi olduğu fakat sağlık harcamalarından ekonomik büyüme üzerine nedensel bir ilişki saptanamamıştır. Ekonomik büyümenin üzerinde sağlığın ana faktörlerden biri olduğu ispatlanmıştır.

Binay (2018), yapmış olduğu çalışmada Stata Programı ile panel veri analizi aracılığıyla 23 OECD ülke dâhil edilmiş olup 1975-2012 yılları arasındaki sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi araştırılmıştır. Bu araştırmadaki ilk hipoteze göre, sağlık harcamaları ekonomik büyümeyi destekler nitelikte arttığı gözlemlenmiştir. İçsel büyüme modeline uygun olarak beşerî sermayelerinin artışı ile beraber ekonomik büyümenin de artmış olduğu düşünce yargısı bu araştırma neticesinde doğrulanmıştır.

Sağın ve Karataş (2018), tarafından beşerî sermayenin ekonomik büyüme üzerine etkilerine yönelik yapmış oldukları araştırmada 34 OECD ülkesi dâhil edilmiştir. “Panel Eş-bütünleşme” ve “Panel Birim Kök Testleri” gerçekleştirildikten sonra “Panel Tam Uyarlanmış En Küçük Kareler Tahmini” ve “Vektör Hata Düzeltme Modeli” kullanılarak yapılmıştır. Araştırmada elde edilen bulgulara göre GSYİH ile sağlık harcamaları arasında doğrudan bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Sağlık harcamalarındaki artış milli gelir düzeyini arttırdığı saptanmıştır. “Vektör Hata Düzeltme Modeli” ile elde edilen sonuçlardaki değişkenler içerisinde çift yönlü nedensellik ilişkisi de belirlenmiştir.

Altunöz (2020), 15 OECD ülkesinin 2000-2016 yılları arasını kapsayan verileri panel veri yöntemiyle sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisi üzerine bir çalışma gerçekleştirmiştir. Çalışmada ekonomik büyümeye; sağlık harcamaları ile beraber ihracat, ithalat, verimlilik, istihdam değişkenleri eklenerek araştırılmıştır. Araştırma sonucunda sağlık harcamalarının miktar ve kalite düzeyi arttıkça ekonomik büyümenin de artacağı yani pozitif bir ilişkinin var olduğu saptanmıştır.

Özbek ve Kılıç’ın beraber yapmış oldukları araştırmada 1995-2013 yılları arasındaki veriler panel veri analiz yöntemi kullanılarak; eğitim harcamaları, sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki incelenmiştir. Ekonomik büyümenin nedeni ve sonucunun sağlık ve eğitim ile ilişkili bulunmuş olup, sağlık ve eğitimin birbiri ile ilişki içerisinde olduğu saptanmıştır. Yani ekonomik büyüme, eğitim harcamaları ve sağlık harcamalarının arasında pozitif yönlü ilişki olduğu belirtilmiştir.

Panel veri analizi dışında Özşarı ve Boz, (2019) çalışmalarını ekonomik veriler ile sağlık verilerini kullanarak, “Çok Boyutlu Ölçeklendirme (MDS)” ve “TOPSIS” yöntemiyle gerçekleştirmişlerdir. 34 OECD ülkesinin sağlık ve ekonomik durumları bakımından incelenmiş olup, sağlık ve ekonomi performansı arasındaki ilişki ve değişimleri ele almıştır. Toplumun sağlık statüsünün değişmesinde hem ekonomi faktörler hem de toplumun genel sağlık durumunun etkisinin olduğunu ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra sağlık durum göstergeleri ile makro-ekonomik göstergeler arasında orta derecede istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü bir ilişki saptanmıştır.

Çıraklı, 2019 yılında yapmış olduğu çalışmada Türkiye’de 1974-2015 yılları arasındaki ARDL test yöntemi ile makroekonomik faktörler ile sağlık harcamaları ve sağlık bakanlığı bütçe arasındaki ilişkinin incelemesi sonucunda uzun dönemde reel GSYH’deki artışın sağlık harcamaları üzerine etkisinin olumlu olduğunu, enflasyon ve işsizliğin sağlık harcamaları üzerinde önemli düzeyde etkisinin bulunmadığı ve işsizlik oranındaki artışın sağlık bakanlığı genel bütçesindeki payının arttığı saptamıştır. Çıraklı ve Yıldırımın 2019 yılındaki yine ARDL sınır testini kullanarak Türkiye’deki 1974-2015 yılları arasındaki verileri kapsayan 1994, 2001, 2009 ekonomik krizlerin sağlık göstergeleri üzerine etkilerin incelenmesi sonucunda anne ölüm oranları, DPT aşılama oranları, bebek ölüm hızları, çocuk felci aşılama oranları, kızamık aşılama oranları ve gerçek ölüm oranlarındaki göstergeler üzerinde olumlu etki gösterirken beş yaş altı ölüm oranları, trafik kazalarından ölüm oranları, kaba intihar oranları ve tüberküloz insidansının olumsuz etkilendiği saptanmıştır. Ayrıca ekonomik göstergelerin halk sağlığını önemli derecede etkilediği belirtilmiştir.

Çalışmamız kapsamına uygun olarak literatürdeki diğer çalışmaların içerisinde yer alan ekonomik göstergelerin sağlık düzey etkileri üzerine bahsedilen ifadeler göz atacak olursak; Tüzün ve ark. 2014 yılında yapmış oldukları çalışmada ekonomik göstergelerden biri olan gelir düzeyinin artması ile kötü sağlık algısının azalmasına neden olduğunu ifade etmektedir. Aldinç ve ark. 2004’deki çalışmalarında aile içindeki yaşam kalitesinin gelir düzeyinin yükselmesi ve aile reisinin konumunun artmasına bağlı olarak değiştiğini belirtmiştir. Diğer taraftan Hatun ve ark. (2013) sağlık durumunun gelir düzey durumunun en etkin belirleyicisi olduğunu saptamıştır. Gelir düzey durumlarının sağlık durumlarına hastalık anlamında etkisini ortaya koyan araştırmalara bakacak olursak; Türkan, 2009 yılındaki çalışmada bel ve sırt ağrılarının gelir seviyesi düşük olan bireylerde daha sık görüldüğünü belirtmiştir. Demiral 2007’de yaptığı çalışma üzerinde ailedeki kadınlarda gelir durumu azaldıkça koroner kalp hastalığı görülme insidansının arttığını saptamıştır. 1999 Hacıoğlu ve ark. hipertansiyona yakalanma sıklığının aylık gelir düzeyi düşük olanlarda fazla olduğunu belirtmiştir. Şimşek ve ark. (2010)’daki araştırma sonucunda kişi başı gelir düzeyi 1000 ve yukarısı olan kişilerin aylık geliri 500 olan kişilere göre HDL seviye düşüklüğü (iyi kolesterol) 2,21 katı kadar yüksek olduğunu saptamıştır.

Literatürde yapılan çalışmalara bakıldığında sağlık göstergelerinin ekonomik değişkenlerden etkilendiğini hatta birbirlerini paralel şekilde destekledikleri görülmektedir. Gelirin hem ülkesel hem bireysel boyutta artması sağlık göstergelerine olumlu yansız iken, işsizlik gibi olumsuz ekonomik göstergeler ise sağlık değişkenlerini aynı yönde etkiledikleri görülmektedir. Ancak söz konusu çalışmalar incelendiğinde algılanan sağlık statüsü üzerine ekonomik göstergelerin etkisi ana konu olarak incelenmediği görülmektedir. Bir toplumun kendisinin hissettiği sağlık düzeyi hem toplumsal anlamda hem ekonomik anlamda oldukça önem arz etmektedir. Söz konusu olan algılanan sağlık göstergeleri panel veri analiz yöntemi kullanarak OECD ülkeleri üzerinde ekonomik göstergeler ile ilişkisi incelenecektir. Gerçekleştirilecek olan bu çalışma literatürde bu boşluğu doldurmanın yanında değişkenler arasında ilişki düzeylerini ortaya çıkarması bakımından önem arz etmektedir.

3. VERİ VE METODOLOJİ

Araştırmanın bu kısmında çalışmanın örnekleme, amacı veri seti ve panel veri temel varsayım testleri sonrası analiz bulguları yer alacaktır.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Çalışmanın amacı OECD ülkelerinde algılanan sağlık statü göstergelerinin belirli ekonomik göstergeler ile ilişkisini inceleyerek etki düzeylerini tespit etmektir. Çalışmada söz konusu değişkenler arasında ilişkinin modellenmesi için panel veri analiz yöntemi kullanılacaktır.

3.2. Model ve Veriler

OECD ülkeleri için farklı sağlık statü göstergeleri geliştirilmiştir. 15 yaş ve üzeri hem cinsiyete göre hem de genel olarak iyi/çok iyi, kötü çok kötü olmak üzere farklı gruplamalar yapılmıştır. Bu çalışmada ise cinsiyet ayrımı yapılmadan genel olarak sınıflanmış iyi/çok iyi, kötü/çok kötü sağlık statü göstergelerinin ekonomik göstergeler ile ilişkisi incelenecektir. Araştırma kapsamında 30 OECD ülkesi analize dâhil edilmiştir. Diğer taraftan değişkenlere ait kullanılan veri türü ise yıllıktır. Araştırmanın zaman boyutu 2005-2018 dönemlerini kapsamaktadır.

Tablo 1. Değişkenlere İlişkin Açıklamalar

Değişkenler	Sembol
İyi/Çok İyi Algılanan Sağlık Statüsü	lniyisaglik
Kötü/Çok Kötü Algılanan Sağlık Statüsü	lnkötüsaglik
Kişi Başı Gelir	dlnkbg
İşsizlik Oranı	Lnissizlikorani
Gayri Safi Yurt İçi Hasıla	Lngsyh
Kamu Harcama Miktarı	Lnkamuharc

Tablo 1’de modelde kullanılacak değişkenler belirtilmiştir. İlk olarak değişkenlere ait sayısal değerlerin büyük olmasından dolayı bütün değişkenlere logaritmik dönüşüm uygulanmıştır. Değişkenlerin seçimi yapılırken ilk olarak benzer çalışmalar incelenmiş ve söz konusu çalışmalarda kullanılan değişkenler göz önünde bulundurulmuştur. Diğer taraftan çalışmanın amacının algılanan sağlık statü göstergeleri ile ekonomik göstergeler arasındaki ilişkileri incelemek olması sebebi ile bu amaca uygun ekonomik değişkenler seçilmiştir. Ayrıca değişkenlere ait bazı eksik veriler, zaman serilerine özgü interpolasyon yöntemi ile tamamlanmıştır.

Araştırma kapsamında geliştirilen modellerin denklemsel yapısı aşağıda gösterildiği şekildedir.

Model 1.

$$\begin{aligned} \lnkotasaglik &= \beta_0 \\ &+ \sum_{j=1}^{p_i} \lambda_{ij} \lnkbg(i, j(t-j)) \\ &+ \sum_{j=0}^{q_i} \delta_{ij} \lnkbg(i, j(t-j)) \\ &+ \sum_{j=0}^{q_i} \delta_{ij} \lnkamuharcamasi(i, j(t-j)) \\ &+ \sum_{j=0}^{q_i} \delta_{ij} \lnnissizlikorani(i, j(t-j)) + \sum_{j=0}^{q_i} \delta_{ij} \lnngsyih(i, j(t-j)) + \varepsilon(it) \end{aligned}$$

Model 2.

$$\begin{aligned} \lniyisaglik &= \beta_0 \\ &+ \sum_{j=1}^{p_i} \lambda_{ij} \lnkbg(i, j(t-j)) \\ &+ \sum_{j=0}^{q_i} \delta_{ij} \lnkbg(i, j(t-j)) \\ &+ \sum_{j=0}^{q_i} \delta_{ij} \lnkamuharcamasi(i, j(t-j)) \\ &+ \sum_{j=0}^{q_i} \delta_{ij} \lnnissizlikorani(i, j(t-j)) + \sum_{j=0}^{q_i} \delta_{ij} \lnngsyih(i, j(t-j)) + \varepsilon(it) \end{aligned}$$

Modellerin matematiksel yapısı ise tablo 2’de gösterilmektedir.

Tablo 2. Modellere Ait Tahmin Sonuçlarının Matematiksel Gösterimi

Model 1 (Kötü/Çok Kötü Algılanan Sağlık)	Model 2 (İyi/Çok İyi Algılanan Sağlık)
$\text{Inkotasaglik} = -0.65559190146 * \text{Inkbg} + 0.339674439302 * \text{Inkamuharc} - 0.180829084348 * \text{Inissizlikorani} - 0.074994799685 * \text{Ingsyih} + 10.3495351198$	$\text{Iniyisaglik} = 0.243250738767 * \text{Inkbg} + 0.0874257113118 * \text{Inkamuharc} + 0.118927833172 * \text{Inissizlikorani} + 0.0224579931433 * \text{Ingsyih} + 0.571675833567$

3.3. Panel Veri Model Yaklaşımlarının Belirlenmesi

Üç farklı panel veri model yaklaşımı geliştirilmiştir. Havuzlanmış model, sabit etkiler modeli ve tesadüfi etkiler modeli yaklaşımlarıdır. Geliştirilecek olan bir modellemenin hangi yaklaşıma uyduğunu görmek için de farklı testler geliştirilmiştir. Ayrıca panel veri analizlerinde modellerin kapsadığı dönem baz alınarak mikro ve makro paneller olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Baltagi (2013:1) 20 döneme kadar olan panelleri mikro, 20 dönemden fazla olan panelleri ise makro olarak isimlendirmektedir. Makro panellerde serilerin durağan olmasına çok önem verilirken mikro panellerde ise dönem sayısının az olmasından dolayı serilerin durağanlıklarının göz ardı edilebileceğini belirtmiştir. Bu çalışmada kullanılan değişkenlerin zaman boyutunun 20 dönemden az olmasından dolayı mikro panel sınıfına girdiği görülmektedir. Söz konusu modellere mikro panel varsayımları altında testler uygulanacaktır.

4.BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde mikro panel varsayımları altında varsayım testlerinin sınanması ve en son kısımda elde edilen modellerin bulgularına yer verilecektir.

4.1. Çoklu Doğrusal Bağlantı Problemi

Panel veri analiz çalışmalarında doğru bir model elde edebilmek için söz konusu modellerin belirli varsayımları sağlaması gerekmektedir. Panel veride ilk olarak kullanılan değişkenlerin birbirleri ile yüksek korelasyon ilişkisine sahip olması istenmemektedir. Birbirleri ile yüksek korelasyona sahip değişkenlerin aynı modelde kullanılması çoklu doğrusal bağlantı sorununa neden olmaktadır. Bir modelde çoklu doğrusal bağlantı problemini tespit etmek amaçlı farklı yöntemler ve testler geliştirilmiştir. Söz konusu yöntemlerden birisi de değişkenlere ait Variance Inflation Faktör (VIF) değerlerinin hesaplanmasıdır. Brien'nin (2007:673) belirttiği üzerine değişkenlere ait VIF değerlerinin hesaplanmasında kullanılacak formül ise: $1/(1-R^2)$ şeklindedir. R^2 değeri bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama düzeyini temsilen kullanılan orandır. Literatürde VIF eşik değerinin bazı çalışmalarda 4, bazı çalışmalarda 5 veya bazı çalışmalarda 10'a kadar kabul edilebileceği belirtilmiştir (Açıkgöz ve ark., 2015: 427).

Tablo 3. Panel Veri Model Belirleme Testleri

	Model 1 (Kötü/Çok Kötü Algılanan Sağlık) Min.		Model 2 (İyi/Çok İyi Algılanan Sağlık)	
	İstatistik Değeri	Olasılık Değeri	İstatistik Değeri	Olasılık Değeri
F- Sabit Etkiler	5.38	0.000	3.35	0.010
Hausman Testi	10.71	0.057	34.20	0.000

Geliştirilen her iki model için de ilk olarak sabit etkiler yaklaşımının mı yoksa havuzlanmış model yaklaşımının mı uygun olup olmadığı F testi yapılarak kontrol edilmiştir. Elde edilen test sonucu incelendiğinde havuzlanmış model yaklaşımının uygun olmadığı ve sabit etkiler yaklaşımının uygun olduğu görülmüştür. Daha sonraki adımda ise sabit etkiler yaklaşımının mı yoksa tesadüfi etkiler yaklaşımının mı uygun olduğu kontrol edilmiştir. Elde edilen test sonucuna göre model 1'in ihtimal değeri 0.05'den büyük olması sebebi ile tesadüfi etkiler yaklaşımının geçerli olduğu görülmüştür. Model 2 için ise H_0 hipotezi reddedilmiş olup sabit etkiler yaklaşımının geçerli olduğu görülmektedir. Modellerde hangi yaklaşımların geçerli olduğunun belirlenmesinden sonra panel veri temel varsayım testlerine geçilecektir.

Tablo 4. Değişkenlere İlişki VIF Değerleri

Değişken	R ²	VIF Değeri
lniyisaglik	0.49	1.96
lnkötüsaglik	0.72	3.57
dlncbg	0.65	2.85
lnngsyh	0.19	1.23
lnnissizlikorani	0.34	1.51
lnkamuharc	0.16	1.19

Tablo 4'de her bir değişkenin VIF değerleri gösterilmektedir. Değişkenlerin VIF değerleri incelendiğinde modelde çok doğrusal bağlantı problemine neden olabilecek bir değişken görülmemektedir. Bütün değişkenlerin VIF değerleri en kritik değer olan 4'den küçük durumdadır. Çoklu doğrusal bağlantı problemine neden olacak değişken olmamasından dolayı modele bütün değişkenler dâhil edilerek diğer varsayım testleri sınanacaktır.

Araştırmada kullanılacak değişkenlerin belirlenmesinden sonra modellerin hangi yaklaşıma göre tahmin edileceğinin belirlenmesi gerekiyor. Bu yaklaşımların hangisinin uygun olduğunu belirlemeye yönelik yapılan test değerleri aşağıda verilmiştir.

4.2. Otokorelasyon Testi

Bir panel veri modelinde otokorelasyon problemi olmaması gerekir. Modelde otokorelasyonun var olması değişkenlerin hata terimlerinin birbirleri ile ilişkili oldukları anlamına gelmektedir. Modelde otokorelasyon olup olmadığı kontrol edilmelidir. Otokorelasyonun olması durumunda ise söz konusu problemin giderilmesi gerekmektedir.

Tablo 5. Modellerde Otokorelasyon Test Sonuçları

Test	Model 1 (Kötü/Çok Kötü Algılanan Sağlık)		Model 2 (İyi/Çok İyi Algılanan Sağlık)	
	İstatistik Değeri	Olasılık Değeri	İstatistik Değeri	Olasılık Değeri
Bhargava et al. Durbin-Watson	0.69	0,000	0.4564	0.000
Baltagi-WU LBI	1.02	0.000	0.7356	0.000

Yukarıda tablo 5’te görüldüğü üzere her iki model için otokorelasyon testi uygulanmıştır. Otokorelasyon testi için Durbin-Watson ve Baltagi-Wu’nun yerel en değişmez otokorelasyon testi uygulanmıştır. Her iki modelde “otokorelasyon yoktur” şeklinde kurulan H_0 hipotezi reddedilmektedir. Diğer bir ifade ile modellerde otokorelasyon vardır. Söz konusu problem diğer varsayım testleri sınanması sonucuna göre uygun düzeltme testleri ile giderilecektir. Modelde incelenmesi gereken bir diğer varsayım değişen varyansın olup olmadığının kontrol edilmesidir.

Tablo 6. Değişen Varyans Heteroskedasite Testi

Test	Model 1 (Kötü/Çok Kötü Algılanan Sağlık)		Model 2 (İyi/Çok İyi Algılanan Sağlık)	
	Chi2	p	Chi2	p
Değiştirilmiş Walt Testi	277.8	0.000	14.07	0.000

Panel veri modellemelerinin sabit bir varyansının olması önemsenmektedir.. Ancak sabit varyans üzerine kurulan modellerin sabit varyanslarının olup olmadığı da diğer bir ifade ile değişen varyans durumunun olup olmadığı kontrol edilmelidir. Değişen varyans diğer bir ifade ile heteroskedasite probleminde en doğru sonucu veren testlerden biriside Değiştirilmiş Wald Testi’dir. Söz konusu test yapıldığında her iki modelde de H_0 hipotezi reddedilmekte ve modellerde sabit varyansın olmadığı görülmektedir. Bu problemin giderilmemesi durumunda hatalı tahminlerin elde edilmesine neden olmaktadır. Bir diğer panel veri temel varsayımlarından olan yatay kesit bağımlılığının incelenmesinden sonra gerekli dirençli düzeltme testleri uygulanacaktır.

Tablo 7. Yatay Kesit Bağımlılığı Testi

Test	Model 1 (Kötü/Çok Kötü Algılanan Sağlık)		Model 2 (İyi/Çok İyi Algılanan Sağlık)	
	İstatistik Değeri	Olasılık Değeri	İstatistik Değeri	Olasılık Değeri
Breusch-Pagan LM	1442.47	0,000	1582.60	0.000
Pesaran Scaled LM	34.15	0.000	38.90	0.000
Pesaran CD	12.60	0.000	0.206	0.836

Yukarıda tablo 7’de görüldüğü üzere her iki modelde yatay kesit bağıllığının olup olmadığı kontrol edilmiştir. Yapılan testlerde “yatay kesit bağıllığı yoktur” şeklinde H_0 hipotezi kurulmaktadır. Model 2’de Pesaran CD testine göre H_0 kabul edilmekte ve yatay kesit bağıllığının olmadığı görülürken, diğer iki test değerinde H_0 hipotezi reddedilmekte olup yatay kesit bağıllığının olduğu belirtilmektedir. Model 1’de ise bütün test türlerine göre yatay kesit bağıllığı mevcuttur. Her iki modelde temel varsayım testleri sonucu ortaya çıkan problemleri ortadan kaldırmak için Driscoll ve Kraay dirençli düzeltme tahmincisi kullanılmıştır.

Tablo 8. Driscoll ve Kraay Standart Hatalı Model 1’e Ait Panel Veri Sonuçları

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-istatistik değeri	Olasılık Değeri
LNİSSİZLİKORANI	.0106884	.0398641	0.27	0.793
LNGSYH	-.0619371	.1293959	-6.18	0.000
LNKAMUHARCAMASI	-.330066	.1572338	-3.37	0.000
LNKKBG	-.654584	.1700187	-17.81	0.000
C	5.788127	1.972601	2.93	0.012
R ² : 0.21		F-statistic:3.85	Prob (F-Statistic): 0.0282	

Modellerde temel varsayım testleri yapılarak problemler tespit edilmiştir. Model 1’de otokorelasyon, değişen varyans ve yatay kesit bağıllığı problemleri ile karşılaşmıştır. Söz konusu problemleri düzeltmek ve daha dirençli tahminçiler elde etmek adına dirençli düzeltme testlerinden Driscoll ve Kraay tahmincisi kullanılmıştır. Model 1’de bağımlı değişken olarak kötü/çok kötü algılanan sağlık göstergesi kullanılmıştır. Bağımsız değişken olarak ise kişi başı gelir, kamu harcama miktarı, gayri safi yurt içi hâsıla düzeyi ve işsizlik oranı değişkenleri kullanılmıştır. Model 1’in bir bütün olarak anlamlı olup olmadığı ise F istatistik değeri ve F ihtimal değerine bakılarak anlaşılmaktadır. Model 1’in F istatistik değeri 3.85 ve F ihtimal değeri ise 0.02 olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile model bir bütün olarak anlamlılık içermektedir. Modelde dikkat edilmesi gereken bir diğer gösterge ise R² değeridir. Bir modelde R² değeri kullanılan bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklama gücünü göstermektedir. Modelde ki R² değeri kullanılan değişkenlerin sayısından ve bağımlı değişkenin yapısından çok etkilenmektedir. Bir bağımlı değişkeni tahmin ederken söz konusu değişken üzerinde etki eden bütün faktörler modele dâhil edilememektedir. Dâhil edilememe sebebi bazı değişkenlerin çalışma amacına uymamasının yanında bağımlı değişken üzerinde etkisi olup, verisi ölçülemeyen değişkenlerde mevcuttur. Bu faktörlerin hepsi R² değerini olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. Söz konusu model 1’in R² değeri 0.21 olduğu

görülmektedir. Seçilen bağımlı değişkenin kapsamlı bir sağlık değişkeni olması ve birçok faktörden etkilenmesi bu değerinde elde edilmesine neden olmuştur. Ancak benzer çalışmalar incelendiğinde söz konusu değerinde yeterli olduğu söylenebilir.

Değişkenlere ait bulgular değerlendirirken söz konusu değişkenin logaritmik dönüşümü modele dahil edildi ise yüzdesel değişimi baz alınırken, seri doğal hali ile baz alındığında ise birimsel değişim baz alınmaktadır. Model 1’de bağımsız değişkenler incelendiğinde ilk olarak işsizlik değişkeni ile kötü sağlık statü göstergesi arasında ilişkinin pozitif yönde olduğu görülmektedir. Ancak olasılık değerinin kritik değerden yüksek olması sebebi ile değişken modelde anlamsız çıkmaktadır. Diğer taraftan GSYİH değişkeni ise bağımlı değişken ile negatif bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. GSYİH değişkeninde %100’lük bir artışın olması durumunda, algılanan kötü/çok kötü sağlık düzeyinde %6 düzeyinde bir iyileşme olacağı öngörülmektedir. Kişi başı gelir değişkeninin de bağımlı değişken ile negatif ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Kişi başı gelir düzeyinde %100’lük bir değişimin olması durumunda algılanan kötü/çok kötü sağlık düzeyinde %65 düzeyinde bir iyileşme olacağı öngörülmektedir. Gelirin insanların sağlık algıladıkları sağlık statüsündeki önemi analiz sonuçlarında da görülmektedir. Hem ülkesel boyutta hem de bireysel boyutta gelir arttıkça insanların algıladıkları sağlık statülerinde daha az sağlıksız hissedecekleri görülmektedir. Bir diğer değişken ise kamu harcamasının da bağımlı değişken ile negatif bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Kamu harcaması düzeyinde %100’lük bir artışın olması durumunda algılanan kötü/çok kötü sağlık statüsünde %33 bir iyileşme olacağı öngörülmektedir. Söz konusu değişkenler bağımlı değişkenle negatif ilişkili olmasından dolayı azaltıcı etkileri olmaktadır. Algılanan kötü/ çok kötü sağlık düzeyinde ki değerinde azalması diğer bir ifade ile söz konusu değişkende iyileşmenin olduğu anlamına gelmektedir. Model 2’nin verileri ise aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Tablo 9. Driscoll ve Kraay Standart Hatalı Model 2’e Ait Panel Veri Sonuçları

Bağımlı Değişken: Lniyisaglik

Yöntem: Driscoll-Kraay Standart Hatalı Panel Regresyon Sonuçları

Dönem: 2005-2018

Yatay Kesit: 30

Toplam Gözlem Sayısı: 420

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-istatistik değeri	Olasılık Değeri
LNISSIZLIKORANI	.01091	.01614	0.68	0.511
LNGSYH	.20181	.06713	4.49	0.000
LNKAMUHARCAMASI	.08158	.05386	2.10	0.035
LNKKBG	.241940	.05151	16.04	0.000
C	7.81132	.62513	11.54	0.000
R ² : 0.28		F-statistic: 27.08		Prob (F-Statistic): 0.000

Söz konusu olan bu modelin panel veri temel varsayımlarını sağlayıp sağlamadığı tek tek kontrol edilmiştir. Model 2’de temel varsayımların sağlanıp sağlanmadığına yönelik yapılan test sonucuna göre otokorelasyon, değişen varyans ve yatay kesit bağıllık problemlerinin olduğu görülmektedir. Söz konusu problemlerin etkilerini ortadan kaldırmak ve daha dirençli tahminci elde edebilmek için Driscoll ve Kraay robust düzeltme tahmincisi kullanılmıştır. Model 2’de bağımlı değişken olarak iyi/çok iyi algılanan sağlık statüsü seçilmiştir. Bağımsız değişken ise kişi başı gelir, kamu harcama miktarı, gayri safi yurt içi hâsıla düzeyi ve işsizlik oranı değişkenleri kullanılmıştır. Model 2’nin bir bütün olarak anlamlı olup olmadığı F istatistik ve F olasılık değerine bakılarak anlaşılmaktadır. F istatistik değeri 27.08 iken F olasılık değeri 0.000 olduğu görülmektedir. Diğer bir ifade ile model 2’nin bir bütün olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Model 2’nin R^2 değeri ise 0.28 olduğu ve model 1’deki durumunda bu modelde geçerlidir. Model 2’ye ait R^2 değeri benzer çalışmalar ile karşılaştırıldığında yeterli olduğu görülmektedir.

Değişkenlere ait bulgular değerlendirirken söz konusu değişkenin logaritmik dönüşümü modele dahil edildi ise yüzdesel değişimi baz alınırken, seri doğal hali ile baz alındığında ise birimsel değişim baz alınmaktadır. Model 2’de işsizlik oranı değişkeni model 1’de olduğu gibi anlamsız çıktığı görülmektedir. GSYİH değişkeni ise bağımlı değişken ile pozitif yönde bir ilişkisinin olduğu görülmektedir. GSYİH düzeyinde %100’lük bir artışın olması durumunda algılanan iyi/çok iyi sağlık düzeyinde %20 düzeyinde bir iyileşme olacağı öngörülmektedir. Kişi başı gelir düzeyi değişkeni de bağımlı değişken ile pozitif yönde bir ilişkisinin olduğu görülmektedir. Kişi başı gelir düzeyinde %100’lük bir artışın olması durumunda %24 algılanan iyi/çok iyi sağlık statüsünde iyileşmenin olabileceği öngörülmektedir. Model 1’deki bulgulara paralel şekilde model 2’de de hem ülkesel boyutta hem bireysel boyutta gelir düzeyini artması insanların algıladıkları sağlık statüsünü artırdığı söylenebilir. Bir diğer değişken ise kamu harcamasıdır. Kamu harcama değişkeni ile bağımlı değişkenin pozitif bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Kamu harcama düzeyinde %100’lük bir artışın olması durumunda algılanan iyi/çok iyi sağlık düzeyinde %8 bir iyileşme olabileceği öngörülmektedir. Diğer taraftan her iki modelde de sabit terimin anlamlı olduğu görülmektedir.

5. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Hayatın normal seyri süreci içerisinde bireylerde sağlık sorunlarını ortaya çıkabilmektedir. Sağlık sorunlarının ortaya çıkmasını engellemek ve korumak için yaşam standartlarının yükseltilmesi önemli rol oynamaktadır. Yaşam kalitesini yükseltmek ekonomik göstergelerle ilişkili olarak artmakta veya azaltmaktır. Bireylerin sağlık düzeylerinin yükseltilmesi, ülke toplumunun sağlık statüsünün yükselmesi demektir. Sağlığa yönelik yatırımlarında ülke ekonomisinin etkili olduğu bilinmektedir. Ekonomik göstergeler açısından iyi konuma sahip ülkelerde yaşayan kişilerin refah ve mutluluğu daha fazladır. Literatürlere bakıldığı zaman sağlık algılarının birçok ekonomik değişkenlerle bağlantılı olduğu ve sağlık harcamaları ile ekonomik göstergelerin pozitif yönde ilişkisinin olduğu görülmektedir.

Hem toplumsal boyutta hem ülkesel boyutta önem verilen göstergelerin başında sağlık göstergeleri gelmektedir. İnsanların ekonomik göstergeleri ile algıladıkları sağlık düzeyinin birbiriyle yakın bir ilişki içerisinde olduğu görülmektedir. Özellikle ekonomik göstergelerde artış ya da azalışların birçok göstergeyi etkilediği gibi algılanan sağlık göstergelerini de etkilemektedir. Bir toplumda her ne kadar işsizlik oranı önemli olsa da modelleme tahmin

sonuçlarında anlamsız çıkmıştır. Diğer taraftan kamu harcama düzeyi de sağlık göstergeleri arasında yakın bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Kamu harcama düzeyinde bir birimlik artışın algılanan kötü sağlık düzeyini azaltırken, algılanan iyi sağlık düzeyini artırdığı görülmektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde ekonomik göstergelerin algılanan sağlık göstergeleri üzerinde önemli bir etkisinin olduğu görülmektedir. Bir ülkedeki algılanan sağlık statüsünün yükselmesi söz konusu ekonomik göstergelerde iyileşmeye bağlı olduğu görülmektedir. Diğer taraftan söz konusu ekonomik göstergelerin olumsuz yönde gelişme göstermesi, sağlık göstergelerinin de paralel olarak olumsuz etkileyeceği görülmektedir. Bir toplum için algılanan sağlık statüsünün önemli olması sebebi ile farklı örneklem grupları kullanılarak da benzer çalışmalar yapılabilir.

6. KAYNAKÇA

Açıkgöz, E., Uygurtürk, H. ve Korkmaz, T., (2015), “Analysis of factor affecting growth of pension mutual funds in Turkey”, *International Journal of Economics and Financial Issues*, 5(2): 427-433.

Adak, N., (2010), “Sosyal Bir Problem Olarak İşsizlik ve Sonuçları”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 21(2): 105-116.

Ağaçdiken S, Özdelikara A, Mumcu Boğa N 2017. Hemşirelik Öğrencilerinin Sağlık Algılarının Belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2): 11 – 21.

Aldınç, H., Aytar, B., Demetçi, E. M., Seçen, E. A., Şahin, A., Yılmaz, H. (2004), “Ankara İlinde Seçilen Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuran 18 Yaş ve Üzeri Kişilerin Medikososyal Özelliklerine göre Yaşam Kalitelerinin Karşılaştırılması”, *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.*
http://www.sabem.saglik.gov.tr/Akademik_Metinler/goto.aspx?id=2614.

Altunöz, U., (2020), “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ile İlişkisinin OECD Ülkeleri İçin Analizi”, *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, 12(1): 85-105.

Baltagi, B. H., (2013), *Econometric analysis of panel data*, Chichester: John Wiley & Sons.

Başol, O., 2018, “OECD Ülkelerinde Yaşam Tatmini Üzerinde Bir Değerlendirme”, *İş, Güç; Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 20(3): 67-86.

Binay, M., (2020), “OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları Ekonomik Büyüme İlişkisi”, *Sosyal Güvenlik Uzmanları Derneği*, 7(17), 195-208.

Brien, R. M., (2007), “A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors”, *Quality & Quantity*, 41(5): 673-690.

Cılgı, İ. (1994). *Gençlik ve Yaşam Niteliği*, Ankara: T.C. Başbakanlık Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü Basımevi.

Çıraklı, Ü. and Yıldırım, H.H., (2019), “The Impacts of Economic Crisis on The Public Health in Turkey: An ARDL Bounds Testing Approach” *Hacettepe Journal of Health Administration*, 22(2), 259–280.

Çıraklı, Ü., (2019), “Türkiye’de Makroekonomik Faktörler ile Sağlık Harcamaları ve Sağlık Bakanlığı Bütçesi Arasındaki İlişkinin ARDL Sınır Testi Yaklaşımı ile İncelenmesi” Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 21(2), 581-596.

Demiral, Y. (2001). “Çalışanlarda ve İşsizlerde Yaşam Kalitesine Etki Eden Etmenler ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Karşılaştırılması”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi, İzmir.

Demiral, Y., Soysal, A., Kılıç, B., Uçku, R., Bilgin, A.C., Karakuş, N. ve Ünal. B., (2007), “İzmir Konak İlçesinde 20 Yaş ve Üzeri Nüfusta Sosyoekonomik Göstergeler ve Koroner Kalp Hastalığı Etkisi”, TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni, 6 (1): 27-40.

Eisenberg JM, (1997), ‘People With Low Income’, [Http://Www.Healthypeople.Gov/Data/progrvw/Pdfs/Proglowincm.pdf](http://www.healthypeople.gov/data/progrvw/pdfs/proglowincm.pdf).

Hacıaloğlu, N., Güraksın, A. ve İnandı, T., (1999), “Gümüşhane İli Torul Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi 30 Yaş ve Üzeri Nüfusta Hipertansiyon Prevalansı ve İlgili Etmenler”, Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 19 (4): 200-208.

Hatun, Ş., Etiler, N. ve Gönüllü, E., (2003), “Yoksulluk ve Çocuklar Üzerine Etkileri”, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 46, 251-260.

<https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=58315>

Konat, G., (2021), “Sağlık Harcaması ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri İçin Panel Veri Analizi”, Journal of Yasar University, 16(61): 348-360.

Mikucka, M., Sarracino. F., Dubrow, J.K. (2017). When Does Economic Growth Improve Life Satisfaction? Multilevel Analysis of the Roles of Social Trust and Income Inequality in 46 Countries, 1981-2012. World Development, 93, 447-459.

Morand, O.F. (2004), Economic Growth Longevity and the Epidemiological Transition, The European Journal of Health and Economics, 5(2): 166 – 74.

Özbek, R. ve Kılıç, R., (2018), “Sağlık ve Eğitim Hizmetleri ile Ekonomik Büyüme İlişkisi: OECD Ülkeleri Uygulaması”, Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi, 8(2): 369-391.

Özsarı, S.H. ve Boz, C., (2019). “Ekonomik İş Birliği ve Kalkınma Örgütü Üyesi Ülkelerinde Sağlık Statü ve Makro-ekonomik Göstergelerin Çok Boyutlu Ölçekleme ve TOPSIS ile Karşılaştırma”, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(3): 545-54.

Perrig-Chiello P, Darbellay F, 2004. La Santé Et Le Bien-Être: Aspects Différentiels Et Développementaux [Health And Well-Being: Differential And Developmental Aspects]. In P. Perrig-Chiello, & H. B. Stähelin (Eds.), La Santé, Cycle De Vie, Société Et Environnement [Health, Life Cycle And Environment, 1–15. Lausanne: Réalités Sociales.

Sağın, A. ve Karasaç, F., (2018), “OECD Ekonomilerinde Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi”, Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 7(1): 72-86.

Schieber, George ve Akiko Maeda (1999); “Health Care Financing and Delivery in Developing Countries”, Health Affairs, May/June, Vol. 18 (3): 193-205.

Şaşmaz, M.Ü., Odabaş, H. ve Yayla, Y.E., (2019). “OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ile Kalkınma Arasındaki İlişki: Panel Veri Analizi”, Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 26(3): 851-866.

Şimşek., H.G., Günay, T. ve Uçku, R., (2010), “Sosyal Eşitsizliklerin Koroner Kalp Hastalığı Risk Etmenlerine Etkisi: İzmir’de Toplum Dayalı Kesitsel Bir Çalışma”, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, 10, 193-201.

Türkkan, A., (2009), “İşe Bağlı Kas-İskelet Sistemi Hastalıkları ve Sosyoekonomik Eşitsizlikler”, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 35(2): 101-106.

Tüzün, H., Aycan, S. ve İlhan, M.N., (2014), “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarına Başvuranlarda Algılanan Sağlık ve Sosyal Belirleyicileri” Toplum ve Hekim, 29(2): 91-104.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

EŞİTSİZLİK BAĞLAMINDA KARŞILANMAYAN SAĞLIK İHTİYACI: TÜRKİYE SAĞLIK ARAŞTIRMASI VERİLERİNDEN KANITLAR*

UNMET HEALTH NEED IN THE CONTEXT OF INEQUALITY: EVIDENCE FROM TURKEY HEALTH SURVEY DATA

Bil. Uzm. Gülşen GENÇ¹

Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN²

ÖZET

Bu çalışmanın amacı, sosyo-ekonomik faktörlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerindeki etkilerini ve karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri belirlemektir. Çalışmanın analizinde kullanılan değişkenler, 2014 ve 2016 yıllarına ait “TÜİK Sağlık Araştırması” mikro veri setinden elde edilmiştir. Farklılık ve etki analizleri yapılmıştır. Depresyon hastalığı ve sosyo-ekonomik değişkenlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarını etkileme derecesini tespit etmek için bir model kurulmuştur. Modellerin analizinde Binary Logit Regresyon analizi kullanılmıştır. Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının alt kategorileri (randevu alma süresinin uzunluğu, uzaklık ya da ulaşım problemleri ve ödeme güçlüğü), sosyodemografik değişkenlere göre farklılık arz etmektedir. Yaş, gelir, sağlık güvencesine sahip olmak, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon gibi faktörler karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına en çok etki eden faktörlerdir. Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliklerden de en çok dezavantajlı gruplar etkilenmektedir. Bu çalışma ile elde edilen sonuçlar, araştırmacılara, politika yapıcılara ve sağlık yöneticilerine kanıta dayalı karar verme için veri oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Eşitsizlik, Sağlıkta Eşitsizlik, Karşılanmayan Sağlık İhtiyacı.

ABSTRACT

This study aims to determine the effects of socio-economic factors on unmet health needs and health inequalities caused by unmet health needs. The variables used in the analysis of the study were obtained from the “2014 and 2016 TURKSTAT Health Survey” micro data set. Differences and impact analyzes have been made. The model was established to determine the degree of depression and socio-economic variables affecting the unmet medical need. Binary Logit Regression analysis was used to analyze the model. The subcategories of unmet health needs (long of appointment time, distance or transportation problems, and financial difficulty) differ according to socio-demographic variables. Age, income, having health insurance, gender, marital status, education, employment status, general health status, physical pain, and depression are the most influential factors on unmet health needs. The most affected groups from health inequalities stemming from unmet health needs are disadvantageous ones. The results obtained from this study provide data for researchers, policymakers, and healthcare administrators for evidence-based decision making.

Keywords: Health, Inequality, Health Inequality, Unmet Health Need.

*Bu çalışma, ikinci yazarın danışmanlığında birinci yazarın “Eşitsizlik ve Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları: Türkiye Sağlık Araştırması Verilerinden Kanıtlar” isimli yüksek lisans tezinden üretilmiştir.

¹ Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, gulsengenc44@hotmail.com.

² Düzce Üniversitesi İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, nurullahkurutkan@duzce.edu.tr.

1.GİRİŞ

Eşitsizlik kavramı en basit tanımıyla, farklı insanlara farklı davranmak anlamına gelmektedir. Bu tanımıyla eşitsizlik ister gelirden ister tüketimde veya bir toplumun göstergelerindeki farklılıklarında olsun, bölüşüm dengesizliği olarak ifade edilebilmektedir (Doğanoğlu ve Gülcü, 2001:47). Aynı zamanda eşitsizlik kavramının ahlaki ve etik boyutu da bulunmaktadır. Burada eşitsizlik tanımıyla anlatılmak istenen aslında eşitsizliğin gereksiz ve önlenbilir olmasının yanı sıra adil olmayan farklılıkları da ifade etmesidir. Böylece belirli bir durumun eşitsizlik olarak tanımlanabilmesi için toplumun geri kalan kısmındaki bütün koşulların göz önünde bulundurulması ve haksız olarak tanımlanması gerekmektedir (Whitehead, 1992:5). Sağlık hizmetlerinden faydalanma açısından da bireyler arasında her zaman bir eşitsizlik vardır. Bu anlamda sağlıkta eşitsizlik kavramı, sağlık alanında bireyler ve gruplar arasındaki mevcut farklılıkları ifade eden genel bir terimdir. Diğer bir ifadeyle sağlıkta eşitsizlik, sosyal açıdan dezavantajlı olan grupların önlenbilir sağlık farklılıklarının olmasıdır (Kara vd., 2018:2543; Kawachi vd., 2002:647; Gakidou vd., 2000:42; Braveman, 2003:182).

Sağlıkta eşitsizlik konusu uluslararası sağlık kamuoyunda ilk kez 1978 Alma Ata Konferansı Bildirgesinde dile getirilmiş ve “halkın sağlık statüsündeki mevcut brüt eşitsizliğin politik, sosyal ve ekonomik olarak kabul edilemez” olduğu belirtilmiştir (Crombie vd., 2005:6). Bildirgede, dünyada yaşayan yüz milyonlarca insanın sağlık koşullarının kabul edilemez düzeyde olduğuna vurgu yapılmıştır. Ayrıca, sağlığa ve sağlık hizmetlerine ilişkin yeni bir yaklaşımın geliştirilmesine dair bir çağrıda bulunulmuştur. Bu yeni yaklaşıma göre, toplumun zengin kesimi ile yoksul kesimi arasındaki uçurumlar kapatılacak ve böylece sağlık kaynakları daha eşitlikçi bir yaklaşımla dağıtılacaktır. Bunlara ek olarak, dünyada yaşayan bütün insanlar hem toplumsal hem de ekonomik anlamda üretken oldukları sağlık düzeylerine kavuşturulacaktır (Aba ve Ateş, 2015:36). Ancak, sağlık hizmetlerine erişimin önünde başlıca engeller bulunmaktadır. Bu engeller şu şekildedir (Budak, 2019:32):

- Sağlık hizmetlerini kullanma durumu
- Sağlık hizmetlerinde var olan yüksek fiyatlandırma
- Sağlık sigortasının olmaması
- Dil konusunda yaşanan iletişim sorunları

Sağlık hizmetlerine erişimin önündeki bu engellerin sonucunda ise aşağıdaki durumlar ortaya çıkmaktadır:

- Karşılanmayan sağlık ihtiyaçları,
- Sağlık hizmeti alımlarında yaşanan gecikmeler,
- Önleyici sağlık hizmetlerini alamama,
- Önlenebilecek yatışların önüne geçememe.

İhtiyaç, giderildiğinde insana mutluluk veren, giderilmediğinde ise üzüntü, keder, acı veren her şey olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde önemli olanın istekler (want) ya da talep (demand) değil, ihtiyaç (need) olduğu geniş kabul gören bir anlayış olarak karşımıza çıkmaktadır. İhtiyaç, talebin daha özel bir konseptidir ve birtakım farklı tanımlara açıktır. Sağlık ekonomistleri genel olarak sağlık hizmetlerine duyulan ihtiyacı, sağlık hizmetlerinden yararlanma kapasitesi olarak yorumlamaktadır. Sağlık ihtiyacı Donabedian tarafından ise en

genel anlamıyla “sağlıkta meydana gelen bozulmalar” şeklinde tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ihtiyaç, bireyin kendisini rahatsız hissetmesi ya da kaza vb. durumlarla sağlığının bozulması sonucu ortaya çıkmaktadır. Eğer toplumlar arasında verilen hizmetler açısından farklılıklar mevcutsa ve bir toplumun sağlık ihtiyaçlarının karşılanmasında verilen hizmetlerde eksiklikler bulunuyorsa o toplumda karşılanmayan bir sağlık ihtiyacı söz konusu olmaktadır (Kara ve Kurutkan, 2018:17-19).

Reeves ve ark. (2015) karşılanmayan ihtiyacı, insanların tıbben gerekli olduğuna inandıkları bakımı alamaması olarak tanımlamaktadır (Yoon vd., 2019:1). Başka bir tanıma göre ise karşılanmayan ihtiyaç, bakımın sağlanamadığı sağlık bakım ihtiyacını ifade etmektedir (Bryant vd., 2009:25). Bu anlamda, karşılanmayan sağlık ihtiyaçları, bir hastanın tıbbi bakımının veya hizmetinin yetersiz ya da eksik olduğu durumu ifade etmekte ve karşılanmayan ihtiyaç, sağlık hizmeti sistemlerinde bakıma erişimin kritik bir göstergesi olarak tanımlanmakta, farklı sağlık sistemleri arasındaki erişimi karşılaştırmak için kullanılmaktadır (Yoon vd., 2019:1; Marshall, 2011:490). Kişilerin ve toplumun sağlık hallerinin korunması veya sağlık hallerinin devam etmesi için sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyulduğunda bu hizmetlere erişimin sağlanması gerekmektedir. Ancak çeşitli nedenlerden dolayı bu durum mümkün olmamaktadır. Kişilerin sağlık ihtiyaçlarının karşılanmamasında randevu alma süresinin uzun olması, ulaşımında yaşanan problemler, ödeme güclüğü gibi sıkça bildirilen nedenler bulunmaktadır. Bu nedenlerden dolayı kişiler gereksinim duydukları sağlık hizmetlerini kullanamamakta ve sağlık ihtiyaçlarını karşılayamamaktadır (OECD, 2012:90). Karşılanmayan bu ihtiyaçlar da kişilerin sağlığını olumsuz etkilemekte ve sağlıkta eşitsizliklere neden olmaktadır. 1970’lerin ortasından itibaren uluslararası sağlık kamuoyunda önemli bir gündem konusu olan sağlıkta eşitsizlikler hem ülke içindeki farklı bölgelerde hem de ülkeler arasında görülebilmektedir (Bahar ve Gördes Aydoğdu, 2011:131; Aba, 2014:3). Bu yüzden sağlıkta eşitsizlik tüm ülkeler için sorun teşkil etmektedir. Nitekim, bu çalışma Türkiye genelinde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri ortaya çıkarmayı hedeflemektedir.

2.YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, sosyo-ekonomik faktörlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerindeki etkilerini ve karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri belirlemektir.

2.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu)’den elde edilen “Sağlık Araştırması” anket verileri bu çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Söz konusu evrenin büyüklüğü nedeniyle TÜİK’den elde edilen 2014 ve 2016 yıllarına ait “Sağlık Araştırması” anketlerinin verileri ise çalışmanın örneklemi oluşturmaktadır.

2.3. Verilerin Toplanması

Türkiye’de karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri araştırmak için yapılan bu çalışma çerçevesinde TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) ’den elde edilen 2014 ve 2016 yıllarına ait “Sağlık Araştırması” anketleri kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan veri seti (Sağlık Araştırması) Türkiye genelinden toplanmış olan bir veri setidir. TÜİK tarafından

bu verilere geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmaktadır. Sonrasında da bilimsel amaçlı kullanıma hazır hale getirilmektedir. İlk defa 2008 yılında gerçekleştirilen Türkiye Sağlık Araştırması iki yılda bir yapılmaktadır. Türkiye Sağlık Araştırması ile Türkiye'nin sağlık göstergelerine ait bilgilerin edinilmesi ve mevcut yapıdaki eksik bilgilerin giderilmesi amaçlanmaktadır. Kapsamı, Türkiye sınırları dahilinde bulunan tüm yerleşim yerlerindeki hane halklarıdır. Kurumsal olarak nitelendirilen nüfus (asker, yurtlarda, hapisanede, huzurevleri ve hastanede sürekli olarak kalanlar vb.) kapsam dışı olup, ayrıca yeterli örnek hane sayısına ulaşamayacağı düşünülen (küçük köyler, oba, mezra vb.) (adres sayısı 20'den küçük) yerleşim yerleri kapsam dışı bırakılmıştır. Araştırmalarda, 0-6 yaş grubu, 7-14 yaş grubu ve 15 yaş ve üzeri gruplar bulunmaktadır. Ancak bu çalışmada, 15 yaş ve üzeri kişilerle ilgili bilgilere 2014 ve 2016 yıllarından elde edilen veriler birleştirilerek yer verilmiştir. Böylece örneklem sayısı büyütülerek çalışmanın Türkiye'yi temsil etme gücünün artacağı düşünülmüştür. Aynı zamanda, veri setinde her yıla ait gözlem sayıları eksik gözlemlerin çıkarılması ve gerekli düzenlemelerin yapılması ile çıkan sonuç üzerinden çalışılmıştır. Ele alınan bu verilerden yararlanılarak karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikleri anlamlı bir şekilde etkileyen unsurların belirlenmesi amaçlanmıştır.

2.4. Verilerin Analizi

Araştırmada TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) 'den elde edilen 2014 ve 2016 yıllarına ait "Sağlık Araştırması" anket verileri SPSS 21.0 (Statistical Package for the Social Sciences-Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı) paket programı ile analiz edilmiştir. Çalışmanın araştırma konusuna uygun şekilde yapılacak analizler seçilmiştir. Bu doğrultuda çalışmada SPSS yardımı ile tanımlayıcı istatistikler (Frekans Analizi, Ortalama, Standart Sapma, Güven Aralığı), farklılık analizi (Mann Whitney U Testi, Kruskal Wallis Testi) ve etki analizi (Binary Lojistik Regresyon Analizi) yapılmıştır.

3. BULGULAR VE TARTIŞMA

Tablo 1. Değişkenlere ve Yıllara Göre Karşılanmayan Sağlık İhtiyaçları Düzeyi

Bağımlı Değişkenler		Yıllar			
		2016		2014	
		Sıklık	Yüzde	Sıklık	Yüzde
Randevu Alma Süresi Çok Uzun Olduğu İçin Sağlık Hizmeti Almada Yaşanan Gecikme	Evet	2524	15.4	3338	20.7
	Hayır	13877	84.6	12804	79.3
Uzaklık ya da Ulaşım Problemleri Nedeniyle Sağlık Hizmeti Almada Yaşanan Gecikme	Evet	1576	9.5	2221	13.3
	Hayır	14933	90.5	14473	86.7
Tıbbi Bakıma İhtiyaç Olduğu Halde Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Karşılanmayan Hizmet	Evet	1474	9.4	2382	14.6
	Hayır	14277	90.6	13881	85.4
Diş Bakımına İhtiyaç Olduğu Halde Ödeme Güçlüğü Nedeniyle Karşılanmayan Hizmet	Evet	1662	10.8	2600	17.6
	Hayır	13666	89.2	12195	82.4

Çalışma kapsamında bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerini karşılayabilme düzeyleri Tablo 1'de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; bireylerin randevu alma süresinin çok uzun

olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 20.7 oranında iken, 2016 yılında % 15.4'dir. Bireylerin uzaklık ya da ulaşım problemlerine bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 13.3 oranında iken, 2016 yılında % 9.5'tir. Bireylerin ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 14.6 oranında iken, 2016 yılında % 9.4'dür. Ödeme güçlüğüne bağlı karşılanmayan diş bakım ihtiyaçları düzeyi 2014 yılında % 17.6 oranında iken, 2016 yılında % 10.8'dir. Tablo değerlendirildiğinde bireylerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına en fazla neden olan faktörün randevu alma süresinin uzunluğu olduğu görülmektedir.

3.1. Bulgular

Kullanılan veri setlerinin genel özelliği dikkate alındığında, aynı bireyler ve hane halklarına ulaşılamadığı için her değişkene ait tanımlayıcı istatistikler farklılık göstermektedir. Bu nedenle, yapılan farklılık analizlerine ait tablolarda her değişkene ait tanımlayıcı istatistiklere yer verilmiş olup genel olarak veri setleri incelendiğinde; bireylerin % 50'den fazlasının cinsiyetinin kadın olduğu görülmektedir. Yaş bakımından bireylerin dağılımına bakıldığında 35-44 yaş aralığının fazla olduğu görülmektedir. Bireylerin yaklaşık % 70'inin evli, % 90 oranlarında da düşük eğitim seviyesine sahip olduğu görülmektedir. Bireylerin yarısından fazlası (% 60 oranlarında) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bireylerin çoğunluğunun aylık gelir düzeyi 1264 TL (2014 yılında 1 \$= 2,19 TL, 2016 yılında 1 \$= 3,02 TL) altında yer almaktadır. Bireylerin çoğunluğunun tedavi masrafı SGK tarafından karşılanırken, özel sağlık sigortası ve GSS'nin payının çok az olduğu görülmektedir. Tedavi masrafını kendisi karşılayan bireylerin oranı da % 20 civarındadır. Bireylerin çoğunluğunun (% 56-57) genel sağlık durumunu iyi olarak ifade ettiği, bedensel ağrı durumunu ise (% 69-70) az olarak ifade ettiği görülmektedir. Son olarak bireyler % 10 oranlarında depresyonda olduklarını ifade etmektedir.

3.1.1. Farklılık Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 2. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Randevuya Bağlı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval	Sig.
Cinsiyet	Kadın	18450	56,7	,20	,003	,19 ,20	0,000
	Erkek	14093	43,3	,16	,003	,15 ,17	
Hesaplanan Yaş	15-24	5417	16,6	,18	,005	,17 ,19	0,000
	25-34	5960	18,3	,22	,005	,21 ,23	
	35-44	6385	19,6	,20	,005	,19 ,21	
	45-54	5678	17,4	,19	,005	,18 ,20	
	55-64	4509	13,9	,16	,005	,15 ,17	
	65-74	2826	8,7	,13	,006	,12 ,15	
	75+	1768	5,4	,09	,007	,07 ,10	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	9891	30,4	,16	,004	,16 ,17	0,000
	Evli	22652	69,6	,19	,003	,18 ,19	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	29428	90,4	,18	,002	,17 ,18	0,279

	4 yıllık yüksekökol veya fakülte	2697	8,3	,19	,008	,17	,20	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	418	1,3	,20	,019	,16	,23	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	20525	63,1	,18	,003	,18	,19	0,043
	Çalıştı	12018	36,9	,17	,003	,17	,18	
Hane Geliri	0- 1264 TL	8375	25,7	,17	,004	,16	,18	0,000
	1265- 1814 TL	7787	23,9	,17	,004	,16	,18	
	1815- 2540 TL	5638	17,3	,18	,005	,17	,19	
	2541- 3721 TL	5565	17,1	,19	,005	,18	,20	
	3722 + TL	5178	15,9	,20	,006	,19	,21	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	27320	84,0	,18	,002	,17	,18	0,500
	Hayır	5223	16,0	,18	,005	,17	,19	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	727	2,2	,16	,013	,13	,18	0,080
	Hayır	31816	97,8	,18	,002	,18	,18	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	2036	6,3	,17	,008	,16	,19	0,319
	Hayır	30507	93,7	,18	,002	,18	,18	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşıllayanlar	Evet	6753	20,8	,23	,005	,22	,24	0,000
	Hayır	25790	79,2	,17	,002	,16	,17	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	18516	56,9	,16	,003	,15	,16	0,000
	Orta	9824	30,2	,21	,004	,21	,22	
	Kötü, Çok kötü	4203	12,9	,21	,006	,20	,22	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	22679	69,7	,16	,002	,15	,16	0,000
	Orta, Fazla, Çok fazla	9864	30,3	,23	,004	,22	,24	
Depresyon	Evet	3454	10,6	,28	,008	,27	,30	0,000
	Hayır	29089	89,4	,17	,002	,16	,17	
Gözlem Sayısı: 32.543								

Tablo 2 değerlendirildiğinde, 2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmelerde istatistiki açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler yer almaktadır ($p<0,05$). Bu anlamda, kadınlar, yaş aralığı 25-34 olan kişiler, evliler, çalışmayanlar, hane geliri en yüksek olan grupta yer alanlar, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumunu orta olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu orta,

fazla ve çok fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişiler daha fazla randevuya bağlı sağlık hizmeti almada gecikmeler yaşamıştır.

Tablo 3. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Uzaklık ya da Ulaşım Bağı Gecikme Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	18778	56,6	,13	,002	,13	,14	0,000
	Erkek	14425	43,4	,09	,002	,09	,10	
Hesaplanan Yaş	15-24	5519	16,6	,10	,004	,09	,11	0,000
	25-34	6059	18,2	,13	,004	,12	,14	
	35-44	6543	19,7	,12	,004	,11	,13	
	45-54	5814	17,5	,12	,004	,11	,13	
	55-64	4578	13,8	,10	,004	,09	,11	
	65-74	2879	8,7	,11	,006	,10	,12	
	75+	1811	5,5	,12	,008	,11	,14	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	10067	30,3	,11	,003	,10	,11	0,000
	Evli	23136	69,7	,12	,002	,11	,12	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	30029	90,4	,12	,002	,11	,12	0,000
	4 yıllık yüksek okul veya fakülte	2748	8,3	,08	,005	,07	,09	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	426	1,3	,07	,013	,05	,10	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	20894	62,9	,13	,002	,12	,13	0,000
	Çalıştı	12309	37,1	,09	,003	,09	,10	
Hane Geliri	0- 1264 TL	8619	26,0	,17	,004	,16	,18	0,000
	1265- 1814 TL	7909	23,8	,11	,004	,10	,12	
	1815- 2540 TL	5750	17,3	,10	,004	,09	,11	
	2541- 3721 TL	5666	17,1	,08	,004	,08	,09	
	3722 + TL	5259	15,8	,08	,004	,07	,09	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	27804	83,7	,10	,002	,10	,10	0,000
	Hayır	5399	16,3	,19	,005	,18	,20	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	736	2,2	,07	,009	,05	,08	0,000
	Hayır	32467	97,8	,12	,002	,11	,12	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	2076	6,3	,20	,009	,19	,22	0,000
	Hayır	31127	93,7	,11	,002	,10	,11	

Tedavi Masrafını Kendisi Karşılایانlar	Evet	6969	21,0	,15	,004	,14	,16	0,000
	Hayır	26234	79,0	,10	,002	,10	,11	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	18898	56,9	,08	,002	,08	,08	0,000
	Orta	10026	30,2	,14	,003	,14	,15	
	Kötü, Çok kötü	4279	12,9	,20	,006	,19	,22	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	23117	69,6	,09	,002	,08	,09	0,000
	Orta, Fazla, Çok fazla	10086	30,4	,18	,004	,17	,18	
Depresyon	Evet	3521	10,6	,20	,007	,19	,21	0,000
	Hayır	29682	89,4	,10	,002	,10	,11	
Gözlem Sayısı:33.203								

Tablo 3 değerlendirildiğinde, 2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde uzaklık ya da ulaşımına bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikmelerde istatistiki açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler yer almaktadır ($p<0,05$). Bu anlamda, kadınlar, yaş aralığı 25-34 olan kişiler, evliler, eğitim seviyesi düşük olanlar, çalışmayanlar, hane geliri en düşük olan grupta yer alanlar, tedavi masrafı SGK ve özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayanlar, tedavi masrafı GSS tarafından karşılananlar, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişiler daha fazla uzaklık ya da ulaşımına bağlı sağlık hizmeti almada gecikmeler yaşamıştır.

Tablo 4. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval	Sig.	
Cinsiyet	Kadın	18138	56,7	,13	,003	,13	,14	0,000
	Erkek	13876	43,3	,10	,003	,10	,11	
Hesaplanan Yaş	15-24	5263	16,4	,10	,004	,09	,11	0,000
	25-34	5857	18,3	,13	,004	,12	,14	
	35-44	6284	19,6	,14	,004	,13	,15	
	45-54	5633	17,6	,14	,005	,13	,14	
	55-64	4434	13,9	,11	,005	,10	,12	
	65-74	2789	8,7	,09	,006	,08	,10	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	9667	30,2	,11	,003	,10	,11	0,000
	Evli	22347	69,8	,13	,002	,12	,13	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	28972	90,5	,13	,002	,12	,13	0,000
	4 yıllık yüksek okul veya fakülte	2640	8,2	,04	,004	,04	,05	

	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	402	1,3	,03	,008	,01	,05	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	20168	63,0	,13	,002	,13	,14	0,000
	Çalıştı	11846	37,0	,10	,003	,10	,11	
Hane Geliri	0- 1264 TL	8388	26,2	,21	,004	,21	,22	0,000
	1265- 1814 TL	7656	23,9	,12	,004	,11	,13	
	1815- 2540 TL	5462	17,1	,10	,004	,10	,11	
	2541- 3721 TL	5483	17,1	,07	,003	,06	,08	
	3722 + TL	5025	15,7	,04	,003	,03	,05	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılanaanlar	Evet	26766	83,6	,09	,002	,08	,09	0,000
	Hayır	5248	16,4	,29	,006	,28	,31	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılanaanlar	Evet	687	2,1	,04	,007	,02	,05	0,000
	Hayır	31327	97,9	,12	,002	,12	,13	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılanaanlar	Evet	2006	6,3	,24	,010	,22	,26	0,000
	Hayır	30008	93,7	,11	,002	,11	,12	
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılanaanlar	Evet	6819	21,3	,19	,005	,18	,20	0,000
	Hayır	25195	78,7	,10	,002	,10	,11	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	18154	56,7	,08	,002	,07	,08	0,000
	Orta	9667	30,2	,15	,004	,15	,16	
	Kötü, Çok kötü	4193	13,1	,23	,007	,22	,24	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	22245	69,5	,08	,002	,08	,09	0,000
	Orta, Fazla, Çok fazla	9769	30,5	,20	,004	,20	,21	
Depresyon	Evet	3419	10,7	,25	,007	,23	,26	0,000
	Hayır	28595	89,3	,11	,002	,10	,11	
Gözlem Sayısı:32.014								

Tablo 4 değerlendirildiğinde, 2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde ödeme güçlüğüne bağlı tıbbi bakım ihtiyacının karşılanmamasında istatistikî açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler yer almaktadır ($p<0,05$). Bu anlamda, kadınlar, yaş aralığı 35-44 olan kişiler, evliler, eğitim seviyesi düşük olanlar, çalışmayanlar, hane geliri en düşük olan grupta yer alanlar, tedavi masrafı SGK ve özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayanlar, tedavi masrafı GSS tarafından karşılananlar, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok

fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişilerde daha fazla ödeme güçlüğüne bağlı tıbbi bakım ihtiyacı karşılanmamıştır.

Tablo 5. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Dış Bakımı Değişkenine İlişkin Farklılık Analizi

		N	%	Mean	Std	Confidence Interval		Sig.
Cinsiyet	Kadın	16999	56,4	,15	,003	,15	,16	0,000
	Erkek	13124	43,6	,13	,003	,12	,13	
Hesaplanan Yaş	15-24	4997	16,6	,11	,004	,11	,12	0,000
	25-34	5583	18,5	,15	,005	,14	,16	
	35-44	6054	20,1	,18	,005	,17	,19	
	45-54	5348	17,8	,16	,005	,15	,17	
	55-64	4112	13,7	,12	,005	,11	,13	
	65-74	2515	8,3	,10	,006	,09	,11	
	75+	1514	5,0	,09	,007	,07	,10	
Medeni Durum	Hiç evlenmedi, Boşandı, Eşi öldü	9076	30,1	,12	,003	,12	,13	0,000
	Evli	21047	69,9	,15	,002	,14	,15	
Eğitim	Ön lisans ve öncesi eğitim	27185	90,2	,15	,002	,14	,15	0,000
	4 yıllık yüksekokul veya fakülte	2544	8,4	,09	,006	,08	,10	
	Yüksek lisans (5 veya 6 yıllık fakülteler dahil), Doktora	394	1,3	,06	,012	,04	,08	
Çalışma Durumu	Çalışmadı fakat işi ile ilgisi devam ediyor, Çalışmadı	18850	62,6	,14	,003	,14	,15	0,076
	Çalıştı	11273	37,4	,14	,003	,13	,14	
Hane Geliri	0- 1264 TL	7769	25,8	,21	,005	,21	,22	0,000
	1265- 1814 TL	7208	23,9	,14	,004	,13	,15	
	1815- 2540 TL	5182	17,2	,13	,005	,13	,14	
	2541- 3721 TL	5210	17,3	,10	,004	,09	,11	
	3722 + TL	4754	15,8	,07	,004	,07	,08	
Tedavi Masrafı SGK Tarafından Karşılananlar	Evet	25205	83,7	,12	,002	,11	,12	0,000
	Hayır	4918	16,3	,27	,006	,26	,28	
Tedavi Masrafı Özel Sağlık Sigortası Tarafından Karşılananlar	Evet	672	2,2	,08	,010	,06	,10	0,000
	Hayır	29451	97,8	,14	,002	,14	,15	
Tedavi Masrafı GSS Tarafından Karşılananlar	Evet	1901	6,3	,22	,010	,20	,24	0,000
	Hayır	28222	93,7	,14	,002	,13	,14	

Tedavi Masrafını Kendisi Karşılایانlar	Evet	6288	20,9	,22	,005	,21	,23	0,000
	Hayır	23835	79,1	,12	,002	,12	,13	
Genel Sağlık Durumu	Çok iyi, İyi	17363	57,6	,11	,002	,10	,11	0,000
	Orta	8969	29,8	,18	,004	,17	,18	
	Kötü, Çok kötü	3791	12,6	,21	,007	,20	,23	
Bedensel Ağrı Durumu	Hiç, Çok az, Az	21130	70,1	,11	,002	,11	,11	0,000
	Orta, Fazla, Çok fazla	8993	29,9	,22	,004	,21	,22	
Depresyon	Evet	3185	10,6	,26	,008	,25	,28	0,000
	Hayır	26938	89,4	,13	,002	,12	,13	
Gözlem Sayısı:30.123								

Tablo 5 değerlendirildiğinde, 2014 ve 2016 yılları birleştirilmiş verilerde ödeme gücüne bağlı dış bakımı ihtiyacının karşılanmamasında istatistiki açıdan anlamlı farklılık gösteren değişkenler yer almaktadır ($p<0,05$). Bu anlamda, kadınlar, yaş aralığı 35-44 olan kişiler, evliler, eğitim seviyesi düşük olanlar, hane geliri en düşük olan grupta yer alanlar, tedavi masrafı SGK ve özel sağlık sigortası tarafından karşılanmayanlar, tedavi masrafı GSS tarafından karşılananlar, tedavi masrafını kendisi karşılayanlar, genel sağlık durumunu kötü ve çok kötü olarak niteleyenler, bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyenler ve depresyonda olan kişilerde daha fazla ödeme gücüne bağlı dış bakımı ihtiyacı karşılanmamıştır.

3.1.2. Binary Lojistik Regresyon Analizine İlişkin Bulgular

Tablo 6. 2014 ve 2016 Yılları Birleştirilmiş Verilerin İki Gecikme Türüne Yönelik Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Randevuya Bağlı Gecikme				Uzaklık ya da Ulaşımına Bağlı Gecikme			
	Katsayı	OR	p	%95 CI	Katsayı	OR	p	%95 CI
Hesaplanan Yaş	-0,214	0,807	0,000	0,791 0,824	-0,146	0,864	0,000	0,843 0,885
Medeni Durum	-0,315	0,730	0,000	0,682 0,781	-0,236	0,790	0,000	0,729 0,856
Hane Geliri	0,077	1,080	0,000	1,055 1,105	-0,125	0,883	0,000	0,858 0,909
Tedavi Masrafını Kendisi Karşılایانlar	0,432	1,540	0,000	1,436 1,651	0,377	1,459	0,000	1,343 1,585
Genel Sağlık Durumu	0,299	1,349	0,000	1,283 1,418	0,452	1,572	0,000	1,484 1,665
Depresyon	0,480	1,616	0,000	1,484 1,760	0,377	1,458	0,000	1,323 1,607
Bedensel Ağrı Durumu	0,387	1,473	0,000	1,374 1,578	0,455	1,576	0,000	1,453 1,708
Cinsiyet	0,108	1,114	0,001	1,044 1,189	0,245	1,278	0,000	1,181 1,384
SGK'ya Tabi	-0,149	0,862	0,005	0,777 0,956	0,330	1,391	0,000	1,248 1,551
Özel Sağlık Sigortasına Tabi	0,248	1,281	0,020	1,039 1,581	0,273	1,313	0,076	0,972 1,774
Çalışma Durumu	0,072	1,075	0,041	1,003 1,152	0,037	1,038	0,392	0,953 1,130
Eğitim	0,073	1,075	0,104	0,985 1,174	0,112	1,119	0,072	0,990 1,265

GSS'ye Tabi	-0,051	0,950	0,506	0,817	1,105	-0,223	0,800	0,003	0,691	0,925
Cox & Snell R ²	0,034					0,043				
Nagelkerke R ²	0,056					0,085				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,964					ProbChi-Sq(8): 0,483				
Gözlem Sayısı:	32.543					33.203				

Tablo 6 değerlendirildiğinde, sağlık hizmeti almada **randevu almaya bağlı yaşanan gecikme** ile **uzaklık ya da ulaşımaya bağlı gecikme** değişkenlerine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar **randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme** olasılığını 1,08 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,54 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,34 kat, bireylerin depresyonda olması 1,61 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,47 kat, kadın olmak 1,11 kat, bireyin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması 1,28 kat, bireyin işsiz olması 1,07 kat arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış randevuya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 0,80 kat, bireylerin evli olması 0,73 kat, tedavi masrafının SGK tarafından karşılanması 0,86 kat azaltmaktadır. Kadın olmak **uzaklık ya da ulaşımaya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme** olasılığını 1,27 kat, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması 1,39 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,45 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,57 kat, bireylerin depresyonda olması 1,45 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,57 kat arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış uzaklık ya da ulaşımaya bağlı sağlık hizmeti almada yaşanan gecikme olasılığını 0,86 kat, bireylerin evli olması 0,79 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,88 kat, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanması 0,80 kat azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır.

Tablo 7. Ödeme Güçlüğüne Bağlı Karşılanmayan Tıbbi Bakım ve Dış Bakımı Değişkenlerine Yönelik Binary Lojistik Regresyon Analizi

Değişkenler	Ödeme Güçlüğüne Bağlı Tıbbi Bakım Alamama				Ödeme Güçlüğüne Bağlı Dış Bakımı Alamama					
	Katsayı	OR	p	%95 CI	Katsayı	OR	p	%95 CI		
Cinsiyet	0,155	1,168	0,000	1,076	1,268	0,087	1,091	0,026	1,010	1,177
Hesaplanan Yaş	-0,179	0,836	0,000	0,815	0,857	-0,169	0,844	0,000	0,824	0,865
Eğitim	-0,328	0,721	0,000	0,607	0,855	-0,126	0,881	0,052	0,776	1,001
Medeni Durum	-0,371	0,690	0,000	0,635	0,751	-0,349	0,705	0,000	0,651	0,763
Hane Geliri	-0,271	0,763	0,000	0,739	0,787	-0,194	0,824	0,000	0,800	0,847
SGK'ya Tabi	1,131	3,098	0,000	2,805	3,423	0,720	2,055	0,000	1,860	2,270
GSS'ye Tabi	0,353	1,423	0,000	1,241	1,631	0,261	1,298	0,000	1,127	1,494

Tedavi Masrafını Kendisi Karşılamanlar	0,516	1,676	0,000	1,541	1,822	0,548	1,730	0,000	1,599	1,872
Genel Sağlık Durumu	0,438	1,549	0,000	1,460	1,644	0,278	1,320	0,000	1,247	1,398
Depresyon	0,665	1,944	0,000	1,763	2,143	0,621	1,862	0,000	1,693	2,047
Bedensel Ağrı Durumu	0,646	1,907	0,000	1,754	2,074	0,563	1,756	0,000	1,622	1,901
Özel Sağlık Sigortasına Tabi	0,722	2,059	0,001	1,368	3,100	0,328	1,388	0,028	1,035	1,860
Çalışma Durumu	-0,116	0,890	0,009	0,816	0,971	-0,190	0,827	0,000	0,763	0,897
Cox & Snell R ²	0,101					0,068				
Nagelkerke R ²	0,194					0,121				
Hosmer and Lemeshow Test	ProbChi-Sq(8): 0,154					ProbChi-Sq(8): 0,160				
Gözlem Sayısı:	32.014					30.123				

Tablo 7 değerlendirildiğinde, **ödeme gücüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım ile karşılanmayan dış bakımı** değişkenlerine ilişkin kurulan modelde kullanılan verilerin seçilen analiz yöntemine uygun olduğu Hosmer-Lemeshow test istatistiğinden (Hosmer-Lemeshow prob değerinin 0.05'den büyük olduğu için) anlaşılmaktadır. Modelin araştırma bulgularına göre, kadın olmak **ödeme gücüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım** olasılığını 1,16 kat, bireylerin tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması 3,09 kat ve tedavi masrafının GSS tarafından karşılanmaması 1,42 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,67 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,54 kat, bireylerin depresyonda olması 1,94 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,90 kat, bireyin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması 2,05 kat arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme gücüne bağlı karşılanmayan tıbbi bakım olasılığını 0,83 kat, bireylerin eğitim seviyesinin artması 0,72 kat, bireyin evli olması 0,69 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,76 kat, bireyin çalışıyor olması 0,89 kat azaltmaktadır. Tedavi masrafının SGK tarafından karşılanmaması **ödeme gücüne bağlı karşılanmayan dış bakımı** olasılığını 2,05 kat, tedavi masrafının GSS tarafından karşılanmaması 1,29 kat, tedavi masrafının bireyin kendisi tarafından karşılanması 1,73 kat, bireylerin genel sağlık durumunu kötü olarak değerlendirmesi 1,32 kat, bireylerin depresyonda olması 1,86 kat, bireyin bedensel ağrı durumunda meydana gelen artış 1,75 kat, kadın olmak 1,09 kat, bireylerin tedavi masrafının özel sağlık sigortası tarafından karşılanmaması 1,38 kat arttırmaktadır. Bireylerin yaşlarında meydana gelen her bir yıllık artış ödeme gücüne bağlı karşılanmayan dış bakımı olasılığını 0,84 kat, bireylerin evli olması 0,70 kat, bireyin çalışıyor olması 0,82 kat, bireylerin hane gelirinde meydana gelen artışlar 0,82 kat azaltmaktadır. Gelir düzeyleri bir kademe yükseldiğinde kişilerin refah seviyesi yükseldiği için olumsuz durumla karşılaşma olasılığı azalmaktadır.

3.2. Tartışma

Bu çalışmanın amacı, sosyo-ekonomik faktörlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçları üzerindeki etkilerini ve karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizlikleri belirlemektir. Bu amaç doğrultusunda elde edilen bulgular literatürde yer alan diğer çalışmalar ile karşılaştırılmıştır.

Bu çalışma neticesinde elde edilen kadınlarda erkeklere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu benzer çalışmaların bulgularını desteklemektedir. Nelson ve Park, (2006); Westin vd., (2004); Kshetri ve Smith, (2011) çalışmalarında da kadınlarda erkeklere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu tespit edilmiştir. Mevcut toplumsal yapı açısından değerlendirildiğinde, kadınların gerek çalışma koşullarındaki gerekse aile içindeki sorumluluklarının fazla olması, ayrıca cinsiyete bağlı hastalığa yakalanma oranlarının fazla olması erkeklere oranla daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunmasına neden olduğu söylenebilir.

Genel olarak gençlerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu çalışmanın sonucu Pappa vd., (2013); Nelson ve Park, (2006); Lee vd., (2020) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Genç nüfus olarak nitelendirilen kişilerin, çalışma hayatının yoğun tempoda olmasının yanı sıra stres ve birçok faktörden kaynaklı sağlık problemleri yaşaması, bu yaş aralığında karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ortaya çıkma ihtimalinin fazla olmasına neden olduğu söylenebilir.

Eğitim seviyesi düşük olan kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu çalışmanın sonucu Dunlop vd., (2000); Westin vd., (2004); Lee vd., (2020) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Eğitim seviyesi düşüktüçe elde edilen gelir seviyesinin de düşmesi, ayrıca eğitim seviyesinin düşük olmasına bağlı olarak kişilerin bilinç ve farkındalık düzeylerinin de düşük olması bu kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunmasına neden olduğu söylenebilir.

Çalışmayanlarda daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Lee vd., (2015); Yoon vd., (2019) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. İşsiz olan kişilerin düzenli bir gelire sahip olmaması ve refah seviyelerinin düşük olması bu kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunmasına neden olduğu söylenebilir.

Randevu alma süresinin çok uzun olmasına bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçları hariç diğer ihtiyaçlarda hane geliri en düşük olan grupta yer alan kişilerde diğer gelir gruplarında yer alan kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Newacheck vd., (2000); Allin ve Masseria, (2009); Nelson vd., (2011); Yoon ve Jang, (2017); Connolly ve Wren, (2017); Yoon vd., (2019) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Kişilerin gelir düzeyinin düşük olması ödeme gücünü nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanamama olasılığını arttırabilir. Aynı zamanda yaşanan yerin sağlık kuruluşuna uzak olması, yolların zaman zaman kapalı olması, ulaşım aracının olmaması, sınırlı olması veya birden fazla ulaşım aracına ihtiyaç duyulması da gelir düzeyi düşük olan kişilerde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ortaya çıkma ihtimalinin fazla olmasına neden olduğu söylenebilir.

Sosyal güvencesi olmayan kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Connolly ve Wren, (2017); Yoon vd., (2019); Ayanian vd., (2000); Newacheck vd., (2000); Diamant vd., (2004); Yoon vd., (2019); DeRigne vd., (2009); Lee vd., (2020) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Sosyal güvencesi olmayan kişiler sağlık problemi yaşadıklarında sağlık hizmetlerine erişim ve finansal güçlükten dolayı daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçları yaşayabilir.

Genel sağlık durumunu orta, kötü ve çok kötü olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Kjekken vd., (2006); Allin ve Masseria, (2009); Connolly ve Wren, (2017); Yoon vd., (2019) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Algılanan sağlık ile ilişkili olan genel sağlık durumu kişilerin sağlık düzeylerini ifade etmelerinde önemli bir etkidir. Kişilerin içinde buldukları kültürel, çevresel, sosyal ve ekonomik ortam doğrudan sağlık durumlarını etkilemekte ve genel sağlık durumunu kötü olarak niteleyenlerde birçok faktöre bağlı olarak karşılanmayan sağlık ihtiyaçları artabilmektedir.

Bedensel ağrı durumunu orta, fazla ve çok fazla olarak niteleyen grupta yer alan kişilerde diğer kişilere göre daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Yoon vd., (2019) çalışmasının sonucunu desteklemektedir. Bedensel ağrı durumunu fazla olarak niteleyen kişilerde ağrının fiziksel, psikolojik ve davranışsal etkileri göz önüne alındığında bu kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçları bulunma olasılığı artabilmektedir.

Depresyonda olan kişilerde daha fazla karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının bulunduğu sonucu Pappa vd., (2013); Yoon vd., (2019) çalışmalarının sonuçlarını desteklemektedir. Depresyonun kişilerin sağlık durumunu olumsuz etkilemesi ve çeşitli sağlık problemlerinin oluşmasında etkili olması, bu kişilerde karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının ortaya çıkma ihtimalinin fazla olmasına neden olduğu söylenebilir.

4. SONUÇ VE ÖNERİLER

4.1. Sonuçlar

Birçok dünya ülkesinde toplumun her kesiminin sağlık hizmetlerinden eşit düzeyde faydalanmasını sağlamak, devletin yükümlülükleri ve bireylerin hakkı olarak kabul edilmektedir. Bu hakkın eşitlik çerçevesinde ve bireylerin ihtiyaçları doğrultusunda karşılanması gerekmektedir. Ancak, küresel ölçekte her toplum sağlık hizmetlerinden eşit düzeyde yararlanamamakta ve bireylerin sağlık ihtiyaçları karşılanamamaktadır. Karşılanmayan sağlık ihtiyaçları da ciddi bir sağlık hizmeti sorununa neden olmakta ve bireyler arasında sağlık eşitsizliklerini meydana getirmektedir. Çalışmanın sonuçları incelendiğinde; yaş, gelir, sağlık güvencesine sahip olmak, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, genel sağlık durumu, bedensel ağrı durumu ve depresyon gibi faktörlerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarına en çok etki eden faktörler olduğu görülmektedir. Karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu sağlıkta eşitsizliklerden de en çok dezavantajlı gruplar olarak nitelendirilen kadınlar, işsizler, eğitim ve gelir düzeyi düşük olanlar, sağlık güvencesi olmayanlar etkilenmektedir.

4.2. Öneriler

Genel olarak çalışmanın bütün bulguları doğrultusunda karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizliklerin önlenmesine yönelik geliştirilen öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Hangi faktörlerin (stres, toplumsal baskı, şiddet vb.) kişiler üzerinde depresyona neden olduğu tespit edilmelidir.

- Bedensel ağrı durumunu fazla olarak niteleyen kişilerin ağrılarının nedenleri araştırılmalı ve ağrının fiziksel, psikolojik ve davranışsal etkileri göz önüne alınarak çözüm yolları aranmalıdır.
- Sosyal ve ekonomik açıdan savunmasız grupların karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının azaltılması için halk sağlığı yaklaşımları geliştirilmelidir.
- Ekonomik yaklaşımların geliştirilmesiyle ödeme gücüne bağlı karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler önlenmelidir.
- Toplumun eğitim ve gelir düzeyi yükseltilmelidir.
- Bireysel özelliklerden ve sosyoekonomik koşullardan kaynaklanan eşitsizliklerin önlenmesine yönelik politikalar geliştirilmelidir.
- Kadınların işgücüne katılımları teşvik edilmeli, cinsiyet ayrımcılığı ortadan kaldırılmalıdır.
- İşsizlikle mücadeleyle yönelik politikalar geliştirilmelidir.
- Çalışma koşullarından kaynaklanan eşitsizlikler önlenmelidir.
- Toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesi ve hastalıkların önenebilmesi için gelir düzeyinde adalet sağlanmalıdır.
- Ekonomik gücü olmayan bütün bireylerin devlet güvencesi altında sağlık hizmetlerine ulaşmaları sağlanmalıdır.
- Bireylerin sağlık düzeylerinin artırılması için yaşam kalitesini yükseltecek faaliyetlere ağırlık verilmelidir.

Yapılan bu çalışma sonucu elde edilen bilgiler ışığında Türkiye ile farklı ülkelerin karşılanmayan sağlık ihtiyaçlarının neden olduğu eşitsizlikler açısından karşılaştırılmasına yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir.

5. KAYNAKÇA

Aba, G., (2014), Ülkeler Arası Sağlık Eşitsizliklerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi, Doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı, İstanbul.

Aba, G. ve Ateş, M., (2015), Sağlıkta Eşitsizlikler, 1. Baskı, İstanbul: Beta Yayıncılık.

Allin, S. and Masseria, C., (2009), "Unmet Need as an Indicator of Health Care Access", Eurohealth, 15(3): 7-9.

Ayanian, J. Z., Weissman, J. S., Schneider, E. C., Ginsburg, J. A. and Zaslavsky, A. M., (2000), "Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States", Jama, 284(16): 2061-2069.

Bahar, Z. ve Gördes Aydoğdu, N., (2011), "Sağlıkta Eşitsizlik ve Hemşirelik", Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 4(3): 131-136.

Braveman, P. A., (2003), "Monitoring Equity In Health and Health Care: A Conceptual Framework", Journal of Health, Population and Nutrition, 21(3): 181-192.

Bryant, T., Leaver, C. and Dunn, J., (2009), "Unmet Healthcare Need, Gender, and Health Inequalities in Canada", Health Policy, 91(1): 24-32.

Budak, F., (2019), “Sağlık ve Sağlık Statüsü Belirleyicileri”, içinde F. Budak (Ed.), Sağlık Statüsü Belirleyicileri, (ss. 23-40), 1. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Connolly, S. and Wren, M. A., (2017), “Unmet Healthcare Needs in Ireland: Analysis Using the EU-SILC Survey”, Health Policy, 121(4): 434-441.

Crombie, I. K., Irvine, L., Elliott, L. and Wallace, H., (2005), Closing the Health Inequalities Gap: An International Perspective, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

DeRigne, L., Porterfield, S. and Metz, S., (2009), “The Influence of Health Insurance on Parent’s Reports of Children’s Unmet Mental Health Needs”, Maternal and Child Health Journal, 13(2): 176-186.

Diamant, A. L., Hays, R. D., Morales, L. S., Ford, W., Calmes, D., Asch, S. et al., (2004), “Delays and Unmet Need for Health Care Among Adult Primary Care Patients in a Restructured Urban Public Health System”, American Journal of Public Health, 94(5): 783-789.

Doğanoğlu, F. ve Gülcü, A., (2001), “Gelir Eşitsizliği Ölçümünde Kullanılan Yöntemler”, Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2(1): 47-65.

Dunlop, S., Coyte, P. C. and McIsaac, W., (2000), “Socio-Economic Status and the Utilisation of Physicians' Services: Results from the Canadian National Population Health Survey”, Social Science and Medicine, 51(1): 123-133.

Gakidou, E. E., Murray, C.J.L. and Frenk, J., (2000), “Defining and Measuring Health Inequality: An Approach Based On The Distribution Of Health Expectancy”, Bulletin of the World Health Organization, 78(1): 42-54.

Kara, O ve Kurutkan M. N., (2018), Mikro İktisadi Açından Sağlık Hizmetleri Piyasasının Analizi, 1. Baskı, Ankara: Nobel Bilimsel Eserler.

Kara, O., Kurutkan, M. N. ve Genç, G., (2018), “Sağlık Hizmetlerine Erişim Açısından Hakkaniyet: Uygulamalı Bir Analiz”, İzmir Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Kongresi (İZCEAS) Bildiriler Kitabı. 05-08 Aralık. (ss. 2541-2557), Ankara: Detay Yayıncılık.

Kawachi, I., Subramanian, S. V. and Almeida-Filho, N., (2002), “A Glossary For Health Inequalities”, Journal of Epidemiology and Community Health, 56(9): 647-652.

Kjeken, I., Dagfinrud, H., Mowinckel, P., Uhlig, T., Kvien, T. K. and Finset, A., (2006), “Rheumatology Care: Involvement in Medical Decisions, Received Information, Satisfaction with Care, and Unmet Health Care Needs in Patients with Rheumatoid Arthritis and Ankylosing Spondylitis”, Arthritis Care and Research, 55(3): 394-401.

Kshetri, D. B. and Smith, W. C., (2011), “Self-Reported Health Problems, Health Care Utilisation and Unmet Health Care Needs of Elderly Men and Women in an Urban Municipality and a Rural Area of Bhaktapur District of Nepal”, The Aging Male, 14(2): 127-131.

- Lee, M., Park, S., Choi, M. and Lee, K. S., (2020), “Unmet Medical Needs of Patients with Benign Prostate Enlargement”, *Journal of Clinical Medicine*, 9(4): 895.
- Lee, S. Y., Kim, C. W., Kang, J. H. and Seo, N. K., (2015), “Unmet Healthcare Needs Depending on Employment Status”, *Health Policy*, 119(7): 899-906.
- Marshall, E. G., (2011), “Do Young Adults Have Unmet Healthcare Needs?”, *Journal of Adolescent Health*, 49(5): 490-497.
- Nelson, C. H. and Park, J., (2006), “The Nature and Correlates of Unmet Health Care Needs in Ontario, Canada”, *Social Science and Medicine*, 62(9): 2291-2300.
- Nelson, L. P., Getzin, A., Graham, D., Zhou, J., Wagle, E. M., McQuiston, J. et al., (2011), “Unmet Dental Needs and Barriers to Care for Children with Significant Special Health Care Needs”, *Pediatric Dentistry*, 33(1): 29-36.
- Newacheck, P. W., Hughes, D. C., Hung, Y. Y., Wong, S. and Stoddard, J. J., (2000), “The Unmet Health Needs of America's Children”, *Pediatrics*, 105(4): 989-997.
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2012), “Health at a Glance: Europe 2012”, OECD Publishing.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y. and Niakas, D., (2013), “Investigating Unmet Health Needs in Primary Health Care Services in a Representative Sample of the Greek Population”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(5): 2017-2027.
- Westin, M., Åhs, A., Persson, K. B. and Westerling, R., (2004), “A Large Proportion of Swedish Citizens Refrain from Seeking Medical Care—Lack of Confidence in the Medical Services a Plausible Explanation?”, *Health Policy*, 68(3): 333-344.
- Whitehead, M., (1992), “Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler”, TTB Yayınları, Ankara.
- Yoon, H. J. and Jang, S. I., (2017), “Unmet Healthcare Needs Status and Trend of Korea in 2015”, *Health Policy and Management*, 27(1): 80-83.
- Yoon, Y. S., Jung, B., Kim, D. and Ha, I. H., (2019), “Factors Underlying Unmet Medical Needs: A Cross-Sectional Study”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(13): 1-19.

DERLEME MAKALESİ / REVIEW ARTICLE

SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜTSEL ATALETİN İNCELENMESİNE YÖNELİK KAVRAMSAL BİR ÇALIŞMA

A CONCEPTUAL STUDY ON THE EXAMINATION OF ORGANIZATIONAL INERTIA IN HEALTH INSTITUTIONS

Bilge BALCI¹

Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN²

ÖZET

Bu çalışmada oldukça sık karşılaşılan bir durum olan; tükenmişlik, bıkkınlık, hareketsizlik ve isteksizlik halini ifade eden atalet kavramı ele alınmaktadır. Fiziken ve ruhen hareketsiz kalmaya sebebiyet veren ve aynı zamanda olumsuz bir davranış biçimi olan atalet, bireyleri eylemsizliğe sürüklerken, örgütlerin de değişime cevap veremeyen bir yapılanmaya geçmesine zemin hazırlamaktadır. Birey ve örgüt üzerindeki etkileri göz önüne alındığında ataletin araştırılması gereken bir kavram olduğu görülecektir. Bu doğrultuda; insan hayatının söz konusu olduğu sağlık alanında meydana gelen atalet davranışının nasıl ortaya çıktığı, nelere sebebiyet verdiği ve sonuçlarının neler olabileceğinin anlaşılması son derece önemlidir. Yapılan literatür taraması sonrası sağlık kurumlarında ataletle ilgili Türkçe ve İngilizce literatürde sınırlı sayıda çalışma olduğu görülmüştür. Bu noktadan hareketle bu çalışmada atalet kavramı üzerine bir literatür taraması yapılarak sağlık kurumlarında atalet konusunun literatürdeki yerinin incelenmesi, eksikliklerin saptanması amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda, ataletin olduğu sağlık kuruluşlarında değişime direnç gösterildiği ve beklenen yenilikleri gerçekleştirilmede yetersiz kaldığı, ataletin hasta güvenliğini etkilediği saptanmıştır. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde ataletin varoluş nedenlerini ortaya koyan bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sorunun asıl kaynağına ulaşmadan yalnızca sonuçları üzerinde durulmasının, problemin tam anlamıyla çözülmesini engelleyeceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Atalet, Örgütsel Atalet, Sağlık Kurumlarında Atalet

ABSTRACT

A very common situation in this study; The concept of inertia, which expresses the state of burnout, boredom, inactivity and reluctance, is discussed. Inertia, which causes physically and mentally inactivity and is also a negative behavior pattern, drives individuals to inertia and prepares the ground for a structuring of organizations that cannot respond to change. Considering its effects on the individual and the organization, it will be seen that inertia is a concept that needs to be investigated. In this direction; It is extremely important to understand how the inertia behavior that occurs in the field of health where human life is at stake, what causes it, and what its consequences may be. After the literature review, it was seen that there are a limited number of studies in Turkish and English literature on inertia in health institutions. From this point of view, this study aimed to examine the place of inertia in health institutions in the literature by making a literature review on the concept of inertia, and to determine the deficiencies. As a result of the study, it was determined that health institutions with inertia were resistant to change and were insufficient to realize the expected innovations, and inertia affected patient safety.

Keywords: Inertia, Organizational Inertia, Inertia in Healthc Institutions

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi, bilgebalci@outlook.com.

² Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ahmetalkan@sdu.edu.tr.

1. GİRİŞ

Bireysel boyutta sıkça karşılaşılan bir durum olan atalet kavramı aynı zamanda örgütlerde de kendini göstermektedir. Ataletin kişi ve kurumları negatif yönde etkilediği göz önünde bulundurulduğunda, kavramın ayrıntılı olarak incelenmesi ve anlaşılması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bu doğrultuda ataletin örgütlerdeki olumsuz durumların kaynaklarından biri olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bireyleri atalet haline sürükleyen bazen kendi kişilik özellikleri ve duygusal durumlarıyken, bazen de içinde buldukları örgütün yapısı, politikaları ve çevresel baskılar olabilmektedir. Bu içsel ve dışsal faktörler bireyleri eylemsiz, tembel ve pasif kişiler haline getirerek örgüt için verimsiz ve yarar sağlayamayan çalışanlara dönüştürebilmektedir. Bireysel boyutta ortaya çıkan atalet, zamanla örgütsel atalet dönüşerek kalıcı hale gelebilmektedir. Her örgütte görülebilen atalet, sağlık kurumlarında da kendini göstermektedir. Yeniliklere kapalı, eski bilgi ve tecrübelerinin verdiği konfor alanından çıkmak istemeyen bireylerin yer aldığı sağlık örgütlerinde ataletin görülmesi muhtemeldir. Sağlık kurumlarında görülen atalet halinin diğer örgütlere kıyasla daha ciddi hata ve olumsuzluklara sebep olacağı göz ardı edilemez bir gerçekliktir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda meydana gelen hatalar kök nedenlerine göre; işleme bağlı, ihmale bağlı ve uygulamaya bağlı olarak değerlendirilmektedir (Akalin, 2005: 142). Hasta güvenliği kapsamında değerlendirildiğinde bu tip hatalar önem arz etmektedir. Tıbbi hatalar birey açısından tedavi ve yatış sürelerinin uzamasını, sakatlık ve beklenmeyen etkileri; hastane, hasta yakınları ve devlet açısından ise maliyetlerin artmasını beraberinde getireceği için kuruma, hasta ve hasta yakınlarına aynı zamanda da sağlık sistemine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Hataların önlenmesi adına yapılması gereken en önemli uygulama hata türlerinin ve hataya sebebiyet veren faktörlerin belirlenmesidir (İntepeler vd., 2014: 15). Tıbbi hatalar içerisinde ihmale bağlı hataların da önemli bir yer oluşturduğu düşünüldüğünde hataya sebebiyet veren faktörler arasında ataletin de bulunduğu söylenebilir. Konunun anlaşılabilmesi adına öncelikle atalet kavramı üzerinde durulmuş; ardından atalet kavramı sağlık kurumları bağlamında ele alınmıştır.

2. ATALET

Arapça kökenli bir kelime olan atalet TDK'ye göre; “tembellik, işsizlik, işsiz kalma, işlemezlilik, süredurum” olarak ifade edilmiştir (www.sozluk.gov.tr). Fen bilimlerinde atalet, Newton'un birinci hareket yasası olarak, cisimlerin bulunduğu konumu koruma isteğini belirtir ve eylemsizlik ismiyle de ifade edilmektedir (Tykocinski vd., 1995: 794). Sosyal bilimlerde ise atalet; eylemsizlik, harekete geçmeme, monotonluk, üşengeçlik, durgunluk, pasiflik ve tembellik gibi anlamlara gelen, bireysel ve örgütsel düzeyde ortaya çıkabilen, aynı zamanda da hem birey hem örgüt performansını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur (Çankaya ve Demirtaş, 2010: 2). Atalet tam bir hareketsizliğin yanı sıra yavaş, seyrek ve gecikmeli yanıt veren bir davranış biçimidir (Moscarini, 2004: 2004).

Atalet halindeki bireyler genellikle yapmaları gereken şeylerin neler olduğunu, nasıl yapılacağını ve sonucunda elde edecekleri olumlu unsurları bilmelerine rağmen eyleme geçme hususunda tereddüt etmektedirler. Yapılacak işin önlenmesi veya sürekli olarak ileri bir tarihe ertelenmesi eylemsizlik durumunun daha da yerleşmesine neden olmaktadır. Bir sonraki tarihin varlığı, ertelenebilirlik, durumun dinamik doğası ve psikolojik ruh halinde meydana gelen değişiklikler eylemden kaçınmaya devam etme eğilimini ortaya çıkarmaktadır (Tykocinski vd., 1995: 794). Atalet, kişilerde yaratıcı düşünme ve yenilikçi davranış ortaya

koyma hususunda eksikliğe neden olmaktadır. Bilgiyi etkili ve verimli bir şekilde öğrenme ve uygulama noktasında da olumsuz etkiye sahiptir (Fang vd., 2011: 1865). Atalet hali bireyleri olumsuz tutum ve davranışlara iterken örgütleri de verimsiz, etkisiz ve diğer örgütler ile rekabet edemeyecek bir seviyeye çekmektedir.

İş hayatında ve sosyal yaşamda verimsizliğe yol açan, aynı zamanda verimsizliği arttıran önemli bir faktör olarak görülen atalet, istenilen hedefe ulaşamama şeklinde kendini göstermektedir (Soysal, 2010: 24). Atalet stratejik bakış açısına göre, örgütlerin çevrelerine kasıtlı ve bilinçli olarak yanıt vermemesidir. Bu ataletli yapıya sahip örgütler; değişimin olmadığı, çevresel dış faktörlere cevap vermeyen ve uyum sağlayamayan bir profil çizmektedir (Wang vd., 2015: 204). Atalet, bireylere daha üstün bir alternatif sunulduğunda bile mevcut alışkanlıklarına veya eylemlerine uyma eğilimidir (Seth vd., 2020: 2-3). Örgütlerin değişime direnç gösteren bir yapıda bulunması, çevresel değişikliklere geç cevap vermesi ve karar aşamasında çekimser davranarak harekete geçmemesi atalet davranışının ortaya çıkmasına sebep olarak değişimi tamamen engellemektedir (Hannan ve Freeman, 1984: 161-163).

Değişime karşı gösterilen direnç genellikle psikolojik atalete dönüşmektedir. Değişim örgütler için ne kadar gerekli olursa olsun bazı bireyler değişim için istekli değildir. Bunun nedenleri olarak; yeni becerilerin öğrenilmesinin gerekliliği, örgütün doğası ve performans beklentisinin değişme durumu ve yeniliğin daha fazla çaba gerektiren bir hal alması sıralanabilmektedir. Bu gibi nedenlerin beraberinde getirdiği korku, öfke ve stres gibi duygular bireyleri psikolojik olarak savunmacı bir duruma getirerek ataletin oluşmasına yol açmaktadır (Godkin ve Allcorn, 2008: 6-7). Sekman'a (2007: 12-14) göre atalet; insanın bedenini kaplayarak onu ağırlaştıran fiziksel atalet ve insanın ruhunu kaplayarak onu eylemsizleştiren psikolojik atalet olarak iki şekilde ele alınabilir. Fiziksel atalet, kişilerin fiziki ve maddi durumlarında ortaya çıkan eylemsizlik hallerini ifade etmektedir. Fiziksel atalet bireylerde isteksizlik, yavaşlık ve uyuşukluğa neden olarak; tembellik, erteleme, bahane bulma ve hareketsizlik gibi davranışlara yol açmaktadır. Fiziksel atalet, psikolojik ataletten sebep olurken aynı zamanda psikolojik atalet de fiziksel ataleti beslemektedir. Atalet böylece kalıcılık kazanarak döngü haline gelmektedir. Psikolojik atalet ise, kişilerin zihinlerinde oluşturdukları durumların pratiğe dökülmesini engelleyen bir kavramdır. Bireylerin amaçlarını gerçekleştirmeleri için harekete geçmesini, yapılan planları uygulamak için de eylem gerçekleştirmesini engeller ve bu nedenle yapılması gereken işlerin sürüncemede kalmasına sebebiyet verir. Psikolojik atalet, bilincin atalet halini tanımlamaktadır ve ortaya çıktığı bedende; ağırkanlılık, depresyon ve yılgınlık gibi durumlar meydana getirir.

Atalete örgütsel düzeyde bakıldığında, bireysel olarak başlayan ve örgütün genelinde hakimiyet kuran durgunluk ve umursamazlık hali, değişimleri zamanında fark edememe, yeniliğe ve değişime direnç gösterme, mevcut durumun sürdürülmesi, alışkanlıklardan vazgeçememe, bilgi ve tecrübeleri yeniliğe uyarlayamama şeklinde örgütün gelişmesine engel olan bir durum olarak nitelendirilmektedir (Kinnear ve Roodt, 1998: 49-50)

Literatür değerlendirildiğinde atalet kavramının genellikle bireysel ve örgütsel olmak üzere iki boyutta ele alındığı görülmektedir. Bireyler örgütü oluşturan, örgütsel amaçların gerçekleşmesini sağlayan ve örgüte değer katan önemli varlıklardır. O nedenle örgütü ve örgütsel davranışları anlamamanın ve açıklamanın yolu bireyi anlamaktan geçmektedir. Bireyi anlamadan örgütü, örgütü anlamadan yönetimi anlamak mümkün olmadığı gibi; birey, örgüt ve yönetim unsurları ayrı ayrı düşünülememektedir (Özdemir ve Cemaloğlu, 2017: 1).

Örgütsel ataleti anlamlandırabilmek için bireysel ataletin doğru bir şekilde kavranması gerekmektedir. Burada bu iki boyuta (bireysel ve örgütsel atalet) değinilecektir.

2.1. Bireysel Atalet

Atalete bireysel boyutta bakıldığında; kişilerde tembelliğe, kendini yenileme ve geliştirme isteğinde azalmaya neden olan bir durum olarak görülmektedir. Yeni fikirlere açık, değişimi takip eden ve değişime uyum sağlayıp bu duruma direnmeyen kişilerde atalet duygusu az olmaktadır (Çavuş ve Pekkan, 2017: 571).

Atalet, bireylerin gerçekleştirmek istedikleri hedeflere karşı tepkisiz, hareketsiz, eylemsiz ve davranışsal olarak eksik kalmalarına neden olarak amaca ulaşma yolunda davranış geliştirmelerini engellemektedir (Zeelenberg ve Pieters, 2004: 449). Bireylerin duygu, düşünce ve kişilik özellikleri gibi içsel unsurlar; içinde bulunduğu toplumun değerleri, örf, adet, gelenek, görenekleri, eğitim, ekonomi ve sosyal gelişmişlik düzeyi gibi çevresel faktörler; yönetim şekli, yapısı, politikaları gibi örgütsel etmenler ataletin ortaya çıkmasını ve ilerlemesini etkileyen önemli öğeler olarak görülebilmektedir. Bu doğrultuda Soysal (2010: 18-20) tarafından, bireyleri atalete sürükleyen belli başlı nedenler; umursamazlık, belirsizlik ve kararsızlık, kişinin kendine has yapı ve özellikleri, erteleme, başarısız olma korkusu, yetersizlik duygusu, yabancılaşma, çevreye uyumun azalması, iş tatminsizliği ve mükemmeliyetçilik şeklinde ele alınmıştır. Soysal, bireyleri atalete sürükleyen nedenleri bu şekilde sıralarken, Liao ve diğerleri (2008: 184) bireysel atalete neden olan iki unsur olarak *bilgi ataleti* ve *deneyim ataletini* göstermektedir. Bireyler karşılaştıkları yeni sorunlara çözüm önerisi getirip planlama yaparken geçmiş deneyim ve bilgilerini rehber alarak hareket etme eğilimi göstermektedirler. Karşılaşılan her durumun sabit ve tek düze olamayacağı göz önünde bulundurulduğunda bireyin böyle bir yaklaşımının olması bilgi ve deneyim ataletinin varlığını ortaya çıkarmaktadır.

Bilgi ataleti bireylerin eski bilgileri ile hayatlarını sürdürmeleri, yeni bilgilere ihtiyaç duymadan ve öğrenmeden statükoyu koruma istekleri ile oluşmaktadır. Bilgi ataletinin varlık sürdürdüğü yerlerde değişim ve gelişimi sağlamak güç hale gelmektedir (Kinneer ve Roodt, 1998: 48-50). Buradan yola çıkarak bilginin örgüt içerisinde rutinelere gömülü halde kullanılmasının, atalet oluşumuna imkân sağlayacağı söylenebilir (Collinson ve Wilson, 2006: 1360). Sonuç olarak bilgi ataleti, yaratıcı düşünme ve yenilikçi öğrenme konusunda eksiklik oluşturarak bilginin verimli ve etkili kullanılmasının önüne geçip olumsuz sonuçlar doğurmaktadır (Cavus vd., 2014: 44).

Deneyim ataleti ise, kişilerin karşılaştıkları birçok durum ve olayı geçmişte elde ettikleri tecrübeler doğrultusunda yorumlaması durumunu ifade etmektedir. Bireyler meydana gelen sorunları daha önce deneyimledikleri yöntemler ile tekrar çözmeyi alışkanlık haline getirdiklerinde düşünmek için zamandan tasarruf etmek, değişimin getireceği risklerden kaçınmak, bilindik sonucu elde etmek gibi olumlu kazançlar elde edebilmektedir. Bununla birlikte, olayların yenilenme olmadan geçmiş deneyim ile çözümleniyor olması eylemsiz kalmaya neden olacaktır (Liao, 2002: 25). Buradan da anlaşıldığı üzere kişiler ya da örgütler karşılaştıkları durumlara çözüm önerisi getirirken sık sık kalıplaşmış eski bilgi ve deneyimlerine başvurarak bilgi gelişiminin, yeniliklerin oluşmasının önüne geçmiş ve ataletli davranış sergilemiş olmaktadır (Aqeela ve Victor, 2017: 165).

Kişileri atalete sürükleyen inanç ve düşünceler arasında değişmezlik duygusu önemli bir yer almaktadır. Buldukları organizasyonların olumsuz yanlarını tek başına değiştiremeyeceklerine olan inançları ve diğerleri sorumluluk almazken kendilerinin

sorumluluk almalarının anlamsız olduğu düşüncesi bireyleri eylemsiz bir duruma getirmektedir. Atalete neden olan diğer bir düşünce tarzı ise bireylerin kendilerine olan yetersizlik inancıdır ve bu durum beraberinde başarısızlık düşüncesini de getirmektedir. Özgüveni gelişmemiş, kendisi veya bulunduğu örgüt için bir etkisinin olamayacağı duygusuna sahip bireyler harekete geçmenin anlamsız olduğu düşüncesi ile atalete düşmektedir. (Sekman, 2007: 52-53). Bireylerin başarısızlıklarını görerek yetersiz hissetmeleri atalete yol açarken aynı zamanda başarılarını görüp yeterlilik duygusu geliştirmesi de ataleti ortaya çıkaran etmenlerdendir (Işık, 2019: 278).

2.2. Örgütsel Atalet

Sosyal bir varlık olarak insan, hayatı boyunca farklı tür ve sayıda örgütün doğal üyesi olarak yerini almıştır. Her örgütün amaç, yapı, süreç, uygulama ve örgüt iklimi birbirinden farklılık göstermektedir (Ural, 2018: 2). Günümüz örgütlerinde yoğun, hızlı ve sürekli değişim içerisinde olmak önemli bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır. Değişim, organizasyonları etkilemekte ve değişime uyum sağlamayı zorunlu kılmaktadır. Örgüt yapısının değişimine ihtiyaç duyulmadığı ve mevcut halin devam ettirilmesinin yararlı olacağı fikrine sahip bireylerin gösterdiği tutum ve davranışlar değişime direnç şeklinde yorumlanmaktadır (Özpehlivan ve Altan, 2018: 431-432). Oluşan bu değişime direnme eğilimi ise örgütsel ataleti açıklamaktadır. Değişim için gösterilen içsel ve dışsal direnç baskıları örgütsel ataleti oluşturan iki önemli etmendir. Kuruluşların çevrelerinden kaynaklanan; örgütsel stratejilerini, rutinlerini ve uygulamalarını benimseme veya korumaya yönelik oluşturulan baskılar eylemsiz kalmalarına ve harekete geçememelerine neden olmaktadır (Stainback vd., 2010: 225-227). Bireyler tarafından gösterilen içsel direnç, pasif ve aktif olmak üzere ikiye ayrılarak değerlendirilebilmektedir. Pasif direncin nedeni değişime direnme ve statüyü koruma eğiliminden; aktif direnç ise yeniliğe karşı işlevsel ve psikolojik engellerden kaynaklanmaktadır (Seth vd., 2020: 2-3).

Değişime direnme eğiliminin yanı sıra, örgütsel sessizlik davranışı da örgütsel ataletin ortaya çıkmasına neden olan diğer bir durum olarak görülmektedir. Organizasyonun yapısı haline dönüştüğü noktada bu durum örgütün gelişim göstermesinin ve iyileştirmelerin yapılmasının önüne geçerek, çevresel faktörlerin gereği olan uyum sürecini olumsuz etkiler ve değişim hızını düşürür (Uğur, 2018: 106). Bu doğrultuda bakıldığında; bireylerin çeşitli nedenlerle fikir ve görüşlerini paylaşmayı sessiz kalmasının örgüt için gerekli olan iyileştirmelerin göz ardı edilerek durağan halde kalmasına yol açacağı söylenebilir.

Örgütlerin düşünce ve politika geliştirme sürecinde atalet davranışı göstermesi önemli kayıp ve başarısızlıklara yol açarak örgütün hayatta kalmasını ve gelişmesini zorlaştırmaktadır (Liao vd., 2008: 183-184). Ataletin görüldüğü örgütlerde aynı zamanda koordinasyon eksikliği de mevcuttur ve bu nedenle meydana gelen uyumsuzluğun beraberinde getirdiği başarısızlık ancak iletişimi kolaylaştıran yönetim yapısı ile aşılabilmektedir (Smith, 2005: 617). Türkan ve Esmer (2019: 532) örgütsel ataletin önüne geçilebilmesi için örgütlerin yenilikleri takip ederek değişime adapte olmaları, eşit, adaletli, katılımcı ve etik yönetim anlayışını benimsemeleri, çalışanları mutlu ederek örgütün iç huzurunu sağlamaları, bireylere değişimler ve yenilikler hususunda bilgilendirici eğitimler vermeleri gerektiğini belirtmektedirler. Örgütsel ataleti engellemek ve aynı zamanda güçlü bir örgüt yapısı oluşturabilmek adına yöneticilerin de değişimi ve öğrenmeyi destekleyici uygulamalara yer vermelerini önermektedirler.

3. SAĞLIK KURUMLARINDA ÖRGÜTSEL ATALET

İnsanlığın varoluşundan günümüze kadar gelen süreçte en önemli kavram her zaman sağlık olmuştur. Sağlığı korumak, geliştirmek ve hastalıkları tedavi etmekle ilgili çabalarda insan emeğinin en değerli çıktısı sağlık hizmetleridir. Sağlık hizmetlerinin hata tolere edemeyen yapısı bu alanda gerçekleşen tüm aşamaların ayrıntılı ve planlı bir şekilde organize edilerek yapılmasını önemli kılmaktadır (Kurt, 2017: 13). Bu alanda verilen hizmetler, bireylere ilgili sağlık kurum ve kuruluşları tarafından sunulmaktadır. Sağlık kuruluşlarının genel olarak temel amacı, toplumun ihtiyaç duyduğu farklı sağlık hizmetlerini, hastanın istediği kalite ve zamanda mümkün olabilecek en uygun maliyetle sunmaktır (Zerenler ve Ögüt 2007: 504). Sağlık hizmeti sunan kuruluşlar; farklı nicelik ve nitelikte personel bulundurması, hizmet sürecinin birden fazla sayıda değişken içermesi, teknolojinin yoğun bir şekilde kullanılması nedeniyle karmaşık bir yapıya sahiptir. Bu yapı içerisinde doğru yönetim sistemleri kurulamazsa, geri dönüşü olmayan hayati hatalar ve güven problemleri ortaya çıkabilmektedir (Canatan vd., 2015: 87; Sargutan, 2005).

Örgütlerin rutinlerini değiştirmemesi ve değişim konusunda katı bir tutum sergilemesi yeniliklere ayak uyduramalarına yol açarak kalıplaşmış bir ataleti ortaya çıkarmaktadır. Ayrıca ataletin olduğu örgütlerde bireylerin yeteneklerinin göz ardı edilmesi ve kaybolması da muhtemeldir (Collinson ve Wilson, 2006: 1360-1367). Örgütsel ataletin başlıca nedenleri arasında sayılan değişime direnç sağlık kurumlarının sürekli gelişen ve değişen yapısı göz önünde bulundurulduğunda kurum için risk faktörü oluşturmaktadır. Wang ve diğerlerinin (2015: 211) Amerika Birleşik Devletleri'nde, ataletin sağlık kurumlarına etkisini araştırdıkları vaka çalışmasına bakıldığında; ataletin organizasyonel değişiklik üzerinde endişe verici bir etkisi olduğu göze çarpmaktadır. Çevresel değişime dirençli bir örgüt yapısına sahip sağlık kuruluşlarının, sağlık hizmetlerinde beklenen yenilik ve değişimleri gerçekleştirmede yetersiz kalacağı belirtilmektedir. Bunun yanı sıra çalışmada, örgütlerdeki eylemsizliğin altında yatan mekanizmaları anlama ve değerlendirmenin sağlık hizmet sunucuları açısından önemi vurgulanmaktadır.

Sorumluluk duygusu az gelişmiş kişilerin, sorumluluk duygusu gelişmiş kişilere kıyasla ataletli davranış sergileme eğiliminin daha yüksek olduğu bilinmektedir (Putten vd., 2013: 128). Sorumluluk düzeyi yüksek kişiler azimli, hırslı ve başarıya eğilimliken; sorumluluk düzeyi düşük olanlar plansız hareket eden, sürekli erteleyen, görev bilincinden nispeten yoksun disiplin duygusu az gelişmiş olan kişilerdir (Işık, 2019: 284). Sağlık kurumları açısından değerlendirildiğinde, sorumluluk bilinci gelişmemiş veya az gelişmiş kişilerin burada yapacağı hataların sonuçlarının hayati önem taşıyacağı unutulmamalıdır.

Sağlık hizmetleri sunumunda meydana gelen atalet halinin; tıbbi hataların ve bu doğrultuda ortaya çıkan hasta güvenliği açığının bir nedeni olduğu düşünülmektedir (Kaya vd., 2018: 41). Sağlık hizmetlerinin sunumunda ortaya çıkabilecek olumsuzlukların en aza indirilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması hususunda en büyük sorumluluk sağlık çalışanlarına düşmektedir. Sağlık çalışanlarının atalet davranışı göstermesi, hasta güvenliğinin sağlanması ve sürdürülmesi noktasında başarısızlığa yol açmaktadır. Hastaya güvenli şekilde bakım alma hakkının verilebilmesi, sağlık çalışanlarının oluşan değişim ve gelişime uyum sağlamaları ile doğru orantılıdır. Atalet halinin sağlık çalışanlarına vermiş olduğu yavaşlık, hareketsizlik ve tembellik duygularının hasta güvenliğine zarar vermesi olasıdır (Kaya ve Yağcı, 2015: 459). Canatan ve diğerlerinin (2015) hastanelerde yapılan tıbbi hataların türleri ve nedenleri üzerine yaptıkları araştırma sonucunda elde ettikleri bulgulara göre tıbbi hataya neden olan ilk 7 neden sırasıyla; yoğun iş yükü, tecrübe eksikliği, konsantrasyon eksikliği, fiziki yorgunluk, isteksiz

yapılan meslek, yetersiz mesleki bilgi ve çalışan sayısının yetersizliği olarak belirlenmiştir. Buradan hareketle sağlık kurumlarında gerçekleşen tıbbi hatalarda ataletin önemli bir payının olduğu ifade edilebilir.

Sağlık kurumlarında görülen atalet hizmet alanlar açısından değerlendirildiğinde; tıbbi hata, malpraktis, etik ihlal, kişi ve hasta hakları gibi birçok unsuru olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Atalet, hizmeti sunan sağlık çalışanları boyutu ile değerlendirildiğinde ise çalıştıkları ortam gereği maruz kaldıkları gerek psikolojik gerekse de fiziksel şiddet nedeni ile yılgın, bitkin, tükenmiş ve eylemsiz bir durum içerisine girmeleri maalesef beklenen bir durum olabilmektedir. Yapılan işin ciddi ve geri dönüşe müsait olmayan bir yapısının olması, sağlık kuruluşlarının diğer örgütlerden ayırıcı özelliği olmaktadır ve burada görev alan kişilerin üzerinde oluşan baskının boyutunu da önemli hale getirmektedir. Sağlık kurumlarının mevcut rutinleri göz önüne alındığında birden çok stres kaynağını bünyesinde barındırmaları, örgüt bireylerinin atalet davranışına eğilim göstermesine yol açabilmektedir. Nitekim Koval ve Kuppens (2012: 262) yaptıkları çalışmalarında ataletin, günlük yaşamlarında dışsal çevre kaynaklı stres unsurlarına maruz kalan bireylerde görülmesinin olası bir durum olduğunu ifade etmektedir.

Merhamet yorgunluğu, sağlık hizmeti sunan kişilerde ortaya çıkan tükenmişlik durumunu tanımlamak için kullanılan kavramsal bir ifadedir. Sağlık çalışanlarında görülen merhamet yorgunluğunun çalışma performansında ve çalışma yaşam kalitesinde düşümlere yol açtığı düşünülmektedir (Polat ve Erdem, 2017: 293). Hastaların ağrı, acı ve travmalarına uzun süre maruz kalmak, merhamet göstermek ve empati duymak merhamet yorgunluğunun yoğun yaşanmasına neden olmaktadır (Dikmen ve Aydın, 2016: 20). Merhamet yorgunluğu, sağlık çalışanlarında fiziksel, ruhsal, sosyal ve duygusal tükenmişlik haliyle karakterizedir (Şeremet ve Ekinci, 2021: 332). Merhamet yorgunluğu sağlık çalışanlarında, yorgunluk, azalmış konsantrasyon, odak problemi, bazı hastalar ile çalışmaktan kaçınma ve sık izin kullanma gibi belirtiler göstermektedir (Cingi ve Eroğlu, 2019: 61). Buradan yola çıkarak sağlık çalışanlarında görülen merhamet yorgunluğunun beraberinde getirdiği belirtilerin bireyleri ataletle yönelttiği düşünülebilir.

Tıbbi hataya neden olan faktörler arasında gösterilen iş yükü fazlalığı, yorgunluk ve gece vardiyasında çalışma, sağlık hizmetlerinde sürekliliğin sağlanması ve kalitenin sürdürülmesi adına önlenmesi gereken unsurlardır. Yeterli sayıda çalışan istihdam edilmesi ile bu durumun önlenmesi mümkündür (Özen vd., 2019: 290). Sağlık çalışanlarında atalet davranışının önüne geçmek adına çalışma şartlarının iyileştirilmesine yönelik girişimlerde bulunulması; tembelliğin, tükenmişliğin ve uyuşukluğun ortadan kalkmasına destek olacaktır. Sağlık kurumları ve yöneticilerin, sağlık çalışanlarını ataletten uzaklaştıran bir sistem kurmaları gerekmektedir. Meydana gelen hataların, kurumlarda herhangi bir çekinceye mahal vermeden bildirilebildiği ve geri bildirim de önemsendiği bir sistemin oluşturulması önem arz etmektedir (Yağcı ve Kaya, 2015: 459).

Sağlık kurumlarının toplum adına sorumluluğunun bulunması, bu organizasyonlarda meydana gelecek ataletin sonuçlarını da önemli kılmaktadır. Yapılan literatür taraması sonrası görüldüğü üzere; sağlık kurumlarında ataletle ilgili İngilizce literatürde birkaç çalışma bulunmakla birlikte Türkçe literatürde az sayıda çalışma vardır. Bunlar Kaya ve Yağcının 2015 yılında yayınladıkları “Sağlık Çalışanlarının Atalet Durumlarının Hasta Güvenliği ile İlişkisi” isimli derleme çalışma ile Kaya ve diğerlerinin 2018 yılında yayınladıkları “Hemşirelerde Atalet Davranışları ve Hasta Güvenliği” isimli Konya ilinde faaliyet gösteren iki sağlık kuruluşunda hizmet veren hemşireler ile yapılan tanımlayıcı tipteki çalışmadır.

Kaya ve diğerlerinin (2018) yaptıkları araştırmaya göre atalet davranışı ile hasta güvenliği kültürü arasında ilişki bulunarak, hasta güvenliğinin sağlanması açısından hemşirelerin atalet davranışı göstermelerinin engellenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Ataletin alt boyutlarını oluşturan bilgi ve deneyim ataletinin hemşireleri ataletle sürüklediği görülmüştür. Yapılan çalışma sonucu kişilerin deneyim ataletinin yüksek, bilgi ataletinin ise orta seviyede atalet ortam oluşturduğu görülmüştür. Bu doğrultuda hemşireler, bir sorun ile karşılaştıklarında geçmiş deneyim ve bilgiyi kullanmada daha çok ataletle düşmektedir. Buradan yola çıkarak örgütlerin, çalışanların yeniliğe uyum sağlamasını içeren, işbirliği ve yardımlaşmaya teşvik eden, bilgi paylaşımına ve örgütsel öğrenmeye önem veren bir yapı şeklini almalarının, atalet halinin ortadan kalkmasına destek sağlayacağı ifade etmişlerdir.

4. SONUÇ

Atalet hali; başlangıçta bireyleri devamında ise örgütleri eylemsizliğe sürükleyen olumsuz bir durumdur. Bireyde tembellik ve yavaşlık, örgütler de ise değişime direnç ve verimsizlik hali ile kendini göstermektedir. Örgütlerin yapı gereği değişime uyum sağlaması zorunlu bir durumken, ataletin ortaya çıkması örgütlerin yerinde saymasına neden olmaktadır. Değişime uyum sağlayamama ise örgütlerin diğer kurumlarla rekabet edemez hale gelmelerine sebep olmaktadır.

Sağlık kurumlarında görülen atalet literatürde yeterince çalışılmamış bir kavram olarak görünmektedir. Ataletin birden fazla durumu etkilemesi, sağlık hizmetlerinde olumsuzluklara sebebiyet verirken, büyük kayıplara yol açacağını da akla getirmektedir. Bunların yanı sıra ataletin, sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti alanlar açısından hem fiziksel hem ruhsal olarak negatif bir etki yapması olası bir durumdur. Atalet davranışının sonucu olarak ortaya çıkan olumsuzluklar kolaylıkla tespit edilebilirken, sorunun asıl kaynağı olan atalet halinin sağlık kurumlarında neden ve nasıl ortaya çıktığı göz ardı edilmeden bu doğrultuda ortaya konacak çalışmalar sayesinde gerekli iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir. Sağlık kurumlarında ataletin ortaya çıkma nedenleri ve buna yönelik çözüm önerisi olabileceği düşünülen noktalar şöyle sıralanabilir:

Kişinin uzun yıllar aynı birimde çalışması uzmanlaşma açısından değerlendirildiğinde olumlu bir etken olarak görülebilirken; yeniliklerin reddedilerek kalıplaşmış bilgi ve yöntemlerin kurum içerisinde yerleşmesine neden olarak gelişimin önüne geçebilmektedir. Yine uzun yıllar aynı birimde görev alınması işlemler sırasında daha kısa yolların keşfedilmesine, direkt olarak sonuca odaklı bir yaklaşımın gelişmesine neden olur ki; bu durum da süreçte gözden kaçacak ihmellere sebebiyet verebilir. Bu durumun kişilerin daha az hareket etme, daha az bilgi ve beceri kullanma isteğinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Buradan hareketle kişiler çalıştıkları birimde yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olduktan ve yerlerine geçecek kişileri yetiştirdikten sonra iş akışını zorlaştırmayacak bir planla birim değiştirmelidir/değiştirilmelidir. Bu sayede hem zihinlerini canlı tutabilecekler hem de konfor alanının dışına çıkarak yenilikleri deneyimleyebilecek bir alana sahip olmuş olacaklardır. Her birimde yeterli sayıda kıdemli sağlık çalışanı bulundurulup birimler arası rotasyon uygun şekilde düzenlenerek örgütsel ataletin azaltılmasına olumlu katkı sağlanabilir.

Sağlık kurumları yapı gereği kesintisiz hizmet sunan organizasyonlardır. Bu özelliğe personel yetersizliği faktörü de eklenince sağlık kurumlarındaki bazı meslek gruplarının uzun saatler çalışması talep edilmektedir. Bireyin fizyolojik ve psikolojik durumu göz önüne alındığında bu hususun hem hizmet sunan hem de hizmet alan bireyleri olumsuz etkileyebileceği

unutulmamalıdır. Kişinin fiziki yorgunluğu fiziksel ataletle neden olan bir etmen olarak düşünüldüğünde, üşengeçlik, yapılması gereken işlerin atlanması veya ertelenmesi durumlarının ortaya çıkması muhtemeldir. Hizmet alanlar açısından değerlendirildiğinde, sağlık hizmeti sunumunda oluşacak atalet hali, ciddi hatalara neden olabilmektedir. Bu doğrultuda devletin sağlık politikalarında gerçekleştireceği düzenlemeler ile kuruma yeterli nicelik ve nitelikte personel temin edilmesi sağlanarak çalışanların üzerindeki yükü hafifletmesi önerilebilir.

Örgütteki bireyler arasında yaşanan iletişimsizlik, koordinasyon eksikliği, çalışılan kurumu sıkıcı, monoton bir hale getirerek bireyleri isteksiz, harekete geçmeyen, pasif kişilere dönüştürebilir. Bireyler arasındaki iletişimi arttırmak adına zaman zaman etkinlikler düzenlenerek kişilerin birbirini tanıması ve vakit geçirmesi sağlanarak bu durumun önüne geçilmesi önerilebilir. Bireylerin kuruma olan bağlılığının artması, atalet durumundan kaynaklı işleri öteleme, ihmal etme ve benzeri durumlar yerine, daha istekli ve motive bir şekilde çalışmasını sağlayacaktır. Bu durum ortaya çıkabilecek hataların (ilaç hatası, ihmal hataları vb.) en aza indirilmesini sağlarken sağlık çalışanlarının da daha kaliteli bir ortamda hizmet vermesine imkân sunacaktır.

Çevresel baskıların stres kaynağı oluşturarak bireyleri ataletli hale getirdiğine önceki kısımlarda değinilmişti. Burada oluşan stres kaynaklarını bazen bir meslekte, bazen bir yönetici bazen de kuruma hizmet almak için başvuran bireyler oluşturabilmektedir. Bu konuda farkındalık oluşturmak adına kişiler farklı eğitim araçları kanalıyla bilinçlendirilebilir ve destek sağlanabilir. Ayrıca kişilerin psikolojik atalet yaşamalarını önlemek için iş düzeninde ve iş yapış usullerinde yenilikler yapılabilir.

Ataletin her alanda olumsuz sonuçlar doğurma potansiyeline sahip bir kavram olduğu kabul edilerek, sağlık kurumlarında da istenmeyen durumlara sebep olacağı göz ardı edilmemelidir. Sağlık alanında meydana gelecek atalet, kurumları telafi edilmesi zor hatta bazen de imkânsız durumlarla karşı karşıya getirebilecektir. Sağlık organizasyonlarının kendine has bir yapısı olduğu düşünülerek, sağlık kurumlarında atalet davranışlarının ayrıca ele alınması gerekmektedir.

Sağlık kurumlarında atalet incelenirken öncelikle ataletin varoluş nedenlerinin ele alınması önerilmektedir. Sağlık hizmeti sunan kişilerin neden atalet haline büründüğü, bireyin çalıştığı ortam ve koşulların mı atalet halini oluşturduğu yoksa kişilik yapısının getirdiği olumsuz özelliklerin mi ataletle sebebiyet verdiği sorusunun cevabı bundan sonra yapılacak araştırmalarla bulunmaya çalışılmalıdır. Ataletin neden meydana geldiği anlaşılmadan sonuca odaklı bir yaklaşımda bulunmak, ortaya konacak çözüm önerilerinin yetersiz kalmasına sebebiyet verecektir. Ataletle yol açan nedenler tespit edildikten sonra, buna yönelik iyileştirmelerin neler olabileceği, ataletle başa çıkma yöntemleri gibi konular üzerinde durularak ataletle engel olunması sağlanmalıdır. Ataletin yol açtığı olumsuz durumlar ise reaktif bir yaklaşım ile irdelenerek telafi edilmeye çalışılmalıdır. Ayrıca daha kapsamlı çalışmalarla sağlık kurumlarında ataletin kurumsal düzeye ulaşması halinde ortaya çıkabilecek durumlarla ilgili senaryolar üretilmesi bundan sonra bu alanda çalışma yapacak kişiler için önerilmektedir.

5. KAYNAKÇA

Akalın, E.H., (2005), “Yoğun Bakım Ünitelerinde Hasta Güvenliği”, Yoğun Bakım Dergisi, 5(3): 141-146.

Aqeela, M.S. and Victor, L. D., (2017), “Impact of knowledge inertia on organizational innovation mediating role of organizational learning”, Journal for Studies in Management and Planning, 3(2): 164-174.

Canatan, H., Erdoğan, A. ve Yılmaz, S., (2015), “Hastanelerde Yapılan Tıbbi Hataların Türleri ve Nedenleri Üzerine Bir Araştırma: İstanbul İlinde Özel Bir Hastane İle İlgili Anket Çalışması ve Konuya İlişkin Çözüm Önerileri”, Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 2(2): 82-89.

Cavus, F. M., Koc, M. and Aksoy, A., (2014), “Entrepreneurial behaviors: Are the people restricted by knowledge inertia?”, International Review of Management and Marketing, 4(1): 42-48.

Cingi, C.C. ve Eroğlu, E., (2019), “Sağlık Çalışanlarında Merhamet Yorgunluğu”, Osmangazi Tıp Dergisi, 41(1): 58-71.

Collinson, S. and Wilson, D.C., (2006), “Inertia in Japanese organizations: Knowledge management routines and failure to innovate”, Organization Studies, 27(9): 1359-1387.

Çankaya, H. İ. ve Demirtaş, Z., (2010), “Öğretmen Adaylarının Görüşlerine Göre Üniversite İklimi ve Atalet Arasındaki İlişki”, Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 28(2): 1-9.

Çavuş, F. M. ve Pekkan, N. Ü., (2017), “Bilgi Ataletinin Karar Verme Tarzına Etkisi Adana İlinde Bir Uygulama”, Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi, 16.Özel Sayı, 563-576.

Dikmen, Y. ve Aydın, Y., (2016), “Hemşirelerde Merhamet Yorgunluğu: Ne? Nasıl? Ne Yapmalı?”, Journal of Human Rhythm, 2(1): 14-21.

Fang, C., Chang, S. and Chen, G., (2011), “Organizational learning capability and organizational innovation: The moderating role of knowledge inertia” African Journal of Business Management, 5(5): 1864-1870.

Godkin, L. and Allcorn, S., (2008), “Overcoming Organizational Inertia: A Tripartite Model For Achieving Strategic Organizational Change”, The Journal of Applied Business and Economics, 8(1): 82-94.

Hannan, T. M. and Freeman J., (1984), “Structural Inertia and Organizational change”, American Sociological Review, 49(2): 149-164.

<https://sozluk.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 11.04.2020.

İşık, Ş., (2019), Psikolojiye Giriş, 2.baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

İntepeler, S.Ş., Soydemir, D. ve Güleç, D., (2014), “Hemşirelerin Tıbbi Hataya Eğilimleri ve Etkileyen Faktörler”, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 30(1): 1-18.

Kaya, Ş.D. ve Yağcı, M., (2015), “Sağlık Çalışanlarının Atalet Durumlarının Hasta Güvenliği İle İlişkisi”, International Journal of Social Sciences and Education Research, 1(2): 454-462.

Kaya, Ş.D., Yüceler, A. ve Özen, Y. M., (2018), “Hemşirelerde Atalet Davranışları ve Hasta Güvenliği”, Nobel Medicus, 14(2): 40-48.

Kinnear, C. and Roodt, G., (1998), “The development of an instrument for measuring organisational inertia”, Journal of Industrial Psychology, 24(2): 44-54.

Koval, P. and Kuppens, P., (2012), “Changing emotion dynamics: individual differences in the effect of anticipatory social stress on emotional inertia.”, Emotion, 12(2): 256–267.

Kurt, M. E., (2017), Sağlık Yönetimi Eğitimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı İçin Profesyonel Sağlık Yöneticiliğinin Gerekliliği, 1.Baskı, Bursa: Ekin Yayınevi.

Liao, S., (2002), “Problem solving and knowledge inertia”, Expert Systems With Applications, 22(1): 21–31.

Liao, S., Fei, W. and Liu, C., (2008), “Relationships between knowledge inertia, organizational learning and organization innovation”, Technovation, 28: 183-195.

Moscarini, G., (2004), “Limited Information Capacity As A Source Of İnertia”, Journal of Economic Dynamics and Control, 28(10): 2003–2035.

Özdemir, S. ve Cemaloğlu, N., (2017), Örgütsel Davranış ve Yönetimi, 2.baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Özen, N., Onay, T. ve Terzioğlu, F., (2019), “Hemşirelerin Tıbbi Hata Eğilimlerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 6(2): 283-292.

Özpehlivan, M. ve Altan, S., (2018), “Bilişim Sektöründe Dönüştürücü Liderliğin, Değişime Direnç ve Yenilikçiliğe Etkisi: İstanbul İli Örneği”, Turkish Studies Economics, Finance and Politics, 13(22): 417-436.

Polat, F.N. ve Erdem, R., (2017), “Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Çalışma Yaşam Kalitesi İle İlişkisi: Sağlık Profesyonelleri Örneği”, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1(26): 291-312.

Putten, V. M., Zeelenberg, M., Dijk, V. E. and Tykocinski, O. E., (2013), “Inaction inertia”, European Review of Social Psychology, 24(1): 123–159.

Sargutan, E.A., (2005), “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergi, 8(3): 400-428.

Sekman, M., (2007), Kişisel Ataleti Yenmek, 13.Baskı, İstanbul: Alfa Yayınevi.

Seth, H., Talwar, S., Bhatia, A., Saxena, A. and Dhir, A., (2020), “Consumer resistance and inertia of retail investors: Development of the resistance adoption inertia continuance (RAIC) framework”, Journal of Retailing and Consumer Services, 55, 1-14.

Smith, M.F., Lancioni, R.A. and Oliva, T.A., (2005), “The effects of management inertia on the supply chain performance of produce-to-stock firms”. Industrial Marketing Management, 34(6): 614-628.

Soysal, A., (2010), “Atalet: Etkin Yönetim İçin Kişisel ve Örgütsel Düzeyde Bir Analiz”, Çimento İşveren, 16-26.

Stainback, K., Tomaskovic, D. and Skaggs, S., (2010), “Organizational approaches to inequality: Inertia, relative power and environments”, *Annual Review of Sociology*, 36(1): 225-247.

Şeremet, G.G. ve Ekinci, N., (2021), “Sağlık Çalışanlarında Merhamet Yorgunluğu, Merhamet Memnuniyeti ve Merhamet Korkusu”, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(29): 330-344.

Türkan, A. ve Esmer, Y., (2019), “Örgütsel Atalet Kavramına Teorik Bir Bakış”, *Stratejik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 3(3): 525-534.

Tykocinski, O. E., Pittman, T. S. and Tuttle, E. E., (1995), “Inaction inertia: Foregoing future benefits as a result of an initial failure to act”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(5): 793–803.

Uğur, S.S., (2018), *Örgütsel Sessizlik ile Kişilik Tipolojileri Arasındaki İlişki*, 1.baskı, Ankara: Pegem Akademi Yayınları.

Ural, A. (2018), *Örgütsel Çatışmanın Yönetimi*, Ankara: Pegem Akademi Yayınevi.

Wang, V., Lee, S.Y.D. and Maciejewski, M. L., (2015), “Inertia in health care organizations”, *Health Care Management Review*, 40(3): 203–213.

Zeelenberg, M. and Pieters, R., (2004), “Beyond valence in customer dissatisfaction”, *Journal of Business Research*, 57(4): 445–455.

Zerenler, M. ve Ögüt, A., (2007), “Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Hastane Tercih Nedenleri Araştırması: Konya Örneği”, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18, 502-519.

ARAŞTIRMA MAKALESİ / RESEARCH ARTICLE

SAĞLIK YÖNETİMİ ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE ALGISINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA

A RESEARCH ON HEALTH MANAGEMENT STUDENTS' PERCEPTION OF QUALITY IN HEALTH SERVICES

Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ¹

Esin YILMAZ²

Rabia Elvan ORHAN³

ÖZET

Bu çalışma, Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin kalite ve sağlık hizmetlerinde kalite algısının değerlendirilmesini amaçlamaktadır. Araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmış ve araştırma fenomenoloji deseni ile tasarlanmıştır. Araştırma, bir dönem boyunca Sağlık Hizmetlerinde Kalite dersini alan 85 öğrenci üzerinde yürütülmüştür. Katılımcılara yarı yapılandırılmış form aracılığıyla üç soru yöneltilmiş ve 388 kavram elde edilmiştir. Araştırmanın verileri nitel içerik analizi yoluyla değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular belirli temalar altında toplanmıştır. Verilerin analizi neticesinde “Kalite kavramına ilişkin” 10 tema, “Sağlık hizmetlerinde kalite kavramına ilişkin” 9 tema ve “Sağlık kurumlarında kaliteli hizmetin özelliklerine ilişkin” ise 7 tema elde edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kalite, Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Sağlık Yönetimi

ABSTRACT

This study aims to evaluate the health management department students' perception of quality and quality in health services. Qualitative research method was used in the research and the research was designed with phenomenology pattern. The research was conducted on 85 students who took the Quality in Health Services course for one semester. Three questions were asked to the participants through a semi-structured form and 388 concepts were obtained. The data of the research were evaluated through qualitative content analysis and the findings were gathered under certain themes. As a result of the analysis of the data, 10 themes related to the concept of quality, 9 themes related to the concept of quality in health services and 7 themes related to the characteristics of quality service in health institutions were obtained.

Key Words: Quality, Quality in Health Services, Healthcare Management.

¹ Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, neclabardak@sdu.edu.tr.

² Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Yüksek Lisans Öğrencisi, elvanorhan@hotmail.com.

³ Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü, Yüksek Lisans Öğrencisi, elvanorhan@hotmail.com.

1. GİRİŞ

İnsanların sürekli daha iyiye, mükemmele ulaşma isteği ve sistemlerin eksikliği ve hatta mevcut sistemlerin sürekli bir hata vermesi kalite kavramını ortaya çıkarmıştır (Sarp, 2014: 14). Kalite tarihinin çok eski yıllara dayandığı bilinmektedir. İlk olarak M.Ö. 2000’li yıllarda Hammurabi Kanunları’nda kalitenin önemi vurgulanmıştır. Tarihin çeşitli dönemlerinde kalite ile ilgili çalışmalar bulunmaktadır. Kalitenin bir kavram olarak ortaya çıkması, üretimin artması ve teknolojik gelişmelerle 19. yüzyılda gerçekleşmiştir (Şimşek ve Çelik, 2012: 351). Kalite, kökeni Latince olan bir kelimedir ve bir şeyin nasıl olduğu anlamına gelen “qualitas” sözcüğünden türemiştir. Türkçe sözlükte kalite, bir şeyin nasıl olduğunu belirten, onu başka şeylerden ayıran özellik olan “nitelik” sözcüğü ile tanımlanmıştır (TDK, 2021). Farklı bir bakış açısıyla kalite, üstünlük ve mükemmellik olarak tanımlanmış ve bu tanım kapsamında kalite, algılanan kalite ve objektif kalite olmak üzere iki şekilde yorumlanmıştır. Algılanan kalite, tüketicinin bir ürünün genel mükemmelliği veya üstünlüğü hakkındaki kararı anlamına gelirken; objektif kalite ise ürünün gerçek teknik üstünlüğü veya mükemmelliği olarak tanımlanmıştır (Zeithalm, 1998: 2-22).

Juran, kaliteyi “amaca ve kullanıma uygunluk” olarak ifade etmiştir (Juran, 1989:15). Kalite bir hizmet ya da ürün hakkında müşterilerin bir yargısıdır, müşteri ya da kullanıcıların ürün ya da hizmetin gereksinim ve beklentileri karşılama durumudur (Deming, 2000:13). Crosby’ye göre ise kalite algıya dayalıdır ve gereksinimleri gidermeye yönelik olmalıdır. Kalite hataları göz ardı edilmemelidir. Uygulamalarda “sıfır” hata olmalıdır (Özgür vd, 2013:38). Kalitenin birçok farklı tanımı bulunmakla birlikte kalite anlayışı sektöre göre de farklılık göstermektedir. Üretim işletmelerinde kalite ürünün belirlenen standartlara uygunluğu olarak görülürken, hizmet sektöründe beklentiyi karşılama düzeyi olarak kabul edilmektedir. Bu bakış açısı yalnızca işletmeler açısından değil, işletmelerin ürünlerini satın alarak deneyimleyen ve kullanıma bağlı olarak değişiklik gösteren kalite algısı müşteriler açısından da hayli önem arz etmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1948’de yapılan tanıma göre sağlık, hastalık ya da sakatlığın olmaması değil tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal iyilik halidir. Sağlık hizmeti ise hastalıkların önlenmesi, hastalıkların teşhis tedavi ve rehabilitasyonu, birey ve toplumun sağlık düzeylerinin iyileştirilmesi, geliştirilmesi için sağlık kurumları ve sağlık çalışanları tarafından sunulan hizmetlerdir (Kavuncubaşı, 2018:38).

Sağlık hizmetlerini diğer sektörlerden farklı kılan birtakım özellikleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri stoklanamaz, ertelenemez, üretim ve tüketim aynı anda gerçekleşir. Sağlık hizmetleri kamu malı niteliği taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinde yapılan küçük bir hata bile sakatlık ölüm gibi sonuçlara sebep olabilir. Bu yüzden sıfır hata ile hizmet sunumu önemlidir. Sağlık hizmetlerinde hizmeti sunan ile hasta arasında bilgi asimetrisi vardır. Hasta satın alacağı hizmeti seçemez, dış kaynaklar talebi oluşturur. Tüketiciler sağlık hizmetleri hakkındaki sınırlı bilgiye sahiptir (Odabaşı, 2001:28-29). Sağlık hizmetlerinde sunulan hizmet %100 güvenilirliğe sahip olmalıdır (Bircan ve Baycan, 2004:173) ve bu yönüyle kalite kendine has bu özellikleri ile hizmetin sunulduğu sağlık kurumlarında büyük bir öneme sahiptir.

Sağlık hizmetlerinde; kalite sadece hasta beklentilerinin karşılanması değil aynı zamanda sunulan hizmetin uzun süreli memnuniyet yaratması olarak tanımlanabilir (Bekçi ve Toraman, 2011:41). En iyi sağlık sonuçlarına ulaşmak için, sağlık ihtiyacı olan herkese, güvenlik ve memnuniyetten ödün vermeden, gerekli donanımlara sahip tesislerde doğru zamanda, uzmanlar tarafından, eşit hizmetin sağlanması olarak da ifade edilebilir (Kayral, 2014:3).

Kalite; sağlık hizmetlerinde hasta, sağlık profesyonelleri ve tedarikçiler açısından farklı anlamlar içermektedir. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi etkili kılanın yolu paydaşların beklentilerini karşılamaktır. Hastaların, sağlık profesyonellerinin ve tedarikçilerin farklı beklentileri içerisinde denge kurulmalıdır (McGlynn, 1997:7). Bir hekim açısından kalite, hastaya doğru ve tam teşhis konulması ve fiziksel ve tıbbi açıdan fonksiyonların optimal düzeye getirilmesidir (Şahin, 1999:18). Hasta için kalite ise sağlık kurumunun temizliği, personelin ilgisi, verilen hizmetin beklentiyi karşılamasıdır. Buradan anlaşılacağı üzere kalite kavramı bu alanda çalışmaları olan araştırmacılar tarafından farklı şekillerde algılanabilmektedir. Kalite kavramının kullanımı yalnızca araştırmacılara özel olmamakla birlikte, eğitim ve öğretim alanında birçok üniversitenin müfredatında yer bulan “Sağlık Kurumlarında Kalite” konulu ders hem akademisyen hem de öğrencileri ilgilendirmektedir. Bu yönüyle mezuniyet sonrası bir sağlık kurumunda görev yapmaya aday sağlık yönetimi öğrencilerinin gerek kalite gerekse sağlık hizmetlerinde kalite kavramlarına yönelik algılarının incelenmesi bu alanın gelişime katkı sunacaktır.

2. ARAŞTIRMANIN METADOLOJİSİ

Bu çalışmanın amacı, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin kalite ve sağlık hizmetlerinde kalite konularına yönelik algılarının incelenmesidir.

Araştırmada nitel araştırma yöntemi kullanılmış ve araştırmada kullanılan olgulara uygunluğu nedeniyle fenomenoloji deseni ile tasarlanmıştır. Bu yöntem özünde bireylerin bir kavrama yönelik görüşlerinin derinlemesine incelenmesine imkân tanımaktadır. Strauss ve Corbin'e (1990) göre, nitel araştırmalar nicel çalışmalarda olduğu gibi istatistiksel analizlerle desteklenmek yerine verilerin derinlemesine incelenebileceği soruların irdelenmesini sağlayan bir araştırma yöntemidir. Yıldırım ve Şimşek'e (2016) göre nitel araştırma desenleri arasında yer alan fenomenoloji bireylerin farkında olduğu fakat derinlemesine bir şekilde ele alınmayan kavramlara odaklanmaktadır. Bu desen kapsamında ele alınan olgular bir kavram olabileceği gibi olay, algı, deneyim, yönelim ve düşünceler şeklinde de karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu desenin bireylerin tam anlamıyla yabancı olmadığı ancak tam anlamının kavranmadığı olguları detaylandırma açısından bir zemin oluşturduğu söylenebilir. Bu açıdan Sağlık Yönetimi öğrencilerinin “Sağlık Hizmetlerinde Kalite” dersini almadan önce yöneltilen “kalite” ve “sağlık hizmetlerinde kalite” kavramları dersi aldıktan sonra yani dönem dersleri tamamlandıktan sonra da yöneltilerek derinlemesine incelenme imkânı tanınmıştır. Ders öncesi ve sonrasına yönelik elde edilen kavramlar ve temalar uzman görüşüne sunulmasının ardından karşılaştırmalı olarak değerlendirilmiştir.

Araştırma, bir dönem boyunca Sağlık Hizmetlerinde Kalite dersini alan öğrenciler üzerinde yürütülmüştür. Dersi alan öğrenci sayısı 111 iken, uygulama yapılan öğrenci sayısı 85'tir. Elde edilen formlardan 9'unun geçersiz olduğu tespit edilmiş ve 76 form analiz için uygun hale getirilmiştir. Öğrencilere yöneltilen üç soru kapsamında 417 kavram elde edilmiştir. Elde edilen kavramlardan ise araştırmanın amacına uygun olmayan, dayanaksız ve alan dışı olduğu düşünülen cevaplar elenerek 388 kavram ile araştırma verilerinin son hali verilmiştir.

Araştırmada yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Araştırmanın amacına yönelik olarak öğrencilere yöneltilen araştırma soruları şu şekildedir:

1. Kalite kavramı denildiğinde aklınıza gelen kavramlar nelerdir?
2. Sağlık hizmetlerinde kalite denildiğinde aklınıza gelen kavramlar nelerdir?

3. Sizce sağlık kurumlarında kaliteli bir hizmetin özellikleri neler olabilir?

Bu araştırmanın verileri nitel içerik analizi yoluyla değerlendirilmiş ve elde edilen bulgular belirli temalar altında toplanmış ve yorumlanmıştır. Nitel içerik analizi, bir araştırmada toplanan verilerin kavramsallaştırılarak sistematik bir biçimde düzenlendiği ve ortaya çıkan kavramlara göre temaların saptandığı bir araştırma yöntemidir (Yıldırım ve Şimşek 2016). Araştırmanın temaları alanyazın ve kavramsal çerçeve göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur.

3. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

Araştırmanın verileri 2 aşamada elde edilmiştir. Katılımcılar Sağlık Kurumlarında Kalite dersini almadan önce (dönem başı) ve bu dersi aldıktan sonra (dönem sonu) aynı soru formunu cevaplamıştır. Bu sayede katılımcıların kalite ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramlarına ilişkin algıları karşılaştırmalı olarak ortaya konmuştur. Katılımcıların dersi almadan önce sağlık kurumlarında kalite ile ilgili detaylı bilgilerinin olmadığı, önceki dönemlere ait ders bilgi ve deneyimlerine dayanarak kalite ve sağlık hizmetlerinde kalite kavramları hakkında çıkarımda buldukları görülmüştür.

Verilerin analizi neticesinde “Kalite kavramına ilişkin” 10 tema, “Sağlık hizmetlerinde kalite kavramına ilişkin” 9 tema ve “Sağlık kurumlarında kaliteli hizmetin özelliklerine ilişkin” ise 7 tema elde edilmiştir. Yapılan kodlamalar neticesinde; kurum, personel, hizmet, ürün, tedavi, ihtiyaç ve beklentilerin sağlanması, fayda sağlama, memnuniyet, standartlara uygunluk, fiyat, marka değeri, mükemmeliyetçilik ve temizlik şeklindeki temalar altında toplanmıştır.

Araştırmanın birinci kısmından elde edilen verilerin (dersi almadan önce elde edilen veriler) daha yüzeysel ifadelerin yer aldığı görülmüştür. Buna kıyasla araştırmanın ikinci kısmında (dersi aldıktan sonra elde edilen veriler) daha nitelikli, kalite kapsamına daha uygun ve ayrıca yeni ve nitelikli kavramların öne çıktığı ifadelerin yer aldığı görülmektedir.

Tablo 1. Kalite Kavramına İlişkin Katılımcı Görüşlerine Ait Kod ve Temalar

Temalar	Ders öncesine İlişkin Kodlar	Ders sonrasına İlişkin Kodlar
İhtiyaç ve Beklentileri Karşılamaya Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• İhtiyaçların karşılanması (7)• Beklentilerin karşılanması (11)• Hizmetin ihtiyaçları karşılaması• İsteklerin karşılanması	<ul style="list-style-type: none">• Müşteri ihtiyacına uygunluk (2)• İsteklerin karşılanması (2)• İhtiyaçların karşılanması (17)• Beklentilerin karşılanması (20)
Fayda Sağlamaya Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• En çok fayda sağlayacakların kullanılması• Hizmet/ürün faydası ölçülmesi (2)• Hizmet/Ürün max. Fayda sağlanması• Hizmetten/Üründen alınabilecek fayda• Mal/hizmetin faydalı olması	<ul style="list-style-type: none">• Düşük maliyet ile yüksek fayda sağlanması• Hizmet/ürünün sağladığı fayda derecesi• Ürün/hizmet max. fayda sağlanması (2)

Ürüne Yönelik

- Çekici olması (2)
- Dayanıklı olması (17)
- Nitelikli olması (2)
- Kullanıma uygun olması (8)
- İyi ürün (4)
- Konforlu ürün (3)
- Pratik kullanılabilmesi
- Sorunsuz mal
- Ürünün değeri (2)
- Sağlıklı olması (2)
- Ürünün ayırt edici olması
- Ürünün çekiciliği
- Sürekli iyileştirilen ürün (2)
- Verimli/etken/etkili ürün (2)
- Ürünün kullanıma uygun olması (3)
- Amaca uygun olması
- Ürünün iyiliği (2)
- Rakiplerle kıyaslanabilir olması
- Kalıcılığının incelenmesi
- Dayanıklı olması (2)
- Optimal düzeyde ürün ortaya koyulması
- Nitelikli ürün
- Üstün ürün
- Müşteriye uygun olması (2)
- Kullanıma uygunluk (3)

Hizmete Yönelik

- Hizmetin nitelikli olması
- Hizmet kalitesinin artırılması
- İyi hizmet sunumu (4)
- Daha iyi hizmet
- Konforlu hizmet
- Kolay ulaşılabilirlik
- Uzun süreli hizmet
- Kullanılabilir hizmet
- Hizmette soyut güzellik
- Sorunsuz hizmet
- En iyi hizmet seviyesine ulaşma
- İlgili hizmet verilmesi
- Müşteri odaklı hizmet (2)
- Sürekli iyileştirilen hizmet (2)
- Hizmetin ölçülebilirliği (2)
- Verimli/etkili hizmet (5)
- Hizmetin iyiliği (2)
- Hizmetin kalıcılığı
- Hizmet karşılama gösterilen hassasiyet/özen
- İyi-kötü eleştirisi
- Memnuniyet sağlama amaçlı etkin hizmet geliştirilmesi
- Üstün hizmet (2)
- Nitelikli hizmet

Memnuniyete Yönelik

- Hizmetin/Ürünün memnun etmesi (4)
- Müşteri memnuniyetinin max olması
- Hizmetin/Ürünün memnun etmesi (4)
- Memnuniyetin sağlanması (5)
- Hizmetin/Ürünün Tatmin edici olması (4)
- İnsanların mutlu edilmesi
- Gerçekleştirilmek istenen hedeften memnun kalınması
- Özel hissettirilme
- Müşteri memnuniyetinin sağlanması (15)
- Memnuniyetin max. hale gelmesi
- Ürünün tatmin ediciliği (2)
- İnsanların mutlu edilmesi
- Hizmetin tatmin etme düzeyi
- Hizmetten memnun kalınması (2)

Standartlara Yönelik

- Standartların üzerinde üretim
- Standartların üzerinde ürün
- Standartlara uygunluk (2)

Sağlık Yönetimi

Dergisi

SDÜ Sağlık Yönetimi Dergisi, Yıl: 2021, Cilt: 3, Sayı: 1, ss.64-78.

	<ul style="list-style-type: none">• Standartların üzerinde hizmet• Ürünün standartlara göre değerlendirilmesi (2)• Mal veya hizmet standartlarının iyi olup olmaması (2)	<ul style="list-style-type: none">• Çalışma standartlarının iyi olması• Mal/hizmetin belirli standartlara ulaşabilmesi (2)• Kullanım/şartlara uygunluk (2)
Fiyata Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Ürünün fiyatının uygunluğu (3)• Yüksek fiyatlı ürünlerin kullanılma zorunluluğunun olması	<ul style="list-style-type: none">• Fiyatın uygun olması
Mükemmeliyetçiliğe Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Sorunların giderilmesi• Seçenekler arasında en iyi olabilme• En iyisini yapma durumu (3)• Hak edilen ilgi/alaka/mal/hizmetin en üst düzeyde alınması• Hizmetin beklentileri üstünlükle karşılayabilmesi (2)• Malın/hizmetin diğer mal/hizmetlerden üst düzeyde olması• Hizmetin en iyi şekilde verilmesi• Hizmetin/Ürünün en iyisi olması (2)	<ul style="list-style-type: none">• Hizmeti/ürünü mükemmelde ulaştırma• İhtiyaçların mükemmel şekilde karşılanması• Ürünün/hizmetin beklentileri en üst düzeyde karşılanması (3)• Bir faaliyetin en etkin/en iyi şekilde olması• En iyiye ulaşmak (3)• En mükemmelde ulaşma çabası• Hizmetin en iyi şekilde verilmesi• Hizmetin/Ürünün dayanıklılık ve sürdürülebilirlik konusunda en üst seviyede olması• Sorunların giderilmesi• En iyiye yaklaşma
Marka Değerine Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Ürünün marka değerinin olması• Marka değerinin belirlenmesi• Malın/hizmetin tanınır olması	<ul style="list-style-type: none">• İyi algı oluşumu• Müşteriye güven sağlanması
Kuruma Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Rakiplere göre daha iyi olma hali	<ul style="list-style-type: none">• Yeniliklerin takip edilmesi• Sürekli gelişimin sağlanması (4)• Rakiplerin belirlenmesi• En üst seviyede varlığını sürdürmesi• Rakiplere göre üstün olması• Rakiplerden farklı stratejilerle ilerleme• Güvenliğin sağlanması

Araştırmanın birinci kısmında, katılımcıların kalite ile ilgili algılarına yönelik bulgular yer almaktadır. Ders öncesi elde edilen bulgular incelendiğinde, baskın olarak “ürüne yönelik” (f=42) teması öne çıkmaktadır. “Memnuniyet” (f=21), “ihtiyaç ve beklentileri karşılama” (f=20) ve “hizmete yönelik” (f=15) temalar da sırasıyla öne çıkanlar arasında yer almaktadır. Ders sonrası elde edilen bulgular incelendiğinde ise öne çıkan temalarda “ihtiyaç ve beklentileri karşılama” (f=41) teması ilk sırada yer almaktadır. “Ürüne yönelik” (f=24), “memnuniyet” (f=22) ve “hizmete yönelik” (f=20) temalar da diğer öne çıkanlar arasında yer almaktadır. Bu durumda katılımcılar ders öncesinde kaliteyi ürün ile ilişkilendirirken, ders sonrasında ise baskın olarak ihtiyaç ve beklentilerin karşılanması yönünde ilişkilendirmiştir.

İlk kısımda oluşturulan kodlar tema gözetmeksizin incelendiğinde, katılımcıların ders öncesinde “beklentilerin karşılanması” (f=11) ve “ürünün dayanıklı olması” (f=17) yönünde yoğunlaştıkları, ders sonrasında ise “ihtiyaçların karşılanması” (f=17), “beklentilerin karşılanması” (f=20) ve “müşteri memnuniyetinin sağlanması” (f=15) yönünde yoğunlaştıkları görülmektedir.

Tablo 2. Sağlık Hizmetlerinde Kalite Kavramına İlişkin Katılımcı Görüşlerine Ait Kod ve Temalar

Temalar	Ders öncesine İlişkin Kodlar	Ders sonrasında İlişkin Kodlar
Personele Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Personelin ilgili olması (4)• Güler yüzlü personel (2)• En iyi personelle hizmet sunulması• Personelin işini mükemmel yapması• Nitelikli personel• Çalışanların hastaları önemsemesi• Uzman hekimlerle çalışılması• Personelin duyarlı olması• Bilinçli çalışanların olması• Deneyimli personel• Eğitimli personel	<ul style="list-style-type: none">• Tüm çalışanların katılımı• Personel ilişkilerinin iyi olması• Personel-hasta iyi iletişim (2)• Personelin görevini düzgün yapması (2)• Çalışanların herkesle uyum içinde olması• İyi çalışanların olması (2)• Personel ihtiyaçlarının giderilmesi• Personel performansının üst düzey olması
Tedaviye Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• En etkili yöntemin sunulması• Yanlış tedavi uygulanmaması• En uygun tedavinin sunulması (5)• Tedavinin hızlı/verimli/etkili olması• İyileşmenin sağlanması• Tedavinin başarılı olması	<ul style="list-style-type: none">• En etkili/zararsız tedavinin yapılması• Hızlı/hatasız/zamanında tedavi• Gereksiz tetkik yaptırılmaması
Memnuniyete Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Beklentilerin karşılanması (6)• Memnuniyetin sağlanması (17)• İhtiyaçların karşılanması (2)• Tekrar aynı hastaneye gitmek• Hizmetin benimsenmesi• Memnuniyetin yüksek olması	<ul style="list-style-type: none">• Beklentilerin karşılanması (12)• Memnuniyetin sağlanması (15)• İhtiyaçların (en) iyi şekilde karşılanması (5)• Memnuniyetin sağlanması için çaba gösterilmesi• Memnuniyetin artırılması (2)• Memnun edebilme düzeyi

		<ul style="list-style-type: none">• Hasta/personel isteklerinin karşılanması
Hizmete Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Doğru hizmetin sunulması (4)• Eksiksiz hizmet sunumu• Yeterli hizmet• Uygun hizmet (3)• Tatmin edici hizmet (2)• En iyi hizmet (9)• Hatasız hizmet (2)• Sınırsız hizmet• Faydalı hizmet• Eşit hizmet (3)• Konforlu hizmet• Erişimin kolay olması (2)• Kullanılabilir hizmet• Hizmet düzeyinin belirlenmesi (2)• Hizmet niteliğinin belirlenmesi• Değerli hizmet sunulması• İyi hizmet sunulması (3)• Güler yüzlü hizmet• Çözüm odaklı hizmet• Güvenli hizmet (2)• Kaliteli hizmet sunulması• Kısa sürede hizmet sunulması• Tercih edilebilir hizmet• Nitelikli hizmet• Üstün hizmet• Verimli hizmet• Saygı çerçevesinde hizmet• İnsani değerlere uygun hizmet• Güvenilir hizmet• Yeni teknolojiyle hizmet sunumu (3)	<ul style="list-style-type: none">• Düzenli/planlı hizmet• Hatasız hizmet• En iyi hizmet (5)• Güler yüzlü hizmet (5)• Hakkaniyetli hizmet• Eksiksiz hizmet• Sürekli geliştirilebilir hizmet (3)• Doğru/kullanışlı hizmet (2)• Hizmet düzeyinin belirlenmesi• Ulaşılabilir hizmet (2)• Güvenilir hizmet (4)• Yararlı hizmet• Verimli hizmet (2)• Uygun hizmet (2)• Sürekli/tam zamanlı hizmet (2)• İyi hizmet (4)• Faydalı hizmet• Etkili hizmet (2)• İyi hizmet (2)• İnsani değerlere uygun hizmet (2)• Hakkaniyetli hizmetin sağlanması• Standartlara uygun hizmet
Temizliğe Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Kurum içi temizliğin sağlanması• Temizlik standartlarına uygunluk• Kullanılan malzemelerin temizliği	<ul style="list-style-type: none">• Hastanenin hijyenik olması (2)
Standartlara Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Kalite standartlarına uygunluk• Standartların üzerinde hastane olması• Standartlara uygunluk (2)• Uluslararası ölçütlere uyum• Standartların sağlanması	<ul style="list-style-type: none">• Hastanenin kalite standartlarına göre planlanması (2)• SKS standartlarına uygun olması (5)• Uluslararası standartlara uygunluk (2)• Standartların sağlanması (4)• SKS puanlamasının yapılması• TKY ilkelerinin benimsenmesi/uygulanması (2)

Fiyatlara Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Karşılabilir fiyat	<ul style="list-style-type: none">• Düşük fiyatlı tedavi• Ucuz hizmet
Mükemmeliyetçiliğe Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Yaşam standartlarının yükseltilmesi• Hastanın iyilik halinin en üst düzeye çıkarılması (2)• Sağlığın en üst düzeye çıkarılması (2)	<ul style="list-style-type: none">• Hastanın iyilik halinin en üst düzeye çıkarılması (2)• Hizmetin mükemmel olması• Sağlık sisteminin her anlamda en iyiye yükseltilmesi• Mükemmelin yakalanması
Kuruma Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Hastanenin konforlu olması (2)• Yeterli bekleme alanının bulunması• Kurum içi ulaşımın kolay olması• Kuruma nitelik kazandırılması• Yeterli malzemenin bulunması• Teknolojik donanıma sahip olması• Rakiplerden üstünlük• İyi bir sistem kullanılması	<ul style="list-style-type: none">• Hastanenin uygun koşullarda olması• Konforun sağlanması (4)• Kurumun kendini geliştirmesi• Kurumun kendini iyileştirmesi• Yenilikçi kurum (2)• İyi bir sistem kullanılması• İyi yönetim• Teknolojik donanıma sahip olması

Araştırmanın ikinci kısmında katılımcıların sağlık hizmetlerinde kalite ile ilgili algılarına yönelik bulgular yer almaktadır. Ders öncesi elde edilen bulgular incelendiğinde, “hizmete yönelik” (f=54) tema baskın bir şekilde öne çıkmaktadır. “Memnuniyete yönelik” (f=28) ve “personle yönelik” (f=15) temaları da ders öncesinde öne çıkan diğer temalardır. Ders sonrası elde edilen bulgular incelendiğinde ise yine “hizmete yönelik” (f=46) tema baskın bir şekilde öne çıkmaktadır. “Memnuniyete yönelik” (f=37) ve “standartlara yönelik” (f=17) temalar da ders sonrasında öne çıkan temalar arasında yer almaktadır. Her iki durumda da katılımcılar, sağlık hizmetlerinde kaliteyi yoğun bir şekilde hizmet ve memnuniyet açısından ifade etmişlerdir. Katılımcılar ders öncesinde ve sonrasında en çok “hizmete yönelik” teması altında farklı kodlar içeren cevaplar vermişlerdir.

İkinci kısımda oluşturulan kodlar tema gözetmeksizin incelendiğinde, katılımcıların ders öncesinde “memnuniyetin sağlanması” (f=17) ve “en iyi hizmet” (f=9) üzerinde yoğunlaştıkları görülürken ders sonrasında ise “memnuniyet sağlanması” (f=15) ve “beklentilerin karşılanması” (f=12) üzerinde yoğunlaştıkları görülmektedir.

Tablo 3. Kaliteli Sağlık Hizmetinin Beklentisine İlişkin Katılımcı Görüşlerine Ait Kod ve Temalar

Temalar	Ders öncesine İlişkin Kodlar	Ders sonrasında İlişkin Kodlar
Hizmete Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Uygun hizmet verilmesi (4)• Zararsız hizmet• Doğru ve etkin hizmet (4)• Tatmin edici hizmet (4)• Zamanında hizmet• Güler yüzlü hizmet (7)• Sorunsuz hizmet aşamaları• Kısa zamanda maksimum hizmet	<ul style="list-style-type: none">• Hakkaniyete uygunluk (2)• Tatmin edici hizmet• Konforlu/uygulanabilir hizmet (11)• Uygun hizmet (3)• Güler yüzlü hizmet (10)• Etkili/etken/verimli/optimal hizmet (2)

	<ul style="list-style-type: none">• Konforlu hizmet (5)• Hizmet maksimum verim sağlamalı• Ulaşılabilir hizmet (2)• Hizmet sunumunun mükemmelleştirilmesi (3)• Hizmette Eşitlik (2)• Otelcilik hizmetlerinin iyiliği (2)• Çözüm odaklı hizmet• İnsan odaklı hizmet (3)• Kısa bekleme süresi olan• İyi şartlarda hizmet (2)• Uygun fiyatta hizmet• Etken/etkili/optimal/hakkaniyetli hizmet• Bekleme süreleri kısa olmalı• İhtiyaca uygun hizmet planlanmalı	<ul style="list-style-type: none">• Özenli/şeffaf/makul fiyatlı hizmet• Eşit hizmet• Ulaşılabilir hizmet (3)• Düşük maliyetli hizmet• Makul bekleme süreli (2)• Kalite standartlarına uygun hizmet• Minimum maliyet maksimum verim• Aksamayan hizmet• Hastaya değerini hissettiren hizmet• Şikayetleri dikkate alan• Etkin/etkili/erişilebilir/hakkaniyetli/sürekli/verimli/uygun hizmet• Çalışanların tam katılımıyla sunulan hizmet• Güncel tanı/yöntemler kullanılan hizmet• Kusursuz hizmet• Kesintisiz hizmet• Kısa sürede verilen hizmet• İnsani değerler odaklı hizmet• En az hatayla hizmet sunulması• Doğru hizmet planlaması• Güvenli hizmet
Memnuniyete Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Memnuniyet sağlanması (20)• Fayda maksimizasyonu• İhtiyaç/beklentilerin karşılanması (12)• Tekrar tercih edilmesi• Hastalara özen gösterilmeli• İnsanların mutlu edilmesi• Çalışan memnuniyeti sağlayan• Talebin fazla olması	<ul style="list-style-type: none">• Memnuniyet sağlanması (18)• Tekrar tercih edilmesi (2)• İhtiyaçların karşılanabilir olması (4)• İhtiyaç/istek/beklentilerin karşılanması• Beklentilerin karşılanması (13)• Kurumdan mutlu ayrılmak• Güven sağlanması
Standartlara Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Standartlara uygunluk (3)• Kalite ölçütlerine uygunluk• Hizmet denetimi• Standartların uygulanması	<ul style="list-style-type: none">• Standartlara uygunluk (12)• Kalite standartlarının sağlanması (6)• Kanun/yönetmelik kalıplarını sağlayan• Denetim ve kalibrasyonu düzenli şekilde gerçekleştiren
Tedaviye Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• İhtiyaçların karşılanabilirliği (2)• Tam iyilik hali sağlamak• Üst düzey tedavi• Gerekli/uygun tedavi uygulanmalı (2)• Gereksiz uygulamalardan kaçınmalı (2)• En iyi şekilde taburcu edilmeli	<ul style="list-style-type: none">• İhtiyaçların karşılanabilirliği (3)• Gereksiz uygulamalardan kaçınmalı (3)• Doğru teşhis koyulan• Uygun tedavi (2)• Mahremiyet• Sıfır hata

	<ul style="list-style-type: none">• Sağlığa kavuşturulan• Sağlık düzeyinin yükseltilmesi• Uygun malzeme kullanımı (3)• Hataların minimuma indirilmesi (2)• Hastaların istekleri dikkate alınan	
Temizliğe Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• Temiz olmalı (4)• Sterilizasyon	<ul style="list-style-type: none">• Hastane temiz olmalı• Hijyenik ortam• Sterilizasyon sağlanmalı
Personele Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• İlgili personel• Güler yüzlü personel (6)• Eğitimli personel (3)• Hekim hasta ilişkisi iyi (2)• İşini iyi/severek yapan çalışan (2)• Tecrübeli personel (3)• Personel arası iyi ilişkiler (3)	<ul style="list-style-type: none">• İlgili personel• Hasta/personel ilişkisi iyi olmalı (8)• Profesyonel çalışanlar (3)• Güler yüzlü personel (2)• Gerekli donanıma sahip• İşini seven personel• Hekimin tavrı• Sorumluluklarını yerine getiren personel (2)• Motivasyonu yüksek personel (2)• Sorunlara kısa sürede çözüm üreten personel• Hastaya motivasyon verilmesi• Eğitimli personel• Personelin tam katılımının sağlanması
Kuruma Yönelik	<ul style="list-style-type: none">• En üst düzeyde teknoloji (4)• Gelişmeleri takip etmeli• Güvenilir ortam• Tıbbi bakımdan yeterlilik• Rakiplere göre kendini geliştiren (2)• Ölüm oranlarının düşük olması• Kurum yapısı düzenli olmalı• Sürekli iyileştirilen (2)	<ul style="list-style-type: none">• Yenilikler takip edilmeli (11)• Nitelikli insan kaynağına sahip olmalı• Teknik bakımdan donanımlı• Kurum içi iletişim kolay olmalı• Ölüm oranı düşük olmalı• Her kesime hitap etmeli• Güvenliğin sağlanması (2)• Engelli hastaların kullanımına uygun olması (2)• Sistemin iyi kullanılması• Sürekli iyileştirilen (2)• Etkin yönetim• Kaynakların doğru kullanımı

Araştırmanın üçüncü kısmında kaliteli sağlık hizmetinin nasıl olması gerektiği yönündeki katılımcı algılarına yönelik bulgular yer almaktadır. Ders öncesi elde edilen bulgular incelendiğinde, “hizmete yönelik” (f=49) ve “memnuniyete yönelik” (f=38) temalar baskın olarak öne çıkan temalardır. Ders sonrası elde edilen bulgular incelendiğinde ise yine baskın olarak öne çıkan temalar “hizmete yönelik” (f=52) ve “memnuniyete yönelik” (f=40) temalarıdır. Ders öncesinde ve sonrasında katılımcılar sağlık kurumlarında kalitenin hizmete

ve memnuniyete yönelik olması gerektiği yönünde görüşlerini bildirmişlerdir. Fakat ders sonrasında bu yönde görüş bildiren katılımcıların sayısında ve temaların alt boyut sayısında artış olduğu gözlemlenmektedir. “Kuruma yönelik” (f=25), “personele yönelik” (f=25) ve “standartlara yönelik” (f=20) temalar da öne çıkan temalar arasında yer almaktadır.

Araştırmanın üçüncü kısmında oluşturulan kodlar tema gözetmeksizin incelendiğinde, katılımcıların ders öncesinde ve ders sonrasında “memnuniyetin sağlanması” ve “ihtiyaç ve beklentilerin karşılanması” üzerine yoğunlaştıkları görülmektedir.

4. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kalite kavramı üzerinde tarih boyunca düşünülmüş çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Günümüzde de yoğun ilgi gösterilen kavramlardan biri olmaya devam etmektedir. Kalite kavramı akademik ve ticari dergilerde, seminerlerde, eğitimlerde ele alınmakta ve kalite ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmaktadır (Reeves ve Bednar, 1994:419). Diğer tüm sektörlerde olduğu gibi hastaneler ve diğer sağlık kurumları son 30 yılda verimliliği geliştirici, maliyetleri azaltıcı, kaliteyi iyileştirici çalışmalar yürütmektedir (Andel vd. 2012:39). Söz konusu sağlık olduğunda yapılan hataların telafisi çoğu zaman mümkün olmamaktadır. Bu bakımdan, sunulan hizmetin kalitesi sağlık kurumlarında büyük bir öneme sahiptir. Sağlık kurumlarının hizmette kaliteyi yakalamaları, sürekli gelişimleri ve yeniliklere ayak uydurmaları bir zorunluluk ifade etmektedir (Bakan vd., 2014: 189). Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin mezuniyet sonrası sağlık hizmetleri yönetiminin çeşitli basamaklarında önemli rollere sahip olabilecekleri göz önünde bulundurulduğunda, öğrencilerin kalite ve sağlık hizmetlerinde algılarının geleceğe yönelik önemli bir perspektif sunacağı düşünülmektedir. Bu noktadan hareketle bu çalışma kapsamında öğrencilerin kalite, sağlık hizmetlerinde kalite ve sağlık hizmetlerinde kalitenin nasıl olması gerektiğine yönelik algıları tespit edilmeye çalışılmıştır.

Kalite literatürü incelendiğinde kalite gurularının, kalite kavramının farklı boyutlarına vurgu yaptığı görülebilecektir. Crosby kaliteyi “ihtiyaçlara uygunluk” olarak tanımlarken, Juran “kullanıma uygunluk” olarak tanımlamıştır. Deming ise kaliteyi “amaca uygunluk ve en düşük maliyetle uygun biçimde temin edilebilir ve güvenilir istikrar düzeyi” olarak tanımlamıştır (Özdemir, 2007:522). Mevcut araştırma bulgularında ise sağlık kurumlarında kalite açısından benzer tanımlamalara rastlanmıştır fakat ders öncesinde ve sonrasında bulgular arasında farklılıklar gözlemlenmiştir. Ders öncesinde kalite algısına ilişkin “beklentilerin karşılanması” ve “ürünün dayanıklı olması” ifadeleri; ders sonrasında ise kalite algısına ilişkin “ihtiyaçların karşılanması”, “beklentilerin karşılanması” ve “müşteri memnuniyetinin sağlanması” ifadeleri öne çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinde kalite algısına ilişkin ders öncesinde “memnuniyetin sağlanması” ve “en iyi hizmet” ifadeleri; ders sonrasında ise “beklentilerin karşılanması” ve “memnuniyetin sağlanması” ifadeleri dikkat çekmektedir. Katılımcılar, kaliteli sağlık hizmetinin özelliklerini ders öncesinde “memnuniyetin sağlanması”, “ihtiyaç ve beklentilerin karşılanması” olarak ifade ederken, ders sonrasında bu ifadeler ek olarak “standartlara uygunluk ve konforlu hizmet” ifadelerine de yer vermişlerdir.

Hastalar, hasta yakınları ve sağlık hizmeti çalışanları üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada (Oksay, 2016) her grubun kalite ile ilgili benzer tanımları olduğu ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmeti çalışanları kaliteyi “mükemmeliyetçilik” olarak tanımlarken hastalar ve hasta yakınları ise “iyi hizmet” olarak tanımlamıştır. Cevaplar birbirinden farklı gözükse de aslında mükemmeliyetçiliğin de iyi hizmeti kapsadığı ifade edilmiştir. Mevcut çalışmada “mükemmeliyetçilik” bir tema olarak karşımıza çıkmaktadır ve “iyi hizmet” kavramı da

hizmete yönelik tema altında öne çıkan ifadeler arasında yer almaktadır. Bir hastane örneği araştırmasında (Soysal ve Koçoğlu, 2018), müşteri odaklılık ile hizmet kalitesi arasında pozitif yönde ilişki bulunmuş ve müşteri odaklılığında gözlenen değişimin hizmet kalitesine de etki edeceği vurgulanmıştır. Benzer bir çalışmada (Thurau, 2004), hizmet sektöründe çalışanların müşteri odaklılık düzeylerinin müşteri memnuniyetinin sağlanmasında önemli bir role sahip olduğu tespit edilmiştir. Mevcut çalışmada da “müşteri odaklı hizmet” ifadesi kalite kavramı çağrışımlarında yer almaktadır. Gürsöz ve diğerlerinin (2018) sağlık hizmeti sunucuları, hasta ve hasta yakınlarının kalite algısı üzerine yaptığı çalışma sonucunda kalitenin iki temel unsuru klinik kalite ve hizmet kalitesi olarak ifade edilmiştir. Hizmet kalitesi “sağlık hizmetine kolay erişilebilmesi, hasta-çalışan iletişiminin güçlendirilmesi, sağlık tesisine ait fiziksel ortamların (odalar, yemek vb.) iyileştirilmesi, yeterli kaynak ve ekipmana sahip iyi eğitilmiş çalışanların görevlendirilmesi, sağlık çalışanlarının güvenliğinin sağlanması yolu ile hasta ve sağlık çalışanlarının deneyimlerini geliştirerek, sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşların etkili, etkin, verimli yönetimini ve yüksek performansa ulaşmasını sağlamak” şeklinde tanımlanmıştır. Mevcut çalışma bulgularında da benzer ifadeler rastlanmaktadır. Hastane iç müşterilerinin kalite değerlendirmeleri üzerine gerçekleştirilen çalışmada (Kaya ve Akbolat, 2003) doktorlar, hastane kalitesinin en kötü olduğu boyutu tıbbi donanım olarak ifade etmişlerdir. Araştırma sonucunda tıbbi donanım, kaliteyi artırmak için öncelikli ele alınacak konular arasında görülmüştür. Mevcut çalışmada ise katılımcılar kaliteli sağlık hizmeti için sağlık kurumunun “teknik bakımdan donanımlı olması” gerektiğini ifade etmiştir. Rahman ve diğerlerinin (2007) hizmet kalitesinin değerlendirilmesi üzerine yaptığı çalışmada en yüksek kalite algısının “hastane çalışanlarının bilgili olması” ve “hastane çalışanlarının kibar olması” gibi personele yönelik algılar olduğuna ulaşılmıştır. Mevcut çalışmada benzer ifadeler “personelere yönelik” tema altında yer almaktadır. Sonuç olarak literatürdeki çalışmalar mevcut çalışma ile kıyaslandığında aralarında bir paralellik olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak beklentilerin karşılanması, hastalara yönelik memnuniyet, hasta-sağlık personeli iletişimi, standartlara uygunluk ve güler yüzlü hizmet konularının sağlık hizmetlerinin kaliteli bir işleyişe sahip olmasında önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için kalite bilincine yalnızca kalite sorumlularının sahip olması ya da kalite algısının yalnızca kalite birimi çalışanları tarafından oluşturulabileceği düşüncesinin doğru olmadığı, kaliteli hizmetin oluşturulabilmesi ve sürdürülebilmesi amacıyla sağlık hizmeti kademelerinde yer alan tüm personelin gayret göstermesi gerektiği bilinmelidir. Gerek sağlık çalışanlarının gerekse sağlık kurumlarında farklı kademelerde yer alabilecek öğrencilerin kalite eğitimi almalarının önemli olduğu ve bu eğitimin temelini de lisans derslerindeki “Sağlık Kurumlarında Kalite Yönetimi” dersi ile oluşturulabileceği söylenebilir. Bu bağlamda kalite dersinin okutulması, sağlık kurumlarında kalitenin şekillendirilmesi açısından önemli görülmektedir. Keza, Arslanoğlu'nun (2018) SKS Hastane setinin kurumsal hizmetler kısmında yer alan eğitim yönetimi kapsamında belirttiği gibi, bireylerin davranışlarında, farkındalıklarında ve bilinç düzeylerinde değişiklik yapabilmek eğitimle mümkündür ve kalitenin iyileştirilmesinde ve sürdürülmesinde eğitim önemli rol oynamaktadır.

Ayrıca kalite bilincinin sağlanmasında öğrencilere yönelik olarak kalite ilkeleri benimsetilebilir, sağlık kurumlarında kalite uygulamalarına yönelik programlar düzenlenebilir, saha gözlemi yapılabilir.

5. KAYNAKÇA

Andel, C., Davidow, S.L., Hollander, M. and Moreno, D.A., (2012), “The Economics of Health Care Quality and Medical Errors”, Journal Of Health Care Finance, 39(1): 39-50.

Arslanoğlu, A., (2018), “Kalite Yönetimi”, içinde Nilay Gemlik (Ed.) Hastane Yönetiminde 4 Boyut, 33-69, 1. Basım, İstanbul: Nobel Yayınevi.

Bakan, İ., Erşahan, B., Büyükbeşe, T., Sezer B., Taş, F. ve Şirikçi, A., (2014), “Sağlıkta Hizmet Kalitesi, Öğrenen Örgüt ve İş Tatmini İlişkisi: Bir Alan Araştırması”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 4(2): 189-202.

Bekçi, İ. ve Toraman, A., (2011), “Kalite Maliyetleri ve Bir Hastanede Hesaplanması” Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 16(2): 39-57.

Bircan, H. ve Baycan, S., (2004), “Sağlık Sektöründe Verimlilik ve Kalite Sistemi: Cumhuriyet Üniversitesi Hastanesi Örneği”, Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 28(2): 173-185.

Deming W. E., (2000), Out of The Crisis, Cambridge-London: MIT Press, Erişim Adresi: <https://pdfroom.com/books/out-of-the-crisis/YpgQlymndNz> Erişim Tarihi: 11.04.2021.

Gürsöz, H., Adil, M., Öztürk, A., Tarhan, D., Aksoy, H., Gündüz, Ş., Kayral, İ., Dilmaç, E., Özbay, H., Zergeroğlu, S., Akın, M., Karadayı, B., Tekin, K., Sarı, A., Yıldız, M. ve Avcı, B., (2018), “Türkiye Klinik Kalite Programı; Sağlık Hizmet Sunucuları, Hasta ve Hasta Yakınlarının Kalite Algısı”, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, 14(2): 73-86.

Hennig-Thurau, T., (2004), “Customer Orientation of Service Employees: Its Impact on Customer Satisfaction, Commitment and Retention” International Journal of Service Industry Management, 15(5): 460-478.

Juran, J. M., (1989), Juran On Leadership For Quality an Executive Handbook, New York-London: The Free Press, Erişim Adresi: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=30uNnb6dQIC&oi=fnd&pg=PP7&dq=Juran+On+Leadership+For+Quality+an+Executive+Handbook,+New+York-London:+The+Free+Press&ots=P1n9kF2n1w&sig=1cCOBesnhU3nXuFbZJHZ3FESteA&redir_esc=y#v=onepage&q=Juran%20On%20Leadership%20For%20Quality%20an%20Executive%20Handbook%2C%20New%20York-London%3A%20The%20Free%20Press&f=false Erişim Tarihi: 08.04.2021.

Kavuncubaşı, Ş., (2018), Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi, 5. Baskı, Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kaya, S. ve Akbolat, M., (2003), “Sakarya Devlet Hastanesinin Kalitesinin İç Müşterilerinin Bakış Açısıyla Değerlendirilmesi” Sağlık İdaresi Dergisi, 6(3): 91-114.

Kayral, İ., (2014), “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Karmaşası: “Sağlık Hizmetleri Çok Boyutlu Kalite Modeli”, Verimlilik Dergisi, 1(3): 65-81.

Mcglynn, E. A., (1997), “Six Challenges in Measuring The Quality of Health Care”, Health Affairs, 16(3): 7-21.

Odabaşı, Y., (2002), “Hizmetlerin Özellikleri”, içinde N. Timur (Ed.), Sağlık Hizmetleri Pazarlaması, (ss. 28-29), 6. Baskı, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları.

Oksay, A., (2016), “Sağlık Hizmetlerinde Kalite Tam Olarak Ne Demek?”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 8(14): 181-192.

Özdemir, S. M., (2007), “Öğretim Süreçlerinde Toplam Kalite İlkelerinin Uygulanmasının Öğrencilerin Tutumlarına ve Başarılarına Etkisi”, Kastamonu Eğitim Dergisi, 15(2): 521-536.

Özgür, G., Saran, M., Vatan, F. ve Khorshid, L., (2013), Eğitim Hizmetlerinde Kalite, 1. Baskı, Konya: Eğitim Kitabevi.

Rahman, S., Erdem, R., ve Devebakan, N., (2007), “Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi: Elazığ’daki Hastaneler Üzerine Bir Çalışma”, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 9(3): 37-55.

Reeves, C. A. ve Bednar, D. A., (1994), “Defining Quality: Alternatives and Implications”, The Academy of Management Review, 19(3): 419-445.

Sarp, N., (2014), Toplam Kalite Yönetimi Uygulamaları, 1. Baskı, Lefke-KKTC: Siyasal Kitabevi.

Soysal, A. ve Koçoğlu, D., (2018), “Sağlık İşletmelerinde Müşteri Odaklı Pazarlama Anlayışı ile Hizmet Kalite Algısı Arasındaki İlişki; Bir Hastane Örneği”, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi, 21(1): 41-50.

Strauss, A., ve Corbin, J. M., (1990), Basics Of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Techniques, 4. Edition, USA: Sage Publications.

Şahin, Ü., (1999), Hastane İşletmeciliğinde Kalite, 4. Baskı, Eskişehir: Kişisel Basım.

Şimşek, M.Ş. ve Çelik, A., (2012), Yönetim ve Organizasyon, 14. Baskı, Konya: Eğitim Kitabevi.

Türk Dil Kurumu Sözlükleri, Erişim Adresi: <https://sozluk.gov.tr/> Erişim Tarihi: 18.04.2021.

World Health Organization, Erişim Adresi: <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> Erişim Tarihi: 13.04.2021.

Yıldırım, A., ve Şimşek, H., (2016), Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri, 10. Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Zeithaml, V., (1988), “Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence”, Journal of Marketing, 52(3): 2-22.