



HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 25

Sayı/Number 1

Yıl/Year 2022

Dermatoloji Biriminde Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile Kuyruk Sistemi Başvuruları, Şikâyet Sayısı ve Hastalıkların İncelenmesi

Hatice Gamze DEMİRDAĞ, Burcu TUĞRUL

Global Vaccination Inequality and The Factors That Affect This in The Context of Covid-19

Berke AKKAYA

Classification of European Union Member and Candidate Countries in Terms of Health Indicators Through Multidimensional Scaling and Cluster Analysis

Aylin ALKAYA

Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Uluslararası Projeler İçin Kamu İdarelerinde Proje Takımı Kurma

Sabanur ÇAVDAR, Hüseyin KÜÇÜKALİ, Şeyma SAMUR

Bireylerin e-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin E-Nabız Sisteminin Kullanımına Yönelik Algılarına Etkisi

Dilek USLU, Kemal İPEK

Hizmetkâr Lider Davranışlarının Güven İklimi Aracılığıyla İş Tatminine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Alan Çalışması

Derviş BOZTOSUN, Tülin FİLİK, Özgür DEMİRTAŞ

Medikal Turizm Politikası İçin Sağlık Hizmeti Sunucularının Perspektifi, İhtiyaçları ve Beklentileri: Nitel Bir İnceleme

Hüseyin KÜÇÜKALİ, Ayşe Seval PALTEKİ, Şeyda DÜNDAR EGE, Osman Erol HAYRAN

Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışlarına Etkisi

Fatma MANSUR, Refika ÜLKE ŞİMDİ

Sağlık Profesyonellerinin Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Hasta Güvenliğine Etkisi

Ayşe Gülen ERTÜMER, Elif KAYA

Kamu Sağlık Harcamalarının Özel Sektör Sağlık Harcamalarına Yönelik Dışlama ve Destekleme Etkisi: Türkiye İçin Ampirik Bir Analiz

İbrahim ÇINAR, Ceyda ERDEN ÖZSOY

Yönetici Davranışlarının Çalışan İş Doymu Üzerine Etkisi: Sağlık Çalışanları Örneği

Ali BAKIRCI, Musa ÖZATA

Covid-19 and Infodemia: A Qualitative Research

Durmuş GÖKKAYA, Dilruba İZGÜDEN, Çağdaş CAZ

Hekim Sahiplenme: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması

Kevser Hüsnâ ÖZYILDIZ, Ahmet ALKAN

Covid-19 Pandemisi, Sağlık Okuryazarlığının Artan Önemi ve Seçilmiş OECD Ülkeleri Üzerine Ekonomik Bir Değerlendirme

Nihal KALAYCI OFLAZ



HACETTEPE
SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume: 25

Sayı/Number: 1

2022

e-ISSN 2148-9041

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

Cilt: 25 Sayı: 1 Yıl: 2022

Derginin Sahibi/Publisher

Mustafa Umur TOSUN, Dekan/Dean
H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi adına
on behalf of H.U. Faculty of Economics and Administrative Sciences

Yayın Kurulu Başkanı/Editor

Gülsün ERİGÜÇ

Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı/ Associate Editor

Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü/ Editorial Manager

Gamze BAYIN DONAR

Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor

Seda AYDAN

İngilizce Dil Editörü / English Language Editor

Songül ÇINAROĞLU

Yayın Kurulu/Editorial Board

Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Çağdaş Erkan AKYÜREK	Ankara Üniversitesi
Ersen ALOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Fikriye YILMAZ	Başkent Üniversitesi
Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN	Hacettepe Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Oğuz IŞIK	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Özlem ÖZER	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Pınar YALÇIN BALÇIK	Hacettepe Üniversitesi
Seda AYDAN	Hacettepe Üniversitesi
Serap DURUKAN KÖSE	Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Songül ÇINAROĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi

Dergi Tasarım

Birol YETİM
Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI
Furkan ŞAHİNBAŞ
Gülsüm Şeyma KOCA
Nazan KARTAL
Sevilay KARAMAN
Şenol DEMİRCİ

Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi
Hacettepe Journal of Health Administration

H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi yılda dört defa yayımlanır ve hakemli bir dergidir. Dergide yayımlanmak üzere gönderilen yazılar ve diğer konularla ilgili yazışmalar aşağıdaki adrese yapılmalıdır:

Gamze BAYIN DONAR

H.Ü. İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü, 06800, Ankara/Türkiye
E-mail: saglikidaresidergisi@gmail.com

Dergiye gönderilen yazılar, yazı yayımlansın veya yayımlanmasın geri gönderilmez. Dergiye yayımlanmak üzere gönderilecek yazılar Dergi'nin son sayfasında yer alan "Yazarların Dikkate Alması Gereken Kurallar"a uygun olmalıdır.

H.U. Journal of Health Administration is a refereed journal, published four times a year. Manuscripts must conform to the requirements indicated on the last page of the Journal. Manuscripts submitted will not be returned whether they are accepted or not for publication. All correspondence should be directed to the address above.

Yayın Türü:	Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)
Yayının Yönetim Yeri:	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58
Yayın Tarihi	25.03.2022

Dergimiz, TÜBİTAK ULAKBİM Sosyal ve Beşeri Bilimler Veri Tabanı, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Türk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Türk Eğitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) ve Türkiye Atıf Dizini veri tabanlarında taranmaktadır.

The Journal is indexed in the TUBITAK ULAKBIM Social and Human Sciences Database, Index Copernicus International, Scientific Indexing Services (SIS), Open Academic Journals Index (OAJI), Turk Medline, Arastirmax Index, Arastirmax Social Sciences Index, Arastirmax Avicenna Health Sciences Index, Turk Egitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) and Turkiye Atıf Dizini databases.

Danışma Kurulu / Advisory Board

İsmail AĞIRBAŞ	Ankara Üniversitesi
Yasemin AKBULUT	Ankara Üniversitesi
Şebnem ASLAN	Selçuk Üniversitesi
Metin ATEŞ	Marmara Üniversitesi
Yusuf ÇELİK	Hacettepe Üniversitesi
Fevziye ÇETİNKAYA	Erciyes Üniversitesi
Elif DİKMETAŞ YARDAN	Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Ramazan ERDEM	Süleyman Demirel Üniversitesi
Gülsün ERİGÜÇ	Hacettepe Üniversitesi
Korkut ERSOY	Başkent Üniversitesi
Afsun Ezel ESATOĞLU	Ankara Üniversitesi
Şahin KAVUNCUBAŞI	Başkent Üniversitesi
Sıdıka KAYA	Hacettepe Üniversitesi
Mustafa KILIÇ	Hacettepe Üniversitesi
Simten MALHAN	Başkent Üniversitesi
Hacer ÖZGEN NARCI	İstinye Üniversitesi
Nermin ÖZGÜLBAŞ	Başkent Üniversitesi
Nurhan PAPATYA	Süleyman Demirel Üniversitesi
Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi
Bayram ŞAHİN	Hacettepe Üniversitesi
Menderes TARCAN	Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi
Mehmet TOP	Hacettepe Üniversitesi
Özgür UĞURLUOĞLU	Hacettepe Üniversitesi
Demet ÜNALAN	Erciyes Üniversitesi
Türkan YILDIRIM	Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU	Beykent Üniversitesi

İÇİNDEKİLER

Araştırma	
Dermatoloji Biriminde Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile Kuyruk Sistemi Başvuruları, Şikâyet Sayısı ve Hastalıkların İncelenmesi The Evaluation of Appointments with Central Physician Appointment System and Queue System, The Number of Complaints, and Diseases in Dermatology Clinic.. <i>Hatice Gamze DEMİRDAĞ, Burcu TUĞRUL</i>	1-16
Global Vaccination Inequality and The Factors That Affect This in The Context of Covid-19 Küresel Aşı Eşitsizliği Ve Covid-19 Bağlamında Bu Eşitsizliği Etkileyen Faktörler	17-28
<i>Berke AKKAYA</i>	
Classification of European Union Member and Candidate Countries in Terms of Health Indicators Through Multidimensional Scaling and Cluster Analysis Sağlık Göstergeleri Açısından Avrupa Birliğine Üye ve Aday Ülkelerin Çok Boyutlu Ölçekleme ve Kümeleme Analiziyle Sınıflanması	29-46
<i>Aylin ALKAYA</i>	
Sağlığın Geliştirilmesine Yönelik Uluslararası Projeler İçin Kamu İdarelerinde Proje Takımı Kurma Establishing Teams in Public Administrations for International Health Promotion Projects.....	47-68
<i>Sabanur ÇAVDAR, Hüseyin KÜÇÜKALİ, Şeyma SAMUR</i>	
Bireylerin e-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin E-Nabız Sisteminin Kullanımına Yönelik Algılarına Etkisi The Effect of Individuals e-Health Literacy Level on The Perceptions of The Use of the e-Nabız System	69-86
<i>Dilek USLU, Kemal İPEK</i>	
Hizmetkâr Lider Davranışlarının Güven İklimi Aracılığıyla İş Tatminine Etkisi: Sağlık Sektöründe Bir Alan Çalışması Servant Leadership Behavior Influence on Job Satisfaction Via the Role of Safety Climate: A Field Study at Health Sector	87-98
<i>Derviş BOZTOSUN, Tülin FİLİK, Özgür DEMİRTAŞ</i>	
Medikal Turizm Politikası İçin Sağlık Hizmeti Sunucularının Perspektifi, İhtiyaçları ve Beklentileri: Nitel Bir İnceleme Perspectives, Needs and Expectations of Healthcare Providers for Medical Tourism Policy: A Qualitative Study	99-126
<i>Hüseyin KÜÇÜKALİ, Ayşe Seval PALTEKİ, Şeyda DÜNDAR EGE, Osman Erol HAYRAN</i>	
Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin Sağlık Arama Davranışı ve Sağlıklı Yaşam Tarzı Davranışlarına Etkisi The Effect of Health Literacy Level on Health Search Behavior and Healthy Lifestyle Behaviors	127-138
<i>Fatma MANSUR, Refika ÜLKE ŞİMDİ</i>	
Sağlık Profesyonellerinin Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Hasta Güvenliğine Etkisi The Effect of Compassion Fatigue Level of Health Professionals on Patient Safety	139-154
<i>Ayşe Gülen ERTÜMER, Elif KAYA</i>	
Kamu Sağlık Harcamalarının Özel Sektör Sağlık Harcamalarına Yönelik Dışlama ve Destekleme Etkisi: Türkiye İçin Ampirik Bir Analiz Crowding out and Crowding in Effect of Public Health Expenditures on Private Health Expenditures: An Empirical Analysis for Turkey.....	155-174
<i>İbrahim ÇINAR, Ceyda ERDEN ÖZSOY</i>	

Yönetici Davranışlarının Çalışan İş Doyumu Üzerine Etkisi: Sağlık Çalışanları Örneği The Effect of Managerial Behaviors on Employee Satisfaction: The Case of Healthcare Employees <i>Ali BAKIRCI, Musa ÖZATA</i>	175-192
Covid-19 and Infodemia: A Qualitative Research Covid-19 ve İnfodemi: Nitel Bir Araştırma <i>Durmuş GÖKKAYA, Dilruba İZGÜDEN, Çağdaş CAZ</i>	193-208
Hekim Sahiplenme: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması Physician Ownership: A Scale Development Study <i>Kevser Hüsna ÖZYILDIZ, Ahmet ALKAN</i>	209-232
Covid-19 Pandemisi, Sağlık Okuryazarlığının Artan Önemi ve Seçilmiş OECD Ülkeleri Üzerine Ekonomik Bir Değerlendirme The Covid-19 Pandemic, The Rising Importance of Health Literacy and an Economic Assessment on Selected OECD Countries..... <i>Nihal KALAYCI OFLAZ</i>	233-254

DERMATOLOJİ BİRİMİNDE MERKEZİ HEKİM RANDEVU SİSTEMİ İLE KUYRUK SİSTEMİ BAŞVURULARI, ŞİKÂYET SAYISI VE HASTALIKLARIN İNCELENMESİ

Hatice Gamze DEMİRDAĞ*
Burcu TUĞRUL**

ÖZ

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelere başvuru MHRS (Merkezi Hekim Randevu Sistemi) ve kuyruk sistemi olmak üzere iki yol ile olmaktadır. MHRS başvurusu yıllar içerisinde giderek daha fazla kullanılmaktadır. Sağlık alanındaki gelişmeler ve değişimler hastaların beklenti ve isteklerini artırdıkça hastanelerin iş yoğunluğu da artırmaktadır. Türkiye’de gözlemlendiği kadarıyla hastalar aynı muayene kaydında birden fazla şikâyet iletebilmekte ve tek başvuruda birden fazla hastalık için çözüm bekleyebilmektedir. İş yükü açısından olumsuzluk yaratabilecek bu durumun başvuru türleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Bu çalışma, sağlık hizmeti sunumunu çoğunlukla ayaktan hasta başvurusu olarak yürüten dermatoloji polikliniğinde yapılmıştır. Çalışmanın amacı, MHRS ve kuyruk sistemi yoluyla olan başvuru türleri ve iletilen dermatolojik şikâyet sayısı açısından sosyo-demografik özelliklerin, dermatolojik şikâyet sayısı ile başvuru türü arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sık görülen dermatolojik hastalıkların başvuru türü ve şikâyet sayısı açısından dağılımlarını araştırmaktır. Hastaların yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, başvuru türleri (MHRS/kuyruk sistemi), iletilen dermatolojik şikâyetin sayısı (tek şikâyet/birden fazla şikâyet), şikâyetlere göre hastalıkların tanısı ve birden fazla şikâyetin muayenenin hangi aşamasında iletildiği kaydedilmiştir. Ayrıca hastaların kendi muayenelerinde, yakınlarını muayene ettirme istekleri de kaydedilmiştir. Çalışmaya alınan 1600 hastanın, 798’i MHRS, 802’si ise kuyruk sistemi yoluyla başvuru yapmıştır. Dermatolojik şikâyet sayısı açısından, %72’sinin (n=1152) tek, %28’inin (n=448) ise birden fazla şikâyeti mevcuttur. MHRS ile başvuran hastalarda, kuyruk sistemiyle başvuran hastalara kıyasla birden fazla şikâyet iletme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur (p<0,05). Birden fazla şikâyet ileten grubun %40,2’si (n=180) şikâyetlerini reçete yazma esnasında, %4,9’u (n=22) ise muayene işlemi bitip muayenehaneden ayrılırken bildirmiştir. Dermatolojik hastalıklar açısından akne ve pigmentasyon bozuklukları, MHRS ile başvuran hastalarda daha fazla görülmüştür (p<0,05). Yaklaşık %30 hastanın, tek başvuru içerisinde birden fazla şikâyet iletilmesi ve bu şikâyetleri muayenenin farklı aşamalarında bildirmesinin, iş yükü artışına ve hekim ile hastanın tatminsizliğine neden olabileceği düşünülmektedir. Muayene sürelerinin artırılması, MHRS randevu oluşturma sürelerinin düzenlenmesi, MHRS ve kuyruk sisteminin sınırları belirlenerek, hastanelere başvuru yöntemleri hakkında halkın bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Merkezi hekim randevu sistemi, MHRS, kuyruk sistemi, dermatolojik şikâyet, sağlık hizmeti.

MAKALE HAKKINDA

* Uzman Doktor, Serbest Hekim, Özel Dermatoloji Kliniği, Ankara, demirdaggamze@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9484-2054>

** Uzman Doktor, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Dermatoloji Bölümü, Ankara, burcutugrul@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6881-1980>

Gönderim Tarihi: 02.11.2020

Kabul Tarihi: 25.01.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Demirdağ, H. G., & Tuğrul, B. (2022). Dermatoloji Biriminde Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile Kuyruk Sistemi Başvurusu, Şikâyet Sayısı ve Hastalıkların İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 1-16

THE EVALUATION OF APPOINTMENTS WITH CENTRAL PHYSICIAN APPOINTMENT SYSTEM AND QUEUE SYSTEM, THE NUMBER OF COMPLAINTS, AND DISEASES IN DERMATOLOGY CLINIC

Hatice Gamze DEMİRDAĞ^{*}
Burcu TUĞRUL^{**}

ABSTRACT

Appointments to hospitals affiliated with the Ministry of Health in Turkey are made in two ways: CPAS (Central Physician Appointment System) and queue system. The CPAS has been used more over the years. As the developments and changes in the field of health increase the expectations of the patients, the workload of the hospitals also increases. It is observed that patients report multiple complaints in one visit and expect treatments in a single appointment process. This situation, which could create a negative effect on workload, might be related to the appointment types. This study was carried out in the dermatology outpatient clinic, which provides health services mostly as an outpatient referral. The present study aims to evaluate the socio-demographic characteristics in terms of the types of appointments, to determine the number of dermatological complaints, the relationship between the number of complaints and the appointment type, and to analyze the distribution of common dermatological diseases in terms of application type and the number of complaints. The age, gender, education, employment status, appointment type (CPAS/queue), number of dermatologic complaints (single/multiple), dermatological diagnosis, the examination stage of reported complaints and the requests of patients to have their relatives' examination during their visit were recorded. Of the 1600 patients, 798 were admitted via CPAS and 802 the queuing system. While 72% (n=1152) had single complaint, 28% (n=448) multiple complaints. The multiple complaints were significantly higher in patients admitted with CPAS ($p<0.05$). Of the patients with multiple complaints, 40.2% (n=180) stated the complaints during the prescribing, and 4.9% (n=22) while leaving the clinic after the examination was completed. Acne and pigmentation disorders were higher in patients with CPAS. It is thought that the reported multiple complaints in one visit (nearly 30% patients) and different stages of the examination may cause an increase in workload and dissatisfaction of both the physician and the patient. It is recommended to increase the examination times, make arrangements in terms of CPAS appointment, to determine the limits of the CPAS and the queue system, and raise awareness of the public about the methods of appointment systems.

Keywords: Central physician appointment system, MHRS, queue system, dermatological complaint, health care.

ARTICLE INFO

* Specialist Doctor, Private Practice, Dermatology Clinic, Ankara, demirdaggamze@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9484-2054>

** Specialist Doctor, Ankara Bilkent City Hospital, Department of Dermatology, Ankara, burcutugrul@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6881-1980>

Received: 02.11.2020

Accepted: 25.01.2022

Cite This Paper:

Demirdağ, H. G., & Tuğrul, B. (2022). Dermatoloji Biriminde Merkezi Hekim Randevu Sistemi ile Kuyruk Sistemi Başvuruları, Şikâyet Sayısı ve Hastalıkların İncelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 1-16

I. GİRİŞ

Türkiye’de sağlık hizmetleri sunumu özel ve kamu sağlık kuruluşları tarafından sağlanmaktadır. Kamu kurumlarında verilen sağlık hizmetini planlamak amacıyla randevu ve kuyruk sistemleri kullanılmaktadır. Hastaneler açısından kuyruk sistemi “ilk gelen ilk hizmeti alır” prensibine bağlı olarak ilerlemekte, hastalar hastanelerdeki ilgili hasta kayıt birimlerine başvurarak, muayene olmak istedikleri klinik için sıra almaktadır. Ancak belirli bir kapasiteden sonra kuyruk sistemi sağlık hizmeti verme konusunda yetersiz kalabilmektedir. Kapasiteyi aşan talep kaçınılmaz olarak kuyruk oluşmasını sağlamaktadır. Randevu sistemi ise, bakılacak hastaları önceden belirlenen bir dizi kurala göre planlı olarak polikliniğe kabul etme uygulamasıdır. Muayene olacak hastalar, randevu sisteminde istedikleri klinik için uygun tarih ve saate randevu almaktadır. Hastalara randevu verme stratejisinin amacı, polikliniklerde düzenli bir iş yükü ortaya çıkarmak için hastaların polikliniklere olan akışlarını zamana yaymaktır (Aksu vd., 2018; Parlak, 2018; Karahan ve Gürpınar, 2009). Etkili randevu sistemleri, kaynakların daha iyi kullanılması ve hasta bekleme sürelerinin en aza indirilmesi için talebi kapasite ile eşleştirme amacına sahiptir (Özen, 2020).

Türkiye’de sağlık sistemi uzun yıllardır bir dönüşüm sürecinden geçmektedir. Sağlık hizmetlerinde hizmet sunumu, finansmanı, kalitesi, altyapı olanakları ve sağlık teknolojileri gibi pek çok alanda reformlar uygulanmaktadır (Çınaroğlu, 2021). T.C. Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Projesi yürürlüğe konmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında 2010 yılında Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) hayata geçirilmiştir. MHRS; vatandaşların SB’ye bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezleri ve aile hekimlerine, Alo182’yi arayarak canlı operatörlerden, web üzerinden ya da MHRS mobil uygulamasından kendilerine istedikleri hastane ve hekimden randevu alabilecekleri bir sistemdir. 2016 yılı itibarıyla hastanelerin tamamı MHRS’ye dahil edilerek Türkiye genelinde yaygınlaşmıştır (SB, 2016). MHRS pilot uygulamasının 2010 Şubat-2011 Ocak tarihleri arasında değerlendirildiği, 11 ili içeren (Erzurum, Kayseri, Yalova, Eskişehir, Bilecik, Çanakkale, Edirne, Kırklareli, Tekirdağ, Burdur, Düzce) geniş kapsamlı bir çalışmada, 1 yıllık MHRS pilot uygulaması sonucunda kliniklerde düzensiz hasta trafiğinin ve hastaların hastanede geçirdiği zamanın önemli ölçüde azaldığı bulunmuştur (Tarcan vd., 2014). MHRS kullanımı yıllar içerisinde giderek artmaktadır (Bucak vd., 2018). Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü (KHGM) tarafından 2013-2018 yılları arasında oluşturulan istatistiklerde, açılan MHRS kapasitesi, randevulu doluluk ve randevulu muayene oranlarının yıllar içerisinde artış gösterdiği izlenmektedir (KHGM, 2019).

Türkiye’de klinik tıp bilimleri arasında yer alan deri ve zührevi hastalıklar (dermatoloji) çok eski yıllardan beri dünya çapında ilgi odağı olmuştur (Copeman, 1995). Hem çocuk hem erişkin yaş gruplarında deri, deri ekleri ve mukozaları tutan doğumsal ve edinsel hastalıkların ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların tanı ve tedavisiyle (tıbbi, cerrahi ve diğer fiziksel yöntemler), sistemik hastalıkların deri belirtileri, deri hastalıklarının sistemik bulguları ve ilgili alanlarda koruyucu hekimlik hizmetleri ile uğraşan, derinin sağlıklı ve güzel görünmesine katkıda bulunan bir uzmanlık dalıdır (Aslan vd., 1996; High vd., 2018; Tıpta Uzmanlık Kurulu, 2015). Tanısal ve tedavi girişim yetkinliğine de sahip olan bu dalda, sağlık hizmeti sunumu büyük oranda poliklinikler üzerinden yürütülmektedir. Türkiye’de kamu hastanelerinde yapılan bir çalışmada, en yoğun 10 klinik içerisinde yer aldığı saptanmıştır (Özen, 2020). Sağlık hizmetlerinin ilk temas noktası olan birinci basamak sağlık kurumlarında da deri hastalıkları en sık karşılaşılan hastalık grubudur (Bacanlı ve Günher Arıca, 2021). Yapılan çalışmalarda birinci basamak hekimine başvuran hastaların %21-36,5’inde, en az bir deri sorunu olduğu bulunmuştur (Fien vd., 2005; Fleischer vd., 2000; Lowell vd., 2001; Tripathi vd., 2018).

Sağlık alanındaki gelişmeler ve değişimler hastaların beklenti ve isteklerini artırmıştır. Gelişen ve değişen teknoloji, uzmanlaşma, maliyetlerin yükselmesi ve beraberinde hastaların isteklerinin de artması hastanelerin iş yoğunluğunu artırmaktadır (Kıraç, 2019). Türkiye’de sağlık sistemi hizmetinde gözlendiği kadarıyla hastalar tek başvuru sürecinde birden fazla dermatolojik şikâyet bildirebilmekte ve birden fazla hastalık için çözüm bekleyebilmektedir. İş yükü açısından olumsuzluk yaratabilecek tek başvuru sürecinde birden fazla şikâyet iletilmesinin, başvuru türleri ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Diğer ülkeler açısından bakıldığında genellikle tek bir muayene kaydında (vizit) tek

bir dermatolojik sorun ele alınmaktadır (Fien vd., 2005). Yurt dışında acil bakım birimine (urgent care medicine) başvuran hastaların birden fazla tıbbi şikâyet ilettikleri zaman, bazı hastalıklarına yeni bir muayene kaydı için yönlendirildiklerinde memnuniyetsiz olabildiği görülmüştür. Hastaların sağlık çalışanlarından, tüm şikâyetlerine aynı muayene kaydı içerisinde çözüm bulmalarını beklediği, diğer taraftan kurumun birden fazla şikâyeti/sorunu aynı kayıt içerisinde ele aldığı, hizmet başına ücrete kıyasla gelir kaybına uğrayabildiği savunulmuştur (Ayers, 2021).

Türkiye’de hastalar SB’ye bağlı hastane polikliniklerine başvururken MHRS veya kuyruk sistemi (randevusuz başvuru) ile muayene kayıtlarını yaptırmaktadır. Bu çalışmada dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların, MHRS ve kuyruk sistemiyle olan başvuru türü ile ilettikleri dermatolojik şikâyet sayısı açısından sosyo-demografik özelliklerinin ve başvuru türü ile dermatolojik şikâyet sayısı arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca tanı konulan dermatolojik hastalıklarla, başvuru türü ve şikâyet sayısı arasındaki ilişkinin de araştırılması çalışma amaçları arasında yer almaktadır.

II. YÖNTEM

Çalışma, üçüncü basamak hizmet veren bir dal hastanesinin dermatoloji polikliniğinde Haziran-Ekim 2020 tarihleri arasında yapılmıştır. İki ayrı dermatoloji polikliniğinde, iki hekim tarafından, gönüllü katılımcılardan bağımsız olarak veriler toplanmıştır. Çalışma tasarımı olarak kesitsel çalışma seçilmiştir. Hasta toplama metodu rastgele seçilme yöntemi olmuştur. Çalışmaya alınması gereken en az kişi sayısı G-Power 3.1 programı ile hesaplanmış; iki yönlü değerlendirme ile 0,2 etki gücünde, %5 alfa hata oranı ve %90 güç oranı kabulü ile her bir gruba en az 527 kişinin alınması gerektiği görülmüştür. Araştırmanın veri toplama aşamasında 1600 hastaya ulaşılmıştır. Gereken sayıya ulaştıktan sonra çalışmaya hasta eklenmesinin nedeni çalışmanın gücünü daha da artırmaktır. Çalışmanın yürütüldüğü polikliniklerde ayaktan muayene olan yaklaşık 11.705 hastanın %13,6’sı (her 7,3 hastada 1 kişi) çalışmaya dahil edilmiştir. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 23.09.2020 tarihinde, 2020-09/782 numaralı karar ile etik kurul onayı alınmıştır.

Çalışmaya alınan tüm hastaların yaş, cinsiyet, eğitim ve çalışma durumu, muayene olmak için kullanılan başvuru türü (MHRS/kuyruk sistemi), ilettikleri dermatolojik şikâyet sayısı, şikâyetlerine göre teşhis edilen hastalıkların tanısı kaydedilmiştir. Hastalardan elde edilen veriler muayene esnasında gözlemlenip, şikâyetlerinin ne olduğu ve sayıları olduğu gibi yazılmıştır.

Başvuru türü açısından hastalar, MHRS ve kuyruk sistemi olarak, dermatolojik şikâyet sayısı açısından ise, tek şikâyet ve birden fazla şikâyet ileten hasta grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Tek bir hastalık tanısı koyduran benzer şikâyetler, sayısı fazla da olsa ‘tek şikâyet’ olarak sayılırken, farklı hastalıklara tanı koyduran 1’in üzerinde şikâyetler ‘birden fazla şikâyet’ olarak gruplandırılmıştır. Şikâyetlerin iletilmesiyle başlayan dermatolojik muayene ve tedavi sürecinde, tanı konulan hastalık türleri, Dermatoloji Atlası’ndaki tanı başlıkları göz önüne alınarak kategorize edilmiştir (Baykal, 2004). Bazı nadir ve daha az teşhis edilen hastalık grupları çalışma örnekleminde çok az görüldüğünden veya hiç görülmediğinden, klinik uygulamada en sık teşhis edilen hastalık grupları çalışma içerisinde kullanılmıştır; akne vulgaris, ekzema grubu hastalıklar, inflamatuvar dermatozlar, mantar hastalıkları, viral hastalıklar, bakteriyel hastalıklar, saç ve kıl hastalıkları, tırnak hastalıkları, pruritus, kserozis kutis, pigmentasyon bozuklukları, selim fibrohistiositik tümörler, nevo-melanositik selim tümörler, fiziksel etmenlere bağlı dermatozlar, akne vulgaris dışı akneiform dermatozlar ve epidermal selim tümörler. Tüm dermatolojik tanılara ulaşmak amacıyla çalışmadan çıkarılma kriteri uygulanmamıştır.

Dermatolojik şikâyet sayıları açısından, ‘tek şikâyet’ ve ‘birden fazla şikâyet’ ileten hastaların birden fazla şikâyet ileten grubunda, şikâyetlerini muayenenin hangi aşamasında ilettiklerinin kaydı için; muayene başlangıcında sırasıyla, yapılan tanı ve tedavi edici işlem sonrasında (kriyoterapi, elektrokoter, biyopsi uygulamaları gibi), reçete yazımı esnasında ve muayene bitip muayenehanedan çıkarken olmak üzere şikâyet ileme zamanları dört bölüme ayrılmıştır. Ayrıca hastaların kendi muayeneleri esnasında yakınlarını da muayene ettirme istekleri kaydedilmiştir.

Tüm istatistiksel uygulamalar R yazılımı (R Core Team, 2020) kullanılarak yapılmıştır. İstatistiksel analiz yöntemleri uygulanmadan önce kayıp veriler, veri setinden çıkarılmıştır. Eksik verili gözlemler elendikten sonra, kategorik değişkenler olan başvuru türü, dermatolojik şikâyet sayısı ve demografik veriler arasındaki ilişkileri değerlendirmek için Ki-kare tipi bağımsızlık testleri kullanılmıştır. Çapraz tabloların beklenen değerleri açısından Ki-kare testi, Yates düzeltme testi veya Fisher kesin olasılık testi sonuçları kaydedilmiştir. Başvuru türleri ve şikâyet sayıları açısından hastalıkların oranlarının karşılaştırılması için iki örneklem oran testi kullanılmıştır. İkili karşılaştırmaların yargısını ayarlamak için Bonferroni düzeltme yaklaşımı uygulanmıştır. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

III. BULGULAR

3.1. Genel Bulgular

Çalışmaya alınan toplam 1600 hastanın %65'i (n=1040) kadın, %35'i (n=560) erkektir. Yaş aralığı 1 ay-98 yaş arası değişmekte olup medyan yaş 34'tür. Eğitim durumu açısından hastaların %23,9'u ilkökul, %15,8'i ortaokul, %29,8'i lise, %19,5 üniversite, %3,4'ü yüksek lisans mezunu olup, %7,6 hasta okur-yazar değildir. Hastaların %27'sinin çalıştığı, %73'ünün ise çalışmadığı görülmüştür. Tüm hastalar içerisinde kendi muayeneleri esnasında yakınlarını da muayene ettirmek isteyen hastaların oranı %4,8 (n=76) saptanmıştır.

3.2. Hastaneye Başvuru Türü (MHRS ve kuyruk sistemi) ve İletilen Dermatolojik Şikâyet Sayısı Açısından Sosyo-Demografik Bulgular

Hastaneye başvuru türü açısından 798 hasta MHRS yoluyla, 802 hasta ise kuyruk sistemi yoluyla başvurmuştur. MHRS yoluyla başvuran hastaların yaş ortalaması $34,9 \pm 18,4$ iken, kuyruk sistemiyle başvuran hastalarda $39,9 \pm 19,9$ bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim seviyesi arttıkça MHRS yoluyla başvurunun yükseldiği gözlenmiştir ($p < 0,05$).

İletilen dermatolojik şikâyet sayısı açısından, 1600 hastanın %72'sinin (n=1152) tek şikâyeti, %28'inin (n=448) birden fazla şikâyeti mevcuttur. Tek şikâyet ileten hastaların yaş ortalaması $37,3 \pm 19,9$ iken, birden fazla şikâyet iletenlerde $37,9 \pm 17,7$ bulunmuştur ($p > 0,05$). Okur yazar olmayan ve 18 yaş 2019

hastaların daha çok tek şikâyet ile başvurduğu gözlenmiştir ($p < 0,05$). Tek şikâyet ileten hasta grubunda, yakınına muayene ettirme isteği daha fazla bulunmuştur ($p < 0,05$).

Dermatolojik şikâyetlerin sayısal verileri açısından, 347 hastanın iki, 74 hastanın üç, 19 hastanın dört, 6 hastanın beş, 2 hastanın altı şikâyeti vardır. Birden fazla şikâyet ileten grubun %49,8'i (n=223), şikâyetlerini sırasıyla iletirken, %40,2'si (n=180) reçete yazımı sırasında, %5,1'i (n=23) uygulanan bir işlem sonrasında, %4,9'u (n=22) ise muayene tamamen bitip muayenehaneden çıkarken diğer şikâyet veya şikâyetlerini iletmiştir.

Tablo 1, hastaneye başvuru türleri (MHRS ve kuyruk sistemi) ve dermatolojik şikâyet sayısı açısından (tek şikâyet ve birden fazla şikâyet) sosyo-demografik bulgular ile istatistiksel sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 1. Hastaneye Başvuru Türleri (MHRS ve Kuyruk Sistemi) ve Dermatolojik Şikâyet Sayısı Açısından Sosyo-Demografik Bulgular ile İstatistiksel Sonuçlar

Değişken	Dermatolojik Şikâyet Sayısı			Başvuru Türü		p
	Tek şikâyet ileten hasta grubu (n=1152) n (%)	Birden fazla şikâyet ileten hasta grubu (n=448) n (%)	p	MHRS (n=798) n (%)	Kuyruk sistemi (n=802) n (%)	
Cinsiyet			0,054			0,444
Kadın	732 (70,4)	308 (29,6)		526 (50,6)	514 (49,4)	
Erkek	420 (75,0)	140 (25,0)		272 (48,6)	288 (51,4)	
Yaş			0,001			0,145
<18	172 (80,4)	42 (19,6)		115 (53,7)	99 (46,3)	
18-64	842 (69,6)	368 (30,4)		613 (50,7)	597 (49,3)	
≥65	138 (78,4)	38 (21,6)		70 (39,8)	106 (60,2)	
Eğitim Durumu			0,001			<0,001
Okur-yazar değil	105 (86,1)	17 (13,9)		45 (36,9)	77 (63,1)	
İlkokul	293 (76,7)	89 (23,3)		144 (37,7)	238 (62,3)	
Ortaokul	190 (75,1)	63 (24,9)		126 (49,8)	127 (50,2)	
Lise	336 (70,4)	141 (29,6)		258 (54,1)	219 (45,9)	
Üniversite	185 (59,3)	127 (40,7)		190 (60,9)	122 (39,1)	
Yüksek lisans/doktora	43 (79,6)	11 (20,4)		35 (64,8)	19 (35,2)	
Çalışma durumu			0,133			0,158
Evet	299 (69,2)	133 (30,8)		228 (52,8)	204 (47,2)	
Hayır	853 (73,0)	315 (27,0)		570 (48,8)	598 (51,2)	
Yakını muayene ettirme isteği			0,049			0,095
Evet	47 (61,8)	29 (38,2)		45 (59,2)	31 (40,8)	
Hayır	1105 (72,5)	419 (27,5)		753 (49,4)	771 (50,6)	

Kısaltmalar: MHRS; Merkezi hekim randevu sistemi

3.3. Başvuru Türü ve Dermatolojik Şikâyet Sayısı Açısından Karşılaştırmalı Bulgular

MHRS yoluyla başvuran hastalarda, kuyruk sistemi yoluyla başvuran hastalara kıyasla birden fazla şikâyet ileme sıklığı istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo 2).

Tablo 2. Başvuru Türü ve Dermatolojik Şikâyet Sayısı Açısından Karşılaştırmalı Bulgular

Başvuru Türü	Dermatolojik Şikâyet Sayısı	
	Tek şikâyet ileten hasta grubu (n=1152) n (%)	Birden fazla şikâyet ileten hasta grubu (n=448) n (%)
MHRS	531 (66,5)	267 (33,5)
Kuyruk Sistemi	621 (77,4)	181 (22,6)
p	<0,001	

Kısaltmalar: MHRS, merkezi hekim randevu sistemi

3.4. Dermatolojik Hastalıkların Başvuru Türü ve Şikâyet Sayısı Açısından Dağılımları ve İstatistiksel Sonuçları

Klinik uygulamada sık görülen dermatolojik hastalıkların, başvuru türü ve iletilen şikâyet sayısı açısından dağılımları ve istatistiksel karşılaştırmalı bulguları Tablo 3'te özetlenmiştir. Akne vulgaris, akne vulgaris dışı akneiform erüpsiyon ve pigmentasyon bozukluğu tanılı hastaların daha fazla MHRS yoluyla başvurduğu görülmüştür ($p<0,05$). Birden fazla şikâyet ileten grupta ise sık görülen çeşitli dermatolojik tanılar bir arada izlenmiştir.

Tablo 3. Sık Görülen Dermatolojik Hastalıkların Başvuru Türü ve Şikâyet Sayısı Açısından Dağılımları ve İstatistiksel Sonuçları

Dermatolojik Hastalık	Başvuru Türü			Dermatolojik Şikâyet Sayısı		
	MHRS n=798	Kuyruk sistemi n=802	p	Tek şikâyet ileten hasta grubu n=1152	Birden fazla şikâyet ileten hasta grubu n=448	p
	%	%		%	%	
Akne vulgaris	32,1	18,1	<0,001	24,5	26,6	0,424
Ekzema grubu hastalıklar	16,7	18,3	0,375	14,5	25,2	<0,001
İnflamatuvar dermatozlar	12,5	10,1	0,145	8,2	19,2	<0,001
Mantar hastalıkları	9,3	11,1	0,261	7,6	16,7	<0,001
Viral hastalıklar	10,0	11,1	0,538	9,7	12,7	0,096
Bakteriyel hastalıklar	2,4	3,2	0,373	2,3	4,0	0,099
Saç ve kıl hastalıkları	9,0	7,0	0,158	4,4	17,2	<0,001
Tırnak hastalıkları	3,5	4,5	0,383	1,9	9,4	<0,001
Pruritus	4,9	6,9	0,116	4,9	8,3	0,016
Kserozis kutis	4,8	4,5	0,888	1,0	14,1	<0,001
Pigmentasyon bozuklukları	4,6	2,5	0,029	1,1	9,8	<0,001
Selim fibrohistiositik tümörler	4,6	3,0	0,113	2,1	8,3	<0,001
Nevo-melanositik selim tümörler	4,4	2,9	0,136	1,9	8,0	<0,001
Fiziksel etmenlere bağlı dermatozlar	4,4	4,0	0,787	2,8	7,8	<0,001
Akne vulgaris dışı akneiform dermatozlar	3,6	1,6	0,018	1,6	5,1	<0,001
Epidermal selim tümörler	2,5	2,1	0,728	1,0	5,6	<0,001

Kısaltmalar: MHRS, merkezi hekim randevu sistemi

IV. TARTIŞMA

Bu çalışmada dermatoloji polikliniğine başvuran hastaların, MHRS ve kuyruk sistemi yoluyla olan başvuru türleri ve dermatolojik şikâyet sayısı açısından sosyo-demografik özellikleri ile başvuru türü ve şikâyet sayısı arasındaki ilişki incelenmiştir. Ayrıca tanı konulan dermatolojik hastalıkların başvuru türü ve şikâyet sayısı açısından dağılımları araştırılmıştır.

Bu çalışmada 1600 hastanın %65'inin kadın, yaş ortalamasının 34, yaklaşık %30'unun lise mezunu olduğu, %73'ünün ise çalışmadığı görülmüştür. İstanbul ilinde bir hastanede MHRS işleyişi üzerine yapılan bir çalışmada, katılımcıların %72,2'sinin kadın, yaklaşık yarısının ise ortaöğretim mezunu olduğu bulunmuştur (Kördeve vd., 2017). Giresun'da bir devlet hastanesinde ayaktan başvuran hastalara uygulanan anket çalışmasında, katılımcıların %62,8'inin kadın olup, yaş ortalamasının $26,7 \pm 8,2$ ve %64'ünün çalışmadığı bulunmuştur. Katılımcıların eğitim düzeyleri açısından, %46'sının yüksekokul veya üniversite, %26,7'sinin lise mezunu olduğu görülmüştür (Kurşun ve Kaygısız, 2018). Bu çalışmada ise lise mezuniyeti ve kadın cinsiyet ilk sırada yer almıştır. Benzer şekilde, Özen (2020) de çalışmasında kadın başvuru sayısını (%61) daha fazla saptamıştır. Hastane başvurularında bu çalışmada da gösterilen kadın/erkek oranının kadın lehine artış göstermesinin cinsiyet arası davranış farkından mı, yoksa cinsiyete özel hastalık yükünden mi kaynaklandığı ayrıca araştırılması gereken bir konu olmaktadır (Özen, 2020).

Çalışmada dermatoloji polikliniğine başvuran hastalarda kuyruk sistemi yoluyla başvuru (%50,1) ve MHRS kullanımı (%49,9) birbirlerine çok yakın oranda bulunmuştur. Literatürdeki en geniş veriyi içeren, Türkiye Cumhuriyeti SB'ye bağlı kamu hastanelerinin 2016 yılına ait ayaktan tanı ve tedavi hizmetlerinin incelendiği çalışmanın yaklaşık 50,2 milyon başvuruya ait veri analizinde, randevulu (MHRS) başvuru %30,7, randevusuz başvuru %69,3 olarak bulunmuştur (Özen, 2020). Ankara ilinde yapılan bir çalışmada, hastaların MHRS hakkındaki bilgi durumlarının genelde %80'in üzerinde olduğu, şimdiye kadar MHRS'yi kullanma durumlarının ise genel olarak %70'i geçtiği görülmüştür (Yıldızbaşı vd., 2016). Konya ilinde yapılan randevu sistemini değerlendiren bir anket çalışmasında, hastaların %73'ünün MHRS'yi, %24'ünün kuyruk sistemini kullandıkları belirtilmiştir (Kıraç, 2019). Aynı ilde yapılan başka bir çalışmada ise hastaların yarısı MHRS, %47,4'ü ise kuyruk sistemi yoluyla kayıtlarını yapmıştır (Pekgor vd., 2017). 2018 yılında yapılan bir araştırmada, katılımcıların tamamına yakını (%98) hastaneye gelmeden önce randevu alınabildiğini bilmekle birlikte, bu grubun %81,6'sının randevu aldığı, %18,4'ünün ise almadığı tespit edilmiştir. Toplam katılımcıların %82,2'sinin MHRS'yi, %17,8'inin ise hastane randevu ve kuyruk sistemlerini tercih ettiği saptanmıştır (Parlak, 2018). Afyon'da yapılan bir çalışmada, hastaların genel olarak randevu almadan hastaneye geldikleri görülmüştür (Karahana ve Gürpınar, 2009). Bir kamu hastanesinde, kadın hastalıkları ve doğum, genel cerrahi, çocuk sağlığı hastalıkları ve iç hastalıkları polikliniklerinin 1 aylık MHRS verileri sonucunda, randevuya gelme oranları yaklaşık %75 bulunmuştur. Polikliniklerde randevu alan ve doğrudan başvuran (kuyruk modeli) hasta sayıları incelendiğinde, örneklemedeki tüm polikliniklerde doğrudan başvuran hasta sayısının randevulu hasta sayısını geçtiği görülmüştür (Evirgen ve Yorulmaz, 2019). Literatürde izlenen bu sonuçlar şehir, zaman ve hastaneler açısından değişkenlik göstermektedir. MHRS Çalışma Usul ve Esasları Hakkındaki Yönerge, 2016 yılında güncellenmiş olup hekimlerin randevu cetvelinin, sağlık tesislerindeki poliklinik muayene sayısının en az %80'ini oluşturması esas alınmıştır (SB, 2018). Bu çalışmanın yapıldığı polikliniklerde MHRS aktif olarak uygulanmakta ve randevular standart hekim çalışma saatlerine yayılmaktadır. Bunun yanı sıra kuyruk sistemi ile de polikliniklere başvuru yapılabilmekte ve bu yolu kullanan hasta sayısı azalmamaktadır. Yönergede belirtilen MHRS ve kuyruk sistemi başvuru oranlarının klinik uygulamada yapılamadığı, kuyruk sistemi başvurusuna talebin devam ettiği ve dağılımın etkilendiği gözlenmiştir. MHRS ve kuyruk sistemi başvurularının benzer oranlarda olması buna bağlanmaktadır. Özen (2020) ise, randevusuz (kuyruk sistemi ile başvuru) hasta sayısının yüksek olmasını, Türkiye'de MHRS sistemini kullanarak randevu alma kültürünün henüz tam olarak yerleşmediğine bağlamıştır. Bu yüzden acil hasta gibi, doğrudan başvuran hastalara da yer açılıp, MHRS randevu planlamasının buna göre yapıldığını belirtmiştir. Bu uygulamanın, günler ya da haftalar beklemek zorunda olan randevulu hastalara kıyasla erken muayene olma imkânı verdiği için randevuyu teşvik edecek bir modelin yerleşmesini engellediği düşünülmüştür (Özen, 2020). MHRS ve kuyruk sisteminin hastalar üzerindeki memnuniyeti ölçen çalışmaların birinde, hastaların önceden hekim ve muayene zamanı seçebilmesinin hasta memnuniyetine olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur (Kördeve vd., 2017). Başka bir çalışmada ise katılımcıların memnuniyet düzeylerinin, kullandıkları randevu sistemlerine göre farklılaşmadığı, MHRS ve hastane bünyesindeki randevu ve kuyruk sistemini kullanan katılımcılar arasında istatistiksel açıdan herhangi bir anlamlı farkın olmadığı görülmüştür (Parlak, 2018).

MHRS randevuları üzerine yapılan diğer çalışmalarla uyumlu olarak (Pekgor vd., 2017; Şahin, 2013) bu çalışmada eğitim seviyesi arttıkça MHRS başvuruların daha fazla olduğu saptanmıştır. MHRS yoluyla başvuran hastaların ortalama yaşı kuyruk sistemiyle başvuran hastalara göre daha düşük bulunmuştur. 65 yaş üstü hastalarda kuyruk başvurusu istatistiksel olarak olmasa da yüzdelik değerler açısından daha fazladır. Bu ilişki, eğitim düzeyi yüksek ve genç yaştaki hastalarda internet ve telefon gibi teknoloji kullanımının baskın olmasıyla MHRS başvurusunun tercih edildiğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada, internet kullanma durumunun MHRS uygulamasının bilinirliğini ve kullanımını etkileyen bir değişken olduğu sonucuna varılmıştır (Kuh ve Erdem, 2021). Başka bir çalışmada, randevu sistemlerini öğrenme aracı ile eğitim durumu arasındaki ilişki incelendiğinde, üniversite mezunu olanların yaklaşık yarısı, lisansüstü eğitimi olanların ise yarısından fazlası (%65,5) randevu sistemlerini sosyal medya ve kurumsal tanıtım yolu ile öğrenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça bu araçların kullanılabilirliğinin de artması, eğitim düzeyinin farkındalığı artırması ile ilgili olabilmektedir (Parlak, 2018). Bu çalışmada başvuru türü ile cinsiyet arasında ilişki çıkmamakla beraber, yapılan bir çalışmada, MHRS'nin verimli kullanımı ile cinsiyet arasında ilişki, istatistiksel analiz sonuçlarına göre kabul edilmiştir (Kördeve vd., 2017). MHRS'nin bilgi ve kullanım düzeyinin araştırıldığı başka bir çalışmada ise kadın katılımcıların erkek katılımcılara göre daha fazla MHRS uygulaması hakkında bilgi sahibi olduğu ve kadınların erkeklere göre bu uygulamaları daha fazla kullandıkları bildirilmiştir (Kuh ve Erdem, 2021).

Çalışmada, MHRS yoluyla başvuran hastaların kuyruk sistemiyle başvuran hastalara kıyasla, birden fazla şikâyet ilettiği bulunmuştur. Bunun nedeninin, MHRS randevusu oluşturma süresi olduğu düşünülmektedir. SB'ye bağlı hastaneler ile ağız ve diş sağlığı merkezlerine sabah saat 07:00'ye kadar aynı gün içerisine, 07:00'den sonra ise en erken 1, en geç 15 gün sonrasına randevu oluşturulabildiği belirtilmektedir. Hekim çalışma cetvelinde ilk muayene cetveli, hastaların en erken 1 gün, en geç 30 gün sonrasına randevu almasına imkân verecek şekilde tanımlanmaktadır (SB, 2018). Bir anket çalışmasında hastaların %82'sinin 7 güne kadar randevularını alabildikleri görülmüştür (Kıraç, 2019). Başka bir çalışmada, katılımcıların kullandıkları randevu sistemi ile randevu oluşturma süreleri arasında anlamlı ve orta düzeyde ilişki saptanmıştır. MHRS'yi kullanan katılımcıların %25,9'unun randevularını aynı gün içinde, %39,9'unun 1-3 gün, %22'sinin 4-7 gün, %7'sinin 7-14 gün ve %5,2'sinin 15 gün içinde alabildikleri tespit edilmiştir. Hastanenin kendi randevu ve kuyruk sistemini kullanan katılımcıların %91,7'i ise aynı gün içerisinde alabildiklerini belirtmişlerdir (Parlak, 2018). Başka bir araştırma, katılımcıların %54'ünün MHRS uygulanmaya başladıktan sonra hastanede sıra beklemeden muayene olduğunu, %58'inin ise istediği gün ve saate randevu alabildiğini saptamıştır (Kördeve vd., 2017). Bu çalışmanın yapıldığı hastanede ve tarihte, dermatoloji polikliniklerine MHRS randevu alma gününün, bazı günlerde daha erken olmakla beraber ortalama 10-15 gün arasında değiştiği gözlenmiştir. MHRS başvurusu yapan hastaların kuyruk yoluyla başvuran hastalara göre hekime biraz daha geç ulaşmaları, onların ayrı dermatolojik hastalıkları ve dolayısıyla bunların oluşturduğu şikâyetleri tek bir muayene kaydı içerisinde iletmelerine sebep olabilir. Bu hastaların poliklinik muayenelerinde acil olmayan şikâyetlerini geciktirdikleri, bunları not alarak kaydedip başvurdukları gözlenmiştir. Diğer yandan, kuyruk sistemi yoluyla başvuran hastanın, aynı gün içerisinde muayenesi olduğundan, dermatolojik şikâyeti ortaya çıkınca bekletmeden başvuru yaptığı düşünülmektedir.

Sağlık harcamaları ve sağlık sistemlerinin, ülkelerin sağlık verimliliklerini ve başarılarını tek başlarına belirleyen faktörler olmadıkları anlaşılmalı birlikte, kişilerin sağlık hizmeti için bekleme süreleri (aynı gün randevu alamama oranları), sağlık sistemlerinin verimlilik ve başarı ölçümünde sıklıkla kullanılan ve verisi kolay ulaşılabilen değişkenlerden biridir (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Randevu süresinin uzunluğu sağlık hizmetlerinde kaliteyi düşüren olumsuz durumlar arasında da sıralanmaktadır (Akdur, 2006). Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) üyesi ülkelerin sağlık sistemleri üzerine bir araştırmada, Türkiye'nin performansı veri eksikliğinden dolayı diğer ülkelerle kıyaslanamamaktadır (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Ancak literatür verilerinde diğer ülkeler açısından bakıldığında, bir uzman randevusuna erişmek için bekleme süresi aylardan yıllara kadar değişmekte ve dermatoloji polikliniklerinde uzun bekleme süreleri önemli bir zorluk olarak görünmektedir (Coast vd., 2006; Foley vd., 2013; Jayakumar vd., 2018; Johannessen ve Alexandersen, 2018; O'Brien ve Chong, 2016; Stainkey vd., 2010). Yeni muayene randevuları için bekleme süreleri, muayenehane

ortamına ve coğrafi bölgeye göre farklılık göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde genellikle randevu alımı 45 günü geçmektedir (Jayakumar vd., 2018). Ayrıca yeni bir dermatoloji poliklinik randevusu için 120 günden fazla beklendiği de bildirilmiştir (Coast vd., 2006; Foley vd., 2013). Dermatolojik hizmet talebi arzın üzerinde olsa da Türkiye'de MHRS randevusu için bekleme süresinin diğer ülkelere kıyasla çok daha kısa olduğu sonucuna varılabilmektedir.

Çalışmada dermatolojik şikâyet sayısı bulguları açısından birden fazla (2-6) şikâyet ileten hastaların oranı %28 saptanmıştır. Bu grupta muayene başında şikâyetlerini sırasıyla iletenler kadar (%49,8), ilk şikâyetini anlatıp diğerlerini reçete yazımı esnasında (%40,2) ve muayene bitip muayenehane odasından çıkarken (%4,9) iletenler de olmuştur. Hastaların artan şikâyet sayıları ve şikâyetlerini muayenenin farklı aşamalarında iletmelerinin, mevcut muayene süreleri içerisinde hekimlerin hastalıklara odaklanmasını güçleştirip, tanı, tetkik ve tedavi aşamalarında eksik veya hata ihtimali oluşturabileceği düşünülmektedir. Muayene süreleri açısından MHRS yönergesinde randevu süresinin her poliklinik ve hekime bağlı olarak, en az 10 en fazla 60 dakikaya kadar farklılık gösterebildiği ve tedavi süresinin planlanmasının hastane yönetiminde olduğu bildirilmektedir (SB, 2018). Türk Tabipler Birliği'nin 2017 yılında yaptığı bildiriye, randevu sisteminde hastaya ayrılan sürenin on dakikayı dahi bulmadığı, randevusuz (kuyruk sistemiyle başvuran) hastalar da eklenince hasta başına düşen toplam sürenin beş dakikaya kadar indiği vurgulanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği hasta muayene süresinin 20 dakika olduğu, Türkiye'de hekimlerin aşırı iş yükünün ve hasta değerlendirmede yeterli süre ayırlanmamasının hasta güvenliğini tehlikeye atan etkenlerin başında geldiği belirtilmiştir (Türk Tabipleri Birliği, 2017). Uluslararası kaynakların derlendiği bir yayında ayaktan başvuru sürelerinin 10 dakikadan az olmaması, karmaşık tıbbi durumlar göz önüne alındığında bu sürenin daha da artması gerektiği sonucuna varılmıştır (Yardım ve Eser, 2017). Almanya, Birleşik Krallık ve Amerika Birleşik Devletleri'nde ülke başına 128 hekim ile yapılan bir araştırmada, Alman, İngiliz ve Amerikalı hekimlere yeni bir hasta randevusu için sırasıyla 16/11/32 dakika, rutin bir hasta muayenesi için 6/10/18 dakika ayrıldığı ve tam bir fiziksel muayene için 12/20/36 dakika ayrıldığı ancak hekimlerin daha fazla zamana ihtiyaç duyduklarını hissettikleri bildirilmiştir. (Konrad vd., 2010). Medscape internet sitesinde 2019'da yapılan bir anket sonucunda, hastalara ayrılan zaman açısından en yaygın süre 17-24 dakika, ardından 13-16 dakika olmuştur (Martin, 2019). Çalışmanın yapıldığı hastanede ve tarihte, MHRS başvuruları dermatoloji poliklinikleri için her 10 dakikada bir olarak düzenlenmiştir. Bazı kamu hastanelerinde ise 10 dakika içerisinde iki hastaya randevu verilecek şekilde MHRS uygulaması yapıldığı bilinmektedir. Hastalar tüm iletilen şikâyetleri için tanı ve tedavi beklentisinde olsa da, bu şekilde artan hasta sayısının ve muayene süresi kısalığının, hastaların nitelikli sağlık hizmeti almasını engellediği düşünülmektedir. Bostan ve Çiftçi (2016), araştırmalarında sağlık çalışanlarının, sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarını kendileri açısından yeterince pozitif bulmadığını savunmuştur. Hekimlerde tükenmişlik sendromunu araştıran bir çalışmada günlük 8 saatten fazla çalışma zamanı ve günlük muayene edilen hasta sayısı artışının duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Ozkula ve Durukan, 2017). Ayrıca Türkiye'de dermatologların tükenmişlik düzeylerini inceleyen bir çalışmada hasta sayısının fazlalığı önemli bir etken olarak sunulmuştur (Ozkur vd., 2019). Hekim tükenmişliği potansiyel olarak tüm sağlık sistemini etkilemektedir. Sağlık mesleğinde çalışanların iyi olma durumu, refahı ile hasta güvenliği arasında belirgin bir ilişki vardır (Dewa vd., 2017).

Bu çalışmada 18 yaş altı hastaların tek şikâyet ile başvurusu daha yüksek bulunmuştur. Bu grubun yaşının küçük olmasından dolayı birden fazla dermatolojik hastalığa maruz kalmamış olabilecekleri düşünülmektedir. Okuma yazma bilmeyen ve 65 yaş üstü hastalar da yine tek şikâyetle başvurmuştur. Muayenede tek şikâyet iletilmesi, hastaların sadece o hastalığa odaklandığını düşündürmektedir.

Dermatolojik hastalıklar açısından çalışmada akne vulgaris, akneiform döküntü ve pigmentasyon bozukluğu olan hastaların, MHRS başvurusunu daha fazla tercih ettikleri görülmüştür. Akne vulgaris, kronik inflamatuvar ve tekrarlayan seyir ile karakterize, önemli ve sık görülen bir dermatolojik hastalıktır. Belirgin bir psikososyal etkisi olup, yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyebilmektedir (Gollnick ve Dreno, 2015; Kalkan, 2018). 12 ila 25 yaş arasındaki kişilerin yaklaşık %85'i akne vulgaristen etkilenmektedir. Vitiligo, efelid (çil) gibi bazı pigmentasyon bozuklukları da çocukluk

çağında başlamaktadır. Diğer sık görülen pigmentasyon bozukluğu olan melazma da genellikle hamilelik veya oral kontraseptif kullanımı ile ilişkilidir ve en çok genç-orta yaşlı kadınlar arasında yaygındır (Plensdorf vd., 2017). Bu hastalıkların görülme yaşları sıklıkla çocukluk ve genç dönem olduğundan ve gençlerin yaşlılara kıyasla teknoloji ile daha fazla ilişkisi olduğundan başvurularını MHRS aracılığıyla yaptıkları düşünülmüştür.

Bir hastanın kendi muayene kaydı içerisinde yakınına muayene ettirme isteği, günlük poliklinik pratiğinde gözlenebilen bir durumdur. Literatürde daha önce rastlanmayan bu bulgu, çalışmada %4,8 olarak bulunmuştur. Çalışmada tek şikâyet ile hasta grubunda, yakınına kayıt yaptırmadan muayene ettirme isteği daha fazladır. 18 yaşın altındaki hastalar da bu çalışma sonucuna göre tek şikâyetle başvurmaktadır. Genellikle 18 yaşın altındaki çocuk hastalar yanlarında ebeveynleri ile muayeneye gelmektedir. Gözlendiği kadarıyla, ailede birden fazla çocuk varsa ve diğer çocuklarda da deri hastalığına ait şikâyet varsa, aileler sadece bir çocuğa muayene kaydı almakta ve bu kayıt üzerinden diğer kardeşler için de tanı ve tedavi talep etmektedir. Aynı muayene kayıtlarında muayeneye refakat eden kişi için de muayene talep edilmesi, bu gruptaki insanların bu davranışı doğal görmelerine bağlanmaktadır. Ayrıca bu talebin, hekimlerin zaman kaybına neden olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın bazı sınırlılıkları mevcuttur. Özellikle kamu hastanelerindeki poliklinik başvurularının yoğunluğu göz önüne alındığında, hastaların muayeneleri sırasında şikâyetlerinin tümünü iletme durumu kısıtlanmış olabilir. Yoğunluğun hastalar üzerindeki etkisinin, çalışma bulguları açısından veri kaybı olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Diğer bir kısıtlılık, çalışmadaki bulguların beş aylık sürede toplanmış olmasıdır, bundan dolayı mevsimsel değişkenlik gösteren bazı dermatolojik hastalıklar, çalışmada verilen tanı sıklığını etkilemiş olabilir. Bir başka kısıtlılık ise, çalışmanın tek merkezde yapılmış olmasıdır. Hastaların özellikleri Türkiye'nin diğer bölgelerinde ve hastanelerinde farklılık gösterebilir. Bu nedenle daha sonraki çalışmaların, daha geniş coğrafi bölgeden hastaları içermesi önerilmektedir.

V. SONUÇ

Bu çalışmada, hastaneye başvuru türleri MHRS ve kuyruk sistemi açısından incelenmiş, sosyo-demografik verilerle literatüre katkı sunulmuştur. Ayrıca yeterli hasta sayısı ile yeni ve orijinal bir araştırma sorusuna cevap aramaktadır. Hastaların muayene süreçlerinde birden fazla hastalık ve bunlara sebep olan şikâyetler saptanmıştır. Birden fazla şikâyet varlığı, MHRS başvurusu olan hastalarda kuyruk sistemiyle başvuru yapan hastalara kıyasla daha yüksek bulunmuştur. Türkiye'de sağlıkta insan kaynakları, uluslararası karşılaştırmalarda sayı bakımından yetersiz olup, artan sağlık hizmetleri talebi ve öngörülemez sağlık krizleri karşısında aşırı iş yükü ile karşı karşıya kalmaktadır (Çınaroğlu, 2021). Bu çalışmanın sonuçlarından olan, muayene sırasında iletilen birden fazla şikâyet sayısı, şikâyetlerin muayene başlangıcı yerine farklı aşamalarda iletilmesi ve çalışmada %5'e yakın oranda saptanan hastaların kendi başvurularında yakınlarını da muayene ettirme isteği, hekim tarafından mevcut muayenenin iyi bir şekilde yönetilememesine, iş yükü artışına dolayısıyla hasta ve hekimin tatminsizliğine neden olmaktadır. Oluşan aksaklıklar sonucu hastalar tekrar sağlık kurumlarına başvurmak mecburiyetinde bırakılmakta, bu bir kısır döngü yaratarak başvuru sayısını ve zaman baskısını artırmaktadır (Yardım ve Eser, 2017). Bunun önüne geçilebilmesi için muayene süreleri artırılmalı ve her muayene kaydında yalnızca tek şikâyet üzerinde durulup, bu şikâyete neden olabilecek hastalıklar ile ilgili gerekenler yapılmalıdır. Sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesinde MHRS uygulamasının, önemli bir rolü olduğu saptanmıştır (Tarcan vd., 2014). Bu bağlamda diğer öneriler, MHRS randevusu oluşturma süreleri açısından yeni düzenlemeler yapılması, MHRS ve kuyruk sisteminin sınırlarının net bir şekilde çizilmesi ve hastanelere başvuru yöntemleri hakkında halkın bilgilendirilmesidir. Dermatolojide randevu planlamasında, hekimin mesleki derecesi, hastanın yeni kayıt veya takipli hasta olma durumu ve başvuru hastalığının niteliği de (deri hastalığı veya şüpheli deri tümörü) dikkate alınmalıdır (Wong vd., 2017). Daha önce literatürde herhangi bir tıp dalı alanında hastaneye başvurma yöntemleri (MHRS ve kuyruk sistemi) ile hastalığa ait şikâyet sayısının ilişkisini inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışmada elde edilen prevalans bulgularının hem dermatolojide hem de diğer tıp dallarındaki poliklinik hizmetlerinde uygulanan sağlık politikalarına

yardımcı olabileceği düşünülmektedir. Bu konu üzerinde daha kesin sonuçların elde edileceği çok merkezli çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Etik Kurul İzni: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 23.09.2020 tarihinde, 2020-09/782 numaralı karar ile etik kurul onayı alınmıştır

KAYNAKLAR

- Akdur, R. (2006). Sağlık sektörü “Temel kavramlar, Türkiye ve Avrupa Birliği’nde durum ve Türkiye’nin birliğe uyumu”. E. Çağrı (Ed.), *Ankara Üniversitesi Avrupa Toplulukları Araştırma ve Uygulama Merkezi Araştırma Dizisi* içinde (No:25). Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Aksu, M. Ç., Ateş, Y., Yaman, H., & Karaman, E. (2018) Merkezi hekim randevu sistemi için öneriler. *In Fifth International Management Information Systems Conference*.
- Aslan, S., Altunay, İ., & Köşlü, A. (1996). Dermatoloji ve diğer klinik bilimler arası ilişkiler. *Şeh Tıp Bülteni*, 3-4, 59-64.
- Ayers, A. A. (2021, November 21). One visit, multiple complaints: meeting the patient’s needs without giving services away. *Journal of Urgent Care Medicine*. <https://www.jucm.com/one-visit-multiple-complaints-meeting-the-patients-needs-without-giving-services-away/>
- Bacanlı, A., & Günher Arıca, S. (2021). Aile hekimliğinde sık görülen dermatolojik hastalıklar ve yönetimi. S. Günher Arıca (Ed.), *Aile Hekimliğinde Sık Görülen Dermatolojik Hastalıklara Yaklaşım* içinde (1. Baskı, ss. 1-4). Türkiye Klinikleri.
- Baykal, C. (2004). *Dermatoloji Atlası*. Argos Yayıncılık.
- Bostan, S., & Çiftçi, F. (2016). Sağlıkta dönüşüm programı uygulamalarının hastane hizmetleri üzerindeki değişim etkisi: sağlık çalışanlarının görüşleri. *SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(2), 1-8.
- Bucak, I. H., Almis, H., Dogan, F., & Turgut, M. (2018). A retrospective analysis of central physician appointment system data in a tertiary health center in Turkey. *Telemedicine and e-Health*, 24(3), 216-221.
- Coast, J., Salisbury, C., de Berker, D., Noble, A., Horrocks, S., Peters, T. J., & Flynn, T. N. (2006). Preferences for aspects of a dermatology consultation. *British Journal of Dermatology*, 155(2), 387-392.
- Copeman, P. W. (1995). The creation of global dermatology. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 88(2), 78-84.
- Çınaroğlu, S. (2021). Türkiye’de iller düzeyinde sağlık personeli dağılımı ve daha etkin politika ihtiyacı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 235-254.
- Daştan, İ., & Çetinkaya, V. (2015). OECD ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(1), 104-134.
- Dewa, C. S., Loong, D., Bonato, S., & Trojanowski, L. (2017). The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review. *BMJ Open*, 7, 1-16.
- Evirgen, H., & Yorulmaz, M. (2019). Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS): bir kamu hastanesi örneği. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 7(16), 432-443.

- Fien, S., Berman, B., & Magrane, B. (2005). Skin disease in a primary care practice. *Skinmed*, 4, 350-353.
- Fleischer, A. B. Jr., Herbert, C. R., Feldman, S. R., & O'Brien, F. (2000). Diagnosis of skin disease by nondermatologists. *The American Journal of Managed Care*, 6(10), 1149-1156.
- Foley, C. C., Corby, P., & Barnes, J. (2013). A dermatology outpatient waiting list initiative. *Irish Medical Journal*, 106(7), 217-218.
- Gollnick, H. P., & Dreno, B. (2015). Pathophysiology and management of acne. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, 29, 1-2.
- High, W. A., Tomasini, C. F., Argenziano, G., & Zalaudek, I. (2018). Basic principles of dermatology. In Bologna JL, Schaffer JV, Cerroni L. (Eds.), *Dermatology*. (4th ed., pp.1). Elsevier.
- Jayakumar, K. L., Samimi, S. S., Vittorio, C. C., Micheletti, R. G., Steele, K. T., Ogunleye, T. A., Richardson, V., Chiesa, Z. C., & Rosenbach, M. (2018). Expediting patient appointments with dermatology rapid access clinics. *Dermatology Online Journal*, 24(6), 1-8.
- Johannessen, K. A., & Alexandersen, N. (2018). Improving accessibility for outpatients in specialist clinics: reducing long waiting times and waiting lists with a simple analytic approach. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-13.
- Kalkan, G. (2018). Akne yaşam kalitesi ve psikiyatrik testler. H. Sarıcaoğlu, İ. Ünal, G. Karaman, A. Ferahbaş Kesikoğlu, A.S. Karadağ, A. Şıkar Aktürk, G. Kalkan (Ed.), *Akne ve rozase Tanı ve tedavi içinde* (ss. 326-330). Türk Dermatoloji Derneği Yayınları-Galenos yayınevi.
- KHGM. (2019, Ekim 1). *Ankara ili MHRS değerlendirme toplantısı*. <https://khgmistatistikdb.saglik.gov.tr/TR-53033/ankara-ili-mhrs-degerlendirme-toplantisi.html#>
- Karahan, A., & Gürpınar, K. (2009). Hastanelerde kuyruk ve randevu sisteminin etkinliği üzerine bir araştırma: Afyon Devlet Hastanesi örneği. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 9(17), 155-172.
- Kıraç, R. (2019). Hastane randevu sistemlerinin hastalar açısından değerlendirilmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(3), 189-195.
- Konrad, T. R., Link, C. L., Shackelton, R. J., Marceau, L. D., Von dem Knesebeck, O., Siegrist, J., Arber, S., Adams, A., & McKinlay, J. B. (2010). It's about time: Physicians' perceptions of time constraints in primary care medical practice in three national healthcare systems. *Medical care*, 48(2), 95-100.
- Kördeve, M. K., Uzun, B., & Ünal, E. (2017). Merkezi hastane randevu sisteminin işleyişi üzerine bir alan araştırması. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(2), 52-61.
- Kuh, Z., & Erdem, R. (2021). Dijital sağlık uygulamalarının bilinirliğinin ve kullanımının dijital bölünme çerçevesinde incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(2), 255-274.
- Kurşun, A., & Kaygısız, E. G. (2018). Merkezi hekim randevu sistemi (MHRS) uygulamalarına yönelik memnuniyet ve erişilebilirlik düzeyinin belirlenmesi. *ACU Sağlık Bilimleri Dergisi*, 9(4), 401-409.
- Lowell, B. A., Froelich, C. W., Federman, D. G., & Kirsner, R. S. (2001). Dermatology in primary care: prevalence and patient disposition. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 45(2), 250-255.

- Martin, K. L. (2019, July 2). *Medscape Female Physician Compensation Report*. <https://www.medscape.com/slideshow/2019-compensation-female-physician-6011698#19>.
- O'Brien, J. C., & Chong, B. F. (2016). Reducing outpatient dermatology clinic wait times in a safety net health system in Dallas, Texas. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 75(3), 631-632.
- Ozkula, G., & Durukan, E. (2017). Burnout syndrome among physicians: the role of socio-demographic characteristics. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 30, 136-144.
- Ozkur, E., Kivanc Altunay, I., Calikoglu, E., & Onder, M. (2019). Burnout syndrome among dermatologists and assessment of prevalence and risk factors: A nationwide survey. *Dermatologica Sinica*, 37(4), 181-186.
- Özen, O. (2020). *Kamu hastanelerinde tanı ve tedavi süreçlerinde bekleme sürelerinin analizi*. (Doktora Tezi). İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul.
- Parlak, Ş. (2018). *Hastane randevu sistemlerinin hastalar açısından değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya.
- Pekgor, S., Eryilmaz, M. A., Solak, I., Pekgor, A., Yaka, H., Kaya, I. F. K., Korkusuz, D., Mercan, S., Bolatkale, K., & Koç, M. (2017). Evaluation of factors affecting the use of the central physician appointment system. *Southern Clinics of Istanbul Eurasia*, 28(3), 204-211.
- Plensdorf, S., Livieratos, M., & Dada, N. (2017). Pigmentation disorders: diagnosis and management. *American Family Physician*, 96(12), 797-804.
- SB, Sağlık Bakanlığı. (2018, Mayıs 7). *Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11289/merkezi-hekim-randevu-sistemi-calisma-usul-ve-esaslari-hakkinda-yonerge.html>
- SB, Sağlık Bakanlığı. (2016). *Merkezi hekim randevu sistemi* <https://www.mhrs.gov.tr/Vatandas/hakkimizda.xhtml>
- Stainkey, L. A., Seidl, I. A., Johnson, A. J., Tulloch, G. E., & Pain, T. (2010). The challenge of long waiting lists: how we implemented a GP referral system for non-urgent specialist' appointments at an Australian public hospital. *BMC health services research*, 10(1), 1-5.
- Şahin, Ş. (2013). Merkezi hastane randevu sistemi uygulamasının etkinlik, farkındalığının, hasta bekleme süresine ve memnuniyetine etkisinin ağız ve diş sağlığı merkezinde değerlendirilmesi. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.
- Tarcan, M., Hikmet, N., Tarcan, G. Y., & Top, M. (2014). Evolution of nationwide central hospital appointment system (CHAS) implementation: a country study. *Journal of Health Informatics in Developing Countries*, 8, 18-32.
- Tıpta Uzmanlık Kurulu. (2015). Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemi, Deri ve Zührevi Hastalıkları Uzmanlık Eğitimi Çekirdek Müfredatı. <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/34079/0/derivezuhrevihastaliklarimufredatv24pdf.pdf>
- Tripathi, R., Knusel, K. D., Ezaldein, H. H., Scott, J. F., & Bordeaux, J. S. (2018). Association of demographic and socioeconomic characteristics with differences in use of outpatient dermatology services in the United States. *JAMA Dermatology*, 154(11), 1286-1291.

- Türk Tabipleri Birliği. (2017, Şubat 28). https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=67cbdbde-9232-11e7-b66d-1540034f819c.
- Wong, J. L. C., Vincent, R. C., & Al-Sharqi, A. (2017). Dermatology consultations: how long do they take?. *Future hospital journal*, 4(1), 23-26.
- Yardıı, M., & Eser, E. (2017). Ayaktan tanı ve tedavi başvurularında hasta başına kaç dakika ayrılmalıdır?. *Turkish Journal of Public Health*, 15(1), 58-67.
- Yıldızbaşı, E., Öztaş, D., Sanisoğlu, Y., Fırat, H., Yalçın, N., Dağ Şeker, E., Doğusan, A. R., & Akçay, M. (2016). Bir eğitim ve araştırma hastanesinde merkezi hekim randevu sistemini kullanan hastaların memnuniyet düzeylerinin ölçülmesi. *Ankara Medical Journal*, 16, 298-302.

GLOBAL VACCINATION INEQUALITY AND THE FACTORS THAT AFFECT THIS IN THE CONTEXT OF COVID-19

Berke AKKAYA *

ABSTRACT

COVID-19, a disease caused by the new type of coronavirus that emerged in Wuhan, China at the end of 2019, was initially isolated in Wuhan, but later, other cases emerged in Japan, South Korea, and Thailand along with China. At the end of January 2020, Italy announced that the first case of COVID-19 was detected. Thus, attempts to isolate the virus failed and the virus began to spread around the world, causing a global epidemic. Within the framework of the global actions required to prevent and slow down the transmission of COVID-19, many scientists from different countries have achieved astonishing scientific success by developing several safe and effective vaccines in less than a year after this virus was isolated and sequenced. In early 2021, more than 30 million doses of vaccine have been administered, but global vaccination practice has exposed obvious disparities in access to this life-saving vaccine. To investigate the success of global vaccination programs and to reveal what factors affect these programs, the global vaccination dataset and the dataset provided by the United Nations were combined and analyzed. In addition, it was aimed to explore the effects of political, economic, and demographic factors on the vaccination program. When the dataset was analyzed in the context of vaccines, it was observed that 40 countries tend to use one type of vaccine while 27 countries are using two or more vaccines. Looking at the factors that affect the vaccination programs; it has been concluded that individuals more likely to be vaccinated are the citizens from countries that are more democratically transparent and have higher GDP per capita and total health expenditure (as a percentage of GDP). Besides, it has been observed that citizens from countries with an approved vaccine developer are also more likely to be vaccinated.

Keywords: COVID-19, Health Policies, Vaccination, Vaccine Inequality

ARTICLE INFO

* Res. Assist., Istanbul University, berkeakkaya@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7903-956X>

Received: 26.02.2021

Accepted: 07.03.2022

Cite This Paper:

Akkaya, B. (2022). Global Vaccination Inequality and the Factors that Affect this in the Context of COVID-19. Hacettepe Journal of Health Policy, 25(1), 17-28

KÜRESEL AŞI EŞİTSİZLİĞİ VE COVID-19 BAĞLAMINDA BU EŞİTSİZLİĞİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Berke AKKAYA *

ÖZ

2019 yılının sonunda Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkan yeni tip korona virüsünün sebep olduğu bir hastalık olan COVID-19 önceleri Wuhan kentinde izole edilmiş fakat sonrasında Çin'in beraberinde Japonya, Güney Kore ve Tayland'da başka vakalar ortaya çıkmıştır. 2020 Ocak ayının sonlarında ise İtalya ilk COVID-19 vakasının tespit edildiğini duyurmuştur. Böylelikle virüsü izole etme girişimleri başarılı olamayıp virüs tüm dünyaya yayılmaya başlayarak küresel bir salgına neden olmuştur. COVID-19'un bulaşmasını önlemek ve yavaşlatmak için gereken küresel eylemleri artırmak için, farklı ülkelerden birçok bilim insanı, bu virüsün izole edilip dizinlemesinden sonra bir yıldan kısa bir süre içinde birkaç güvenli ve etkili aşı geliştirerek şaşırtıcı bir bilimsel başarı elde etmişlerdir. 2021 yılının başlarında, 30 milyondan fazla aşı dozu uygulanmıştır ancak küresel aşı uygulaması, bu hayat kurtarıcı aşya erişimde bariz eşitsizlikleri ortaya çıkarmıştır. Küresel çapta aşılama programlarının başarısını keşfetmek ve bu aşılama programlarını hangi faktörlerin etkilediğini ortaya çıkarmak amacıyla küresel aşılama veri seti ile Birleşmiş Milletler tarafından sunulan veri seti birleştirilerek analiz edilmiştir. Bununla birlikte politik, ekonomik ve demografik faktörlerin aşılama programı üzerindeki etkilerinin keşfedilmesi amaçlanmıştır. Tüm bu uygulamalar sonucunda kullanılan aşılama bağlamında veri seti incelendiğinde 40 ülkenin tek aşı tipini kullanma eğiliminde olduğu ve 27 ülkenin ise iki veya daha fazla aşı kullandığı görülmüştür. Aynı zamanda, Amerika Birleşik Devletleri'nin, aşılama aşaması fark etmeksizin daha fazla kişinin aşı olduğu ülke iken İsrail ise tüm nüfustan yüzde olarak daha fazla kişinin aşı olduğu ülke olmuştur. Aşılama programlarını etkileyen faktörlere bakıldığında; aşı olma olasılığı daha yüksek olan bireylerin, demokratik olarak daha şeffaf olan ve aynı zamanda kişi başına GSYİH ve toplam sağlık harcaması (GSYİH yüzdesi) daha yüksek olan ülkelerin vatandaşları olduğu sonucuna varılmıştır. Aynı zamanda, onaylı aşı geliştiricisi bulunan ülkelerin vatandaşlarının da aşı olma ihtimalinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Aşı Eşitsizliği, Aşılama, COVID-19, Sağlık Politikaları

MAKALE HAKKINDA

* Arş. Gör., İstanbul Üniversitesi, berkeakkaya@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7903-956X>

Gönderim Tarihi: 26.02.2021

Kabul Tarihi: 07.03.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Akkaya, B. (2022). Global Vaccination Inequality and the Factors that Affect this in the Context of COVID-19. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 17-28

I. INTRODUCTION

COVID-19, an infectious disease caused by a Sars-Cov-2 virus, was first detected in Wuhan, China, towards to end of 2019. COVID-19 spread over time to Europe, North America, Asia-Pacific countries, and the whole world. As a result, this epidemic was declared a pandemic in mid-March 2020 (WHO, 2020a). With its high transmission rate, the cases of the virus began to be reported in all countries globally in January (Velavan and Meyer, 2020). This new type of coronavirus, which can be spread by air or by contact with infected people and contaminated areas, remains contagious for up to two weeks. Individuals infected with this virus can spread the virus even if they do not show any symptoms (CDC, 2020). Looking at the most obvious symptoms of the disease, there are high fever, cough, difficulty breathing, and loss of smell. In advanced stages, this disease even causes death as mentioned earlier. (Grant et al., 2020). Since the first cases were seen in China, the epicenter of this epidemic was originally in China. However, on March 13, 2020, the epicenter of the coronavirus epidemic changed to Europe (Kenny, 2020). Towards the end of February 2021, the number of deaths caused by COVID-19 was approximately 2.5 million, while the number of cases was approximately 110 million.

During the COVID-19 pandemic, many countries around the world have taken various measures to reduce the spread of the epidemic and flatten the spread curve of the outbreak. The peaks of the epidemic could be weakened several times in this way in different countries. This saved time for vaccine development studies and finding a cure for the disease by reducing the burden on the health system. (Anderson et al., 2020). By individual measures such as hand hygiene with various chemicals, use of protective masks, individual quarantine; public measures such as closing educational institutions and canceling collective events, reducing work mobility and workload in all sectors; and environmental measures such as cleaning public areas, the spread of the virus has been tried to be kept under control. (Qualls et al., 2017). Nevertheless, one way to be successful in the fight against COVID-19 depends on taking drastic measures and applying these measures without compromise. Looking at some of the measures taken against the virus; after understanding the importance of the epidemic, the administration in China has taken very drastic measures, including quarantining Wuhan, which is the starting point of the pandemic. South Korea has initiated mass test screenings, regional quarantines, and surveillance of infected individuals. Singapore has provided various financial supports to its infected and suspected citizens to voluntarily enter individual quarantine and introduced penalties for those who fail to comply with these measures. Taiwan has accelerated the production of masks, banned drug stockpiling. (McCurry et al., 2020). In addition to all these, with the spread of the epidemic worldwide, other world countries have taken serious measures such as individual quarantine and compulsory mask use. Lockdowns were imposed in Europe, Middle Eastern countries, and the United States, while financial support was provided to those affected by the epidemic.

Efforts to develop the COVID-19 vaccine, aimed at providing acquired immunity against COVID-19, began after the virus was isolated and its genetic sequence was published (WHO, 2020b). Since the beginning of 2020, the pace of vaccine development, achieved through a unique partnership between the multinational pharmaceutical industry and governments, has led to the emergence of many different vaccine candidates in 2020. Pharmaceutical companies, governments, international organizations, and universities have acted to develop vaccine candidates, immunize against COVID-19 infection and prepare for global vaccination programs (Le et al., 2020). As of February 2021, there are more than 200 vaccine candidates in total (COVID-19 vaccine tracker, 2021a). 66 of the candidates are in the clinical trial process; There are 17 of them in the first phase trials, 23 of them between the first phase and second phase trials, 6 of them in the second phase trials, and 20 of them in the third phase trials. 19 of the vaccines in the third phase trial show up to 95% effectiveness in preventing COVID-19 infections (WHO, 2021a). By February 2021, ten of these vaccines in the third phase trial have been approved for public use by at least one government or authorized agency (COVID-19 vaccine tracker, 2021b). These approved vaccines can be grouped as follows: two RNA vaccines, one of them is known as the vaccine developed in partnership with German pharmaceutical companies, and the other one is the vaccine developed in partnership with American organizations and an American pharmaceutical company; Three traditional inactivated vaccines, two of them are the

vaccines developed by Chinese pharmaceutical companies and the other one developed by an Indian-based pharmaceutical company. Four viral vector vaccines, including a vaccine developed by the Russians, a vaccine developed in partnership with a British pharmaceutical company and the University of Oxford, a vaccine developed by a Chinese pharmaceutical company, and a vaccine developed in the Netherlands in partnership with an international pharmaceutical company and lastly, a peptide vaccine developed by the Russians (Funk et al., 2020). Although vaccines are developed in different ways, their function is generally similar, and this function is built on immunization. Immune cells can keep in mind whether the same pathogen is re-infecting the body. Since these pathogens are previously inactivated, they can destroy them before they can spread throughout the body (Vetter et al., 2017). However, after the approval of many different vaccines, countries around the world have started to prepare and implement phased vaccination programs that prioritize those who are at the highest risk of being affected by COVID-19 and who are directly exposed to the Sars-Cov-2 virus, such as healthcare workers, and who are also at high risk of transmission (Beaumont, 2020). According to reports from various health organizations, more than 200 million doses of the COVID-19 vaccine were administered worldwide at the end of February 2021 (Hannah et al., 2021).

The success of this vaccine development, which was achieved in such a short time by shortening the standard vaccine development timelines that normally take years and accelerating the clinical trial steps, created a sense of insecurity problem in various parts of the society. Besides, problems emerged on the access to vaccines due to geopolitical problems and the obstacles to producing billions of doses of vaccines that need to be administered in two doses to each individual. With all these problems, what was needed to prevent the growth of the COVID-19 and to end the pandemic was to achieve global immunity. The only way to achieve global immunity is to ensure equal access to vaccines individually and the equal distribution of vaccines globally (Thorne, 2020). Just after the current situation took place, the governments that have the resources to finance emergency production secured their vaccines. Some governments also have pledged to purchase the COVID-19 vaccine before the vaccines are yet produced. High-income countries signed contracts towards the end of 2020 to purchase 51% of the pre-order doses, although they only represent 14% of the global population. Some high-income countries have purchased more doses than needed to vaccinate their entire population. (So and Woo, 2020). In January 2021, WHO Director-General Ghebreyesus drew attention to the problem of the vaccine's distribution inequality. Ghebreyesus stated that 49 of the high-income countries in the world have about 40 million doses of vaccine, while one of the lowest-income countries only has 25 doses of vaccine (WHO, 2021b). Specifically, Canada, Australia, and Japan, which have a fairly low percentage of COVID - 19 cases worldwide, have ordered a total of one billion doses of vaccine. Concerns have increased that high-income countries will be able to receive their vaccines between 2020-21 and that in developing countries, vaccination will continue until 2023-24 (WHO, n.d.). While high-income countries pre-ordered from thirteen different vaccine manufacturers, low-middle-income countries' pre-orders were made primarily for the lowest cost vaccine (Mullard, 2020).

Considering all this information and explanations, it can be said that in the COVID-19 global vaccine practice, there are obvious inequalities in access to this life-saving vaccine. In this study, country-specific factors such as population density, GDP per capita, and health expenditures that may affect the emergence of vaccine inequality are analyzed. It was also questioned whether countries producing vaccines give themselves a priority in vaccine distribution. Inspired by the 2020 Corruption Perceptions Index (CPI) published by Transparency International, the corruption perception factor was also discussed in the study. Corruption, which is defined as the improper use of public power for private interests and as a factor associated with the response of countries to the crisis (Menocal and Taxell, 2015), caused even more democratic backsliding during the COVID-19 outbreak, according to the 2020 CPI report by Transparency International (Transparency International, 2021). However, in the published index, it is stated that countries with better performance in corruption perception, invest more in health services and can provide health insurance to their citizens. Transparency International's Chairman Rubio stated that she sees the COVID-19 pandemic as a corruption crisis, not just a health crisis, and the world has failed to manage it.

II. MATERIAL AND METHODS

The global vaccination dataset was combined with the dataset containing country information provided by the UN in this study, which was conducted to capture the success of these programs and to question the vaccine inequality. Correlation analysis was used together with statistical data analysis methods to reveal the political, economic, and demographic factors affecting vaccination. The datasets used in the study are as follows:

- Country Profile Dataset: It contains indicators of all countries in UN Data (United Nations, n.d.).
- Country Vaccination Dataset: It includes vaccination data of countries (Preda, 2021).
- CPI 2020 Dataset: It includes 2020 CPI scores, ranking Countries / Regions according to their perceived corruption levels (Transparency International, 2021).
- Country of Origin Dataset for Vaccines: It includes approved vaccines and their country of origin (The Council on Foreign Relations, 2021).

These datasets contain key statistical indicators of the countries. It covers some major sections like economic, social, environmental, and infrastructure indicators with general information. Looking in Country Profile Dataset; surface measurements of countries, population in thousands, population density, ratio of gender (per 100 f m), gross domestic product (million current US dollars), gross domestic product growth rate (annual%, constant 2005 prices), gross domestic per capita revenue (current US dollar) variables are included. Then, when the Country Vaccination Dataset is examined, it is seen that there are variables such as the number of vaccines ordered, the total number of people vaccinated, the number of daily vaccinations. The information provided in this dataset is between 13 December 2020 and 6 February 2021. As mentioned before CPI 2020 Dataset includes countries' corruption perception scores. Country-of-Origin dataset for vaccines includes the origin of the countries where the vaccines are produced. There are more than 200 countries in the Country Profile Dataset, while there are 91 countries in the Country Vaccination Dataset. At the same time, while Scotland, Wales, and Northern Ireland are considered separately in the Country Profile Dataset, where these countries are considered in the United Kingdom in the Country Vaccination Dataset. Thus, the number of instances in the merged dataset is 88 in total.

After analyzing descriptive statistics in geographic, demographic, and political contexts with this merged dataset, correlation analysis was applied to analyze the relationship between the variables in these contexts and the vaccination process. Correlation analysis is a statistical method that provides information about the relationship between variables, the direction, and the severity of this relationship. The correlation coefficient obtained as a result of this analysis is a coefficient showing the importance of the power of the relationship between variables. The correlation coefficient takes a value between -1 and 1. A correlation coefficient approaching 0 indicates the presence of a weak relationship between variables. There is a positive relationship if the variables are increasing or decreasing together, and a negative relationship if one of the variables is increasing and the other decreases (Miller and Miller, 2004). In the study, Python 2.7 was used in the editing and merging stages of the datasets, while SPSS 21 was used in the analysis stage. The data used in the study were obtained from open sources, therefore, ethics committee approval is not required.

III. RESULTS

While preparing the dataset, it was necessary to produce some variables. Assuming that a person typically receives 2 doses of vaccine to become fully vaccinated, the number of fully vaccinated persons for a given country can be expressed as half the total number of vaccines. The percentage of vaccination of the total population was found by dividing the number of fully vaccinated persons by the population. The male percentage of the total population was found as $[(\text{Ratio of Sex} / \text{Ratio of Sex} + 100) / 100]$, then the percentage of women of the total population was found. Finally, it was discovered how much of the total number of fully vaccinated people were women or men. Looking at Table 1, it is seen that there is an average of 3.6 million vaccinations in the world. The average ratio of

total expenditures to health expenditures is 7.3%. The average estimated number of people vaccinated is 1.8 million, of which 931.608 of these are men and 909.515 are women.

Table 1. Descriptive Statistics of the Merged Dataset on Country Profile and Vaccinations

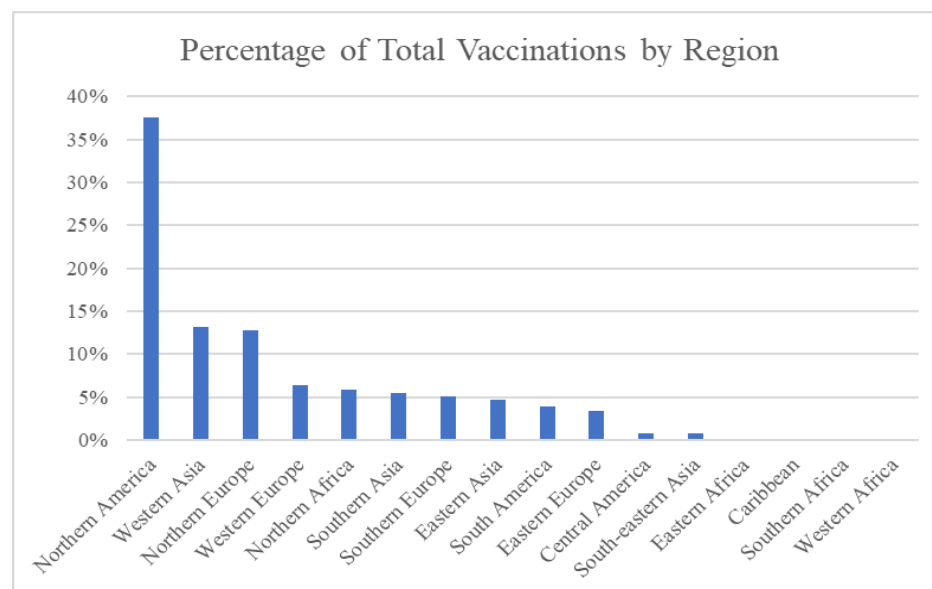
VARIABLES	Mean	Std. Dev.
Total Vaccination	3682247	14287138
Population in Thousands	63413	209667
Ratio of Sex (m per 100 f)	105.12	31.16
GDP per Capita (current US\$)	27648.2	31429.6
Health: Total expenditure (% of GDP)	7.3	2.8
Estimated Fully Vaccinated People	1841123	7184507
Percent of Vaccination to Population (%)	71.9	180.1
Male Percentage of Population (%)	50.6	4.6
Female Percentage of Population (%)	49.4	4.6
Vaccinated Males	931608	102268252
Vaccinated Females	909515	101442208

After looking at this combined dataset in general, the results of the study were examined under 3 different categories; geographic, demographic, and political in order to obtain more detailed results.

3.1. Geographic Analysis

The purpose of the geographic analysis is to see how the distribution of vaccination has changed in the world. Within the scope of geographical analysis, the dataset is filtered in the context of geographical regions. Percentage of Total Vaccinations by Region are presented in Chart 1.

Chart 1. Percentage of Total Vaccinations by Region



In the North America Region, where 38% of total vaccination is seen, there are approximately 1.3 million vaccinations in Canada, while 60 million vaccines are seen in the United States. While the United Arab Emirates is ahead with 4.79 million vaccines in Western Asia, where 13% of total vaccination is seen, the United Kingdom is ahead with 14.5 million in Northern Europe, where 13% of total vaccination is seen. In Africa where is the lowest total vaccination, approximately 15 thousand vaccines were administered in South Africa and 107 vaccines were administered in Saint Helena. Except for these inferences, the vaccination rates in other regions are close to each other.

3.2. Demographic Analysis

The demographic analysis aims to see the effect of GDP per Capita and Health Expenditures on the vaccination rate of the total population. Within the scope of demographic analysis, Spearman Correlation Analysis was used because instances were relatively low in the dataset ($n=88$) and all variables did not show normal distribution ($p < 0.05$).

The variable Total Vaccination was excluded from the analysis because the correlation between the Total Vaccination variable and the Estimated Fully Vaccinated People variable was very high, in other words, since one can express the other. Male Percent of Population and Female Percent of Population variables were not included in the analysis because they are derived from the Ratio of Sex variable. At the same time, Vaccinated Males and Vaccinated Females variables were excluded from the analysis because those variables had a strong correlation with the Estimated Fully Vaccinated People variable and had no effect on the subject to be investigated in the analysis.

Table 2. Correlation Matrix of Demographic Analysis

<i>VARIABLES</i>	Population in Thousands	GDP per Capita	Health Total Expenditure	Estimated Fully Vaccinated People	Percent of Vaccination to Population
Population in Thousands	1.00				
GDP per Capita	-0.35**	1.00			
Health Total Expenditure	-0.03**	0.46**	1.00		
Estimated Fully Vaccinated People	0.48**	0.24*	0.26*	1.00	
Percent of Vaccination to Population	-0.15**	0.53**	0.40**	0.71**	1.00

*Correlation is significant at the 0.01 level.
 **Correlation is significant at the 0.05 level.

When the results of the Correlation Analysis performed with the remaining variables in Table 2 are examined; it is seen that there is a strong, 0.53-degree, positive relationship between the GDP per Capita variable and Percent of Vaccination to Population. It is concluded that citizens of countries with higher GDP are more likely to be vaccinated. Considering the effect of health expenditures on vaccination, it is seen that there is a moderate, 0.40-degree, positive relationship between the Health Total Expenditure variable and the Percent of Vaccination to Population variable. This situation can be interpreted as that citizen of countries that allocate more budgets to health expenditures are more likely to be vaccinated.

3.3. Political Analysis

Within the scope of the political analysis, the focus has been on corruption as a factor strongly associated with countries' response to the crisis, as stated earlier. Countries with lower corruption perception scores, which increased during the COVID-19 pandemic, respond less democratically to the crisis. Therewithal, while evaluating vaccine inequality in the context of political analysis, the factor that has an impact on access to the drug/vaccine is the patent and license phenomenon (WHO, 2018). In this study, patent and license information and data are not discussed, which is an important limitation of the study. Medicines, like other inventions, are legally protected from copying by patents, and vaccines are no exception. At the same time, widespread and free access to the vaccine underlies

the success of vaccinations. Widespread and free access to the drug/vaccine cannot be achieved due to various diplomatic reasons, as well as the fact that countries or vaccine/drug developers in the private sector have patents and licenses (Sparke & Anguelov, 2012). Problems such as the priority of the country where the patent or license is developed in accessing the drug/vaccine, and the financing of the high-cost vaccine development process by high-income countries also reveal vaccine inequality (Oehler & Vega, 2021). It is seen in the literature that this situation is called vaccine diplomacy (Blume, 2020). Considering the studies conducted in this context, most of the existing COVID-19 vaccines developed have gone to rich countries. As of May 7, 2021, high-income countries had received approximately 5 billion COVID-19 vaccines, while low-income countries had only received approximately 270 million doses of vaccines (Su et al., 2021). As can be seen from the geographical analysis made within the scope of our study, North American countries such as the United States and Canada are quite ahead in total vaccination. North American countries are followed by Western Asian countries such as Kuwait, United Arab Emirates, and Northern and Western European countries. Countries in these regions are known to be high-income countries.

In the political analysis made in this study, the latest version of the 2020 CPI Report includes the 2020 CPI scores which rank countries/regions according to their perceived levels of public sector corruption, was added to the dataset and the existence of its relationship with vaccination was questioned.

Table 2. Correlation Matrix of Political Analysis

<i>VARIABLES</i>	<i>CPI Score</i>
GDP per Capita	0.88**
Percent of Vaccination to Population	0.56**
Health Total Expenditure	0.56**
Population in Thousands	-0.32**
Estimated Fully Vaccinated People	0.27*

*Correlation is significant at the 0.01 level.

**Correlation is significant at the 0.05 level.

When the significant results obtained from the Correlation Analysis between CPI Scores and other variables in Table 3 are examined; it is observed that there was a strong positive relationship of 0.88 degrees between the GDP per Capita and the perception of corruption values of countries. When the effect of the perception of corruption on vaccination is examined, there is a strong positive relationship of 0.56 degrees between the perception of corruption and the Percent of Vaccination to Population. This situation can be interpreted as countries that promote transparency have responded positively to the COVID-19 crisis in terms of the number of administered vaccinations. At the same time, it can be seen that as the transparency of countries increases, health expenditures also increase, with the correlation coefficient being 0.56.

3.3. Additional Analysis

This section examines whether countries that have developed currently approved vaccines give priority to certain countries/regions in vaccine distribution. Hence, the dataset including the approved vaccines and their countries of origin were considered within the scope of the analysis. The approved vaccines and their countries of origins are as follows (The Council on Foreign Relations, 2021):

- Pfizer/BioNTech vaccine is from Germany,
- Moderna vaccine is from only the United States,
- Oxford/AstraZeneca vaccine is from Sweden,
- Sinopharm vaccine is from China,
- Sputnik V vaccine is from Russia,

- CNBG vaccine is from China,
- Sinovac vaccine is from China,
- Covaxin vaccine is from India.

When the countries of origin of the approved vaccines are examined in terms of the ratio of fully vaccinated people to the population of the countries; the average percentage of fully vaccinated persons among the total population of countries that developed the vaccine was found to be 85%. Since the average percentage of fully vaccinated people among the total population of countries that developed the vaccine is 85%, it can be said that the citizens of the country where approved vaccines are developed are given priority in vaccine distribution. The finding in the additional analysis that rich countries benefit from the production of indigenous vaccines while poorer countries do not have immediate access to vaccines is termed vaccine nationalism (Chohan, 2021). This term is related to the concept of vaccine diplomacy. It is not surprising that this finding was obtained in the study, as vaccine nationalism is a phenomenon also observed in the H1N1 and Ebola crises (Santos Rutschman, 2020).

III. DISCUSSION AND CONCLUSION

With the emergence of the global COVID-19 epidemic in late 2019 and its highly devastating effects from 2020 to the present, the COVID-19 vaccine, which was developed with great success in a short time, has become a life-saving tool in this health crisis. Despite this clinical success, there is growing concern about inequality in vaccine distribution around the world. So, as mentioned before, this inequality has been emphasized by many authorities. Therefore, the purpose of this study is to evaluate the main factors affecting the global distribution of COVID-19 vaccines and to reveal the factors affecting vaccine inequality. This study specifically aims to consider whether political, economic, and demographic factors have an impact on access to vaccines. Using the standard approach of data science and statistical analysis with in-depth analysis of the data provided and included, this study provided an important insight into the factors affecting the global distribution of COVID-19 vaccines.

In this study, the comparison of the total vaccines among the world regions showed that there is an unfair allocation for the vaccines administered so far. One of the most interesting findings was the large gap observed in vaccine distribution across world regions; For example, all African people administered less than 1%, while North American people accounted for about 40% of total world vaccines. As mentioned in the scope of political analysis the main reason for this finding is international drug monopolies and current patent and license applications. Although the data within the scope of justification were not evaluated in the study, it was mentioned that this situation is called vaccine diplomacy in the context of studies in the literature. The reasons behind vaccine diplomacy are the diplomatic priority of the country where the patent or license is developed in accessing the drug/vaccine, and the high-income countries' ability to support the high-cost vaccine development process.

Geographically, the analysis results conclude that European and North American people are the most likely to be fully vaccinated, with a percentage ranging from 15% to 51%, and Africans are less likely to be vaccinated collectively, at a rate of 1%. In other words, given the same daily vaccination rate and assuming typical 2 doses of vaccines, it can be predicted that European and North American populations will be fully vaccinated by March 2022, conversely, the full vaccination date of Africans is predicted to be 2037. Demographically, the analysis results show that citizens of countries with higher GDP per Capita are vaccinated more and faster, whereas citizens of countries with lower GDP per Capita are vaccinated more slowly. At the same time, it can be said that the citizens of the countries that allocate more budget to health expenditures are vaccinated more. Politically, the finding of a significant positive correlation between the CPI score for countries and total vaccinations from the correlation analysis confirms Transparency International's statement shows that corruption undermines the global health response to COVID-19. It can be said that countries that show transparency, allocate more budgets to health expenditures and these countries are better off vaccinating their citizens.

As a result, vaccine inequality has been a major concern in the COVID-19 pandemic. It is seen that developed countries will benefit from the vaccine production that they have developed and less developed countries will not be able to access the vaccine as soon as possible. At the same time, wealthier countries have prioritized access to vaccines because of their ability to pay (UN, 2021). Although the UN-supported COVAX program was created to counter this inequality, unequal distribution of vaccines was observed among high, middle and low income countries in 2021 based on the principle of vaccine nationalism and vaccine diplomacy (Kupferschmidt, 2020). Globally, the problem is distribution due to licenses/patents, and the economic power of countries. However, many countries still have inadequate vaccination rates due to problems such as vaccine stockpiling, booster doses and lack of funds for vaccine infrastructure.

There are, however, several explanations for these findings. It could be concluded from the demographical, economic, and political analysis that significant inequalities in vaccine access could be attributed to many factors. In conclusion, according to the findings from the analyzes in this study, people more likely to be vaccinated are the people who come from countries of:

- Higher in CPI score.
- Higher in health total expenditure (% of GDP).
- Higher in GDP per capita.
- Approved-vaccine developer.

For future research, more accurate results can be obtained with the completion of vaccination programs and vaccination distribution process, but evidently that this process will continue for several more years as it is mentioned in this study. Therefore, these datasets which have a dynamic and constantly changing structure should be examined at certain time intervals. It should be questioned whether the vaccine inequality continues and the factors affecting this inequality have changed. Meanwhile, this analysis can be carried out with different and more varied variables, as many different factors can affect this vaccine inequality. Variables related to patent and licensing processes of vaccines can be included in the future studies. Thus, the concepts of vaccine diplomacy and vaccine nationalism can be examined in more detail.

Ethical Approval: The data used in the study were obtained from open sources, therefore, ethics committee approval is not required.

REFERENCES

- Anderson, R., Heesterbeek, H., Klinkenberg, D., & Hollingsworth, T. (2020, March 9). How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet*, 395(10228), 931-934.
- Beaumont, P. (2020, November 18). *Covid-19 vaccine: who are countries prioritising for first doses?* The Guardian. <https://www.theguardian.com/world/2020/nov/18/covid-19-vaccine-who-are-countries-prioritising-for-first-doses>.
- Blume, S. (2020). The Politics of Global Vaccination Policies. In C. McInnes, K. Lee, & J. Youde. (Ed.), *The Oxford Handbook of Global Health Politics* (pp. 583-605). Oxford University Press.
- CDC. (2021, July 14). *How COVID-19 spreads*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/prevent-getting-sick/how-covid-spreads.html>.
- Chohan, U. W. (2021, January 16). *Coronavirus & vaccine nationalism*. CASS Working Papers on Economics & National Affairs 2021. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3767610>.
- COVID-19 vaccine tracker. (2021a, February 16). *COVID-19 vaccine tracker landscape*. COVID-19 vaccine tracker. https://vac-lshtm.shinyapps.io/ncov_vaccine_landscape/.

- COVID-19 vaccine tracker. (2021b, February 19). *COVID-19 vaccine trial map*. COVID-19 vaccine tracker. https://vac-lshtm.shinyapps.io/ncov_vaccine_landscape/.
- Funk, C. D., Laferrière, C., & Ardakani, A. (2020). A snapshot of the global race for vaccines targeting SARS-CoV-2 and the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Pharmacology*, *11*(937), 1-17.
- Grant, M., Geoghegan, L., Arbyn, M., Mohammed, Z., McGuinness, L., Clarke, E., & Wade, R. (2020). The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus (SARS-CoV-2; COVID-19): A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries. *PloS One*, *15*(6), 1-19.
- Hannah, R., Esteban, O. O., Beltekian, D., Mathieu, E., Hasell, J., Macdonald, B., & Roser, M. (2021, February 19). *Coronavirus (COVID-19) vaccinations*. Our World in Data. <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.
- Kenny, P. (2020, March 13). *WHO: Europe is new epicenter of coronavirus pandemic*. Anadolu Agency. <https://www.aa.com.tr/en/europe/who-europe-is-new-epicenter-of-coronavirus-pandemic/1765452>.
- Kupferschmidt, K. (2020, July 28). *'Vaccine nationalism' threatens global plan to distribute COVID-19 shots fairly*. Science.org. <https://www.science.org/content/article/vaccine-nationalism-threatens-global-plan-distribute-covid-19-shots-fairly>.
- McCurry, J., Ratcliffe, R., & Davidson, H. (2020, March 11). *Mass testing, alerts and big fines: the strategies used in Asia to slow coronavirus*. The Guardian. <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/11/mass-testing-alerts-and-big-fines-the-strategies-used-in-asia-to-slow-coronavirus>.
- Menocal, A., & Taxell, N. (2015). *Why corruption matters: understanding causes, effects, and how to address them*. London: DFID Evidence Paper.
- Miller, I., & Miller, M. (2014). *John E. Freund's mathematical statistics with applications*. Pearson.
- Mullard, A. (2020, November 30). How COVID vaccines are being divvied up around the world. *Nature*, *30*(10.1038).
- Qualls, N., Levitt, A., Kanade, N., Wright-Jegede, N., Dopson, S., Biggerstaff, M., & Uzicanin, A. (2017, April 21). Community mitigation guidelines to prevent pandemic influenza. *Recommendations And Reports: Morbidity And Mortality Weekly Report*, *66*(1), 1-34.
- Oehler, R. L., & Vega, V. R. (2021). Conquering COVID: How global vaccine inequality risks prolonging the pandemic. *Open Forum Infectious Diseases*, *8*(10), 1-3.
- Preda, G. (2021). *COVID-19 world vaccination progress*. Kaggle. <https://www.kaggle.com/gpreda/covid-world-vaccination-progress>.
- Santos Rutschman, A. (2020). The reemergence of vaccine nationalism. *Georgetown Journal of International Affairs, Saint Louis U. Legal Studies Research Paper*, (2020-16).
- So, A., & Woo, J. (2020). Reserving coronavirus disease 2019 vaccines for global access: cross sectional analysis. *BMJ*, *371*:m4750, 1-8.
- Sparke, M., & Anguelov, D. (2012). H1N1, globalization and the epidemiology of inequality. *Health & Place*, *18*(4), 726-736.

- Su, Z., McDonnell, D., Li, X., Bennett, B., Šegalo, S., Abbas, J. & Xiang, Y.-T. (2021). COVID-19 vaccine donations—vaccine empathy or vaccine diplomacy? A narrative literature review. *Vaccines*, 9(9), 1-10.
- Le, T. T., Cramer, J., Chen, R., & Mayhew, S. (2020). Evolution of the COVID-19 vaccine development landscape. *Nature Reviews Drug Discovery*, 19(10), 667-668.
- The Council on Foreign Relations. (2021, February 5). *A guide to global COVID-19 vaccine efforts*. (C. Felter, Ed.). CFR. <https://www.cfr.org/background/guide-global-covid-19-vaccine-efforts>.
- Thorne, E. (2020, June). *Towards a global Covid-19 vaccine strategy*. London, UK. <https://institute.global/sites/default/files/202006/Tony%20Blair%20Institute%2C%20Towards%20a%20Global%20Covid-19%20Vaccine%20Strategy.pdf>.
- Transparency International. (2021, January 28). *2020 corruption perceptions index reveals widespread corruption is weakening covid-19 response, threatening global recovery*. Transparency International. <https://www.transparency.org/en/press/2020-corruption-perceptions-index-reveals-widespread-corruption-is-weakening-covid-19-response-threatening-global-recovery#>.
- United Nations. Country Profile Data. *UN Data*. https://www.kaggle.com/sudalairajkumar/undata-country-profiles?select=country_profile_variables.csv.
- UN (2021, September 19). *COVID vaccines: Widening inequality and millions vulnerable*. UN News: <https://news.un.org/en/story/2021/09/1100192>.
- Velavan, T. P., & Meyer, C. (2020). The COVID-19 epidemic. *Tropical Medicine & International Health*, 25(3), 278-280.
- Vetter, V., Denizer, G., Friedland, L., Krishnan, J., & Shapiro, M. (2017). Understanding modern-day vaccines: what you need to know. *Annals of Medicine*, 50(2), 110-120.
- WHO (2018). *A72/17: Access to medicines and vaccines*. Seventy-Second World Health Assembly. <https://www.who.int/publications/m/item/a72-17>.
- WHO (2020a, March 11). *Coronavirus disease 2019 (COVID-19) situation report-51*. World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200311-sitrep-51-covid-19.pdf>.
- WHO (2020b, April 27). *WHO timeline-COVID-19*. WHO International. <https://www.who.int/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>.
- WHO (2021a, February 19). *COVID-19 vaccine tracker and landscape*. WHO International. <https://www.who.int/publications/m/item/draft-landscape-of-covid-19-candidate-vaccines>.
- WHO (2021b, January 18). *WHO Director-General's opening remarks at 148th session of the Executive Board*. WHO International. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board>.
- WHO. *COVAX: Working for global equitable access to COVID-19 vaccines*. WHO International. <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator/covax>.

RESEARCH ARTICLE

CLASSIFICATION OF EUROPEAN UNION MEMBER AND CANDIDATE COUNTRIES IN TERMS OF HEALTH INDICATORS THROUGH MULTIDIMENSIONAL SCALING AND CLUSTER ANALYSIS

Aylin ALKAYA *

ABSTRACT

Health indicators enable statistical comparison of the health status of countries or communities. The objective of this study is to investigate the position and classification of Turkey in European Union (EU) member and candidate countries in terms of health indicators. The study data were obtained from World Bank and United Nations Development Programme data sources. The multidimensional scaling and cluster analysis methods were performed to determine the position and classification of the countries. According to the multidimensional scaling findings, it is determined that Turkey is closely located to the European Union member countries of Bulgaria, Lithuania, Poland, Hungary, Latvia, Romania, Slovakia in terms of health indicators. Cluster analysis results demonstrate that Turkey is classified in the same cluster with European Union member countries of Croatia, Czechia, Hungary, Poland and Slovakia in terms of health indicators. It has been determined that Turkey is not classified among the European Union member countries which have better health indicator values. It has been suggested that Turkey can develop in the field of health by following the progress in countries that are successful in health indicators.

Key Words: Health indicators, European Union member and candidate countries, Cluster analysis, Multidimensional scaling

ARTICLE INFO

*Assist. Prof. Dr., Nevşehir Hacı Bektaş Veli University, Faculty of Economic and Administrative Sciences, aylin@nevsehir.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5932-5553>

Received: 08.05.2021

Accepted: 24.12.2021

Cite This Paper:

Alkaya, A. (2022). Classification of European Union Member and Candidate Countries in Terms of Health Indicators. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1): 29-46

SAĞLIK GÖSTERGELERİ AÇISINDAN AVRUPA BİRLİĞİNE ÜYE VE ADAY ÜLKELERİN ÇOK BOYUTLU ÖLÇEKLEME VE KÜMELEME ANALİZİYLE SINIFLANMASI

Aylin ALKAYA *

ÖZ

Sağlık göstergeleri, ülkelerin veya toplulukların sağlık durumlarının istatistiksel olarak karşılaştırılmasını sağlar. Bu çalışmanın amacı, sağlık göstergeleri açısından Türkiye'nin Avrupa Birliği (AB) üye ve aday ülkelerindeki konumunu ve sınıflandırmasını incelemektir. Çalışma verileri Dünya Bankası ve Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı veri kaynaklarından elde edilmiştir. Ülkelerin konum ve sınıflandırılmasını belirleyebilmek için çok boyutlu ölçekleme ve kümeleme analizi yöntemleri uygulanmıştır. Çok boyutlu ölçekleme bulgularına göre sağlık göstergeleri açısından Türkiye, Avrupa Birliği üye ülkelerinden Bulgaristan, Litvanya, Polonya, Macaristan, Letonya, Romanya, Slovakya'ya yakın bir konumdadır. Kümeleme analizi sonuçları, sağlık göstergeleri açısından Türkiye'nin Avrupa Birliği üye ülkelerinden Hırvatistan, Çekya, Macaristan, Polonya ve Slovakya ile aynı kümede sınıflandırıldığını göstermektedir. Türkiye'nin daha iyi sağlık göstergesi değerlerine sahip Avrupa Birliği üyesi ülkeler arasında sınıflanmadığı tespit edilmiştir. Türkiye'nin sağlık göstergelerinde başarılı olan ülkelerdeki ilerlemeleri takip ederek sağlık alanında gelişim gösterebileceği önerilmiştir.

Anahtar kelimeler: Sağlık göstergeleri, Avrupa Birliği üye ve aday ülkeler, Kümeleme analizi, Çok boyutlu ölçekleme

MAKALE HAKKINDA

*Dr. Öğr. Üyesi., Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, aylin@nevsehir.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0001-5932-5553>

Gönderim Tarihi: 08.05.2021

Kabul Tarihi: 24.12.2021

Atıfta bulunmak için:

Alkaya, A. (2022). Sağlık Göstergeleri Açısından Avrupa Birliğine Üye ve Aday Ülkeleriyle Sınıflaması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 29-46

I. INTRODUCTION

Health is a fundamental resource of life. Economic situations, social, environmental and biological conditions are fundamental determinants of health. In Alma Ata Declaration, the World Health Organization (WHO) declared that “the attainment of the highest possible level of health is a most important world-wide social goal whose realization requires the action of many other social and economic sectors in addition to the health sector” (World Health Organization, 1978). Development in health is one of the most important achievements of the twentieth century. Health is a main component of human development. Human development focuses on people and their choices and opportunities, and is about expanding the affluence of human life rather than economic growth (United Nations Development Programme, 2021). Human development encompasses the expansion of all human choices, whether social, cultural, economical or political. There has been an increasing impression that human development strategies are mainly concerned with social development expenditures, notably in education and health (Haq, 1995).

Human development indicators which are annually published by United Nations Development Programme (UNDP) are used for measuring human development and its dimensions. They give information more about human well-being than income. UNDP include health indicators as one of a tool of human development indicators. Health indicators are summary measures of the health status of a given population. They are used for monitoring population health and assessing health status. The health status can be measured by life expectancy, mortality and morbidity from communicable and non-communicable diseases, health expenditure, and many other indicators. Health indicators provide information about health improvements or deteriorations acquired over time. They enable statistical comparison of the health status of countries or communities.

The European Union (EU) is a political and economic union between 27 European countries (European Union, 2021a). The EU was created to foster peace, prosperity, stability and European values across the continent. The EU have helped raise living standards for all its citizens, and contributes the creation of more and better jobs in Europe (European Union, 2020). A European country that wants to access the opportunities provided by the EU desire to become a member of the EU. There are accession criteria (European Union, 2021b) to be a member of the EU. The EU was founded in 1957 by 6 European countries. Enlargements continued in years and EU has grown from 6 countries to 27 (European Union, 2020). The EU member countries are; Austria, Bulgaria, Belgium, Cyprus, Croatia, Czechia, Denmark, Estonia, France, Finland, Greece, Germany, Hungary, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, Netherlands, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain and Sweden. The EU candidate countries are; Albania, Montenegro, North Macedonia, Serbia and Turkey. Turkey in 1987, Bulgaria and Romania in 1995, and Croatia in 2003 applied for association to the EU. Although Bulgaria and Romania became a member in 2007 and Croatia became a member in 2013, Turkey has not been accepted as a member of the EU yet.

In strategy and policy determination countries use health indicators as a measure of socioeconomic development. Health indicators are an important tool in evaluating the accession process of the EU candidate countries. They give an idea about the level at which that country meets the criteria for being a member of the EU (Altıntaş, 2012). Being a member of the EU is one of Turkey's most important strategic goals (T. C. Dışişleri Bakanlığı Avrupa Birliği Başkanlığı, 2021). The aim of the study is to determine the classifications of the EU member and candidate countries and to evaluate the classification of Turkey with EU member and candidate countries according to the health indicators. Health indicators included in the scope of UNDP are used in the analysis. Statistical methods of multidimensional scaling and cluster analysis are used for classification of the EU member and candidate countries. Analyzes were performed on IBM SPSS 26.0 software.

II. METHOD

Multidimensional scaling and cluster analysis methods were used in the study.

Multidimensional Scaling (MDS), refers to a class of techniques, which the techniques use proximities among any kind of objects as input and that the techniques allow a researcher to reveal the hidden structure of databases (Kruskal and Wish, 1978). MDS is a multivariate technique that reveals proximities data on a one-, two- or more dimensional map. Proximities express the similarity, dissimilarity, closeness or relatedness between data objects, subjects, or stimuli (Borg et al., 2013). In MDS data is represented as distances in a low-dimensional (d dimensional) space in order to make data accessible to exploration and visual inspection (Borg and Groenen, 2005). A matrix of proximities represented by a configuration of points in low dimensional space (Kruskal, 1977). The primary purpose of the MDS is to place the original data in a coordinate system with as low dimensions as possible (Johnson and Wichern, 1999). Multidimensional scaling analysis is a method that aims to obtain the demonstration of objects in a k -dimensional ($k < p$) space based on the distances determined according to p variables between n objects or units, thus determining the relationships between objects (Özdamar, 2004). MDS viewed as a problem of statistical fitting under given dissimilarities, it is desired to find the configurations whose distances fit them best (Kruskal, 1964). Euclidean distance is an inter-point distance measure that in d dimensions its value for two stimuli i and j , represented by d -dimensional coordinates X_i and X_j , is given as follow (Everitt and Dunn, 2001):

$$d_{ij} = \left[\sum_{k=1}^p (x_{ik} - x_{jk})^2 \right]^{1/2} \quad (1)$$

In the literature the techniques which used the original Euclidean coordinates that are depend on the derived Euclidean distances for scaling was brought by Torgerson (1952) (Cox and Cox, 2000). The method developed by Torgerson (1952) is termed metric MDS. The intended purpose of the metric MDS is to assess interval and ratio scaled data. In MDS, R^2 is a measure of how well the raw data fit the MDS model. The higher the R^2 value, the better the fit ($0 \leq R^2 \leq 1$) (Hair et al., 2014). Kruskal (1964), perform a monotone regression of distance upon dissimilarity, and use the residual variance, suitably normalized, as quantitative measure for any given configuration and call this the stress. How well the configuration matches the data is measured by the stress. It is a residual sum of squares and so that it is positive and the smaller the better it is (Kruskal, 1964). The verbal evaluation is suggested by Kruskal (1964):

Stress	20%	10%	5%	2½%	0%
Goodness of fit	Poor	Fair	Good	Excellent	Perfect

Cluster Analysis (CA) as can be called classification analysis classify similar units (or objects, or individuals, or variables) into the unknown groups called clusters. In CA between clusters dissimilarity (heterogeneity) and within clusters similarity (homogeneity) is tried to be achieved. CA is usually done in an attempt to combine cases into clusters when the group membership, group structure need not be known prior to the analysis (Wilmink and Uytterschaut, 1984; Tatlıdil, 1996; Afifi et al., 2020). A large data set can be summarized by a classification scheme and then the group labels may provide a very concise description of patterns of similarities and differences in the data (Everitt et al., 2011). There are different clustering methods that generally be grouped under two headings as hierarchical and non-hierarchical clustering methods. In hierarchical cluster analysis at the beginning of the clustering process, there are n clusters equal to the number of units. In the second step, the most similar units are combined into the same cluster. The clustering process is continued in a way that units combined in a cluster are combined with other clusters at the next step. At the end of the clustering process, all units are brought together in one cluster. The basic assumptions of cluster analysis are that there is not have multicollinearity among variables. In the case of highly correlated

variables, one of the suggested methods is to continue to study with only one of these variables. Another way is to obtain a new variable by summing the values of the two highly correlated variable (Alpar, 2013). In the study, hierarchical cluster analysis was used as the classification method in the analysis. Euclidean distance, one of the most frequently used distance measures, was used in the analyzes to measure distances.

Human development indicators related to the health of the EU member and candidate countries have been drawn for each country from World Bank (WB) and UNDP databases. The health dimension of human development indicators which are consist of seventeen indicators was used as variables in the analysis. The health indicators of HIV prevalence, stunting (moderate or severe) (% under age 5), child malnutrition, malaria incidence data were not available for all countries, thus these indicators excluded from the study. The variables (indicators) that are included in the analysis are as follow:

- CHE: Current health expenditure (% of GDP)
- ASMRF: Age-standardized mortality rate attributed to noncommunicable diseases (per 100.000 population), female
- ASMRM: Age-standardized mortality rate attributed to noncommunicable diseases (per 100.000 population), male
- ILIDTP: Infants lacking immunization, DTP (% of one-year-olds)
- ILIM: Infants lacking immunization, measles (% of one-year-olds)
- LEAB: Life expectancy at birth (years)
- LEABF: Life expectancy at birth, female (years)
- LEABM: Life expectancy at birth, male (years)
- LEI: Life expectancy index
- MRF: Mortality rate, female adult (per 1,000 people)
- MRM: Mortality rate, male adult (per 1,000 people)
- MRI: Mortality rate, infant (per 1,000 live births)
- MRUF: Mortality rate, under-five (per 1,000 live births)
- TI: Tuberculosis incidence (per 100,000 people)

The availability period of the indicators is as follow: LEAB, ILIDTP, ILIM, LEABF, LEABM, LEI for 2019; CHE, MRI, MRUF, TI for 2018, ASMRF, ASMRM, MRF, MRM for 2016.

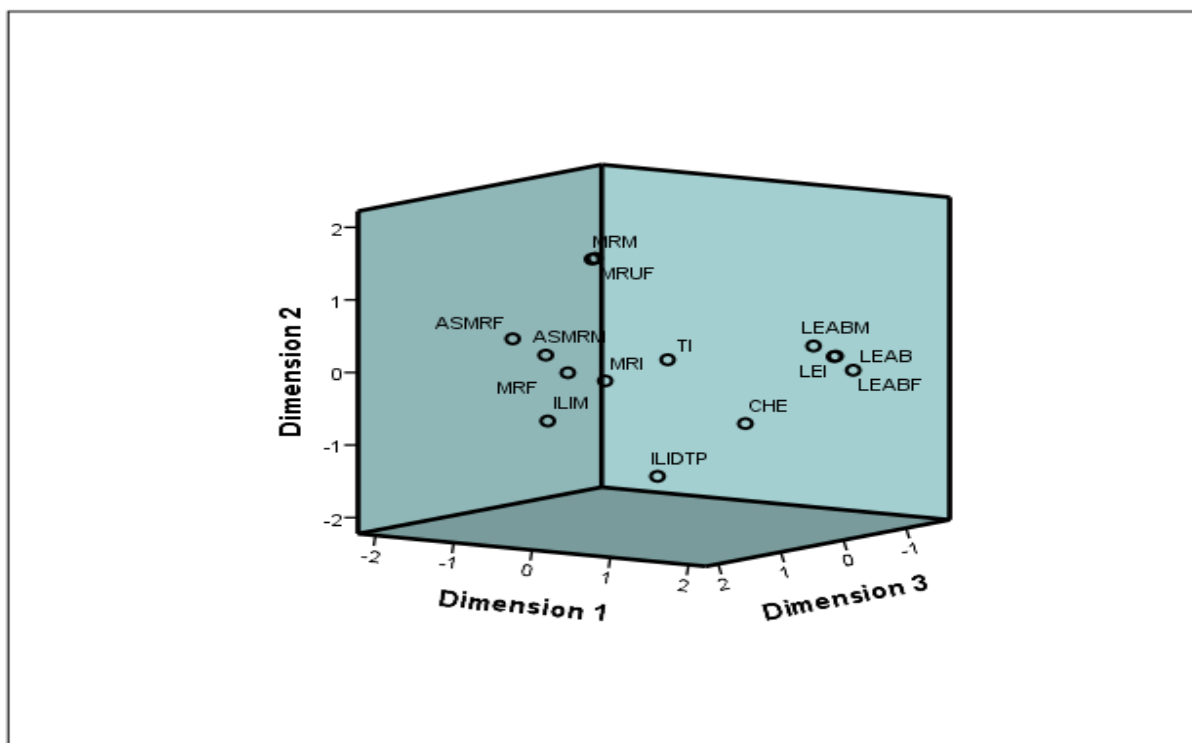
III. RESULTS

3.1. Multicollinearity Examination

Multicollinearity affects CA results and conclusions via CA can be inappropriate (Hair et al., 2014). Therefore, it would be true path to investigate the multicollinearity between the variables before the cluster analysis. High level of correlations between variables causing multicollinearity problem can be determined by MDS and correlation coefficients. Pearson and Spearman correlation coefficients can be used to determine the correlations between two variables. In order to decide which correlation coefficient to use, it should be investigated whether the data is normally distributed. While Pearson correlation coefficient is used for normally distributed data, Spearman correlation coefficient can be used for non-normally distributed data. The Shapiro-Wilk test (SW) is used to assess normality distribution of the data. The null hypothesis for SW is that the data are normally distributed. In the case of SW, if significance values (p) are less than 0.05, the null hypothesis will be rejected. For all health indicators except LEABF show statistical significance values (The SW results are not included in our study). It can be concluded that only LEABF data follows a normal distribution ($p=0.083 > \alpha=0.05$). Thus, violation of normality assumption, Spearman correlation coefficients are used to investigate the correlations between health indicators.

In this study the MDS two-dimensional solution has stress of 0.18110 (goodness of fit is between poor-fair) and stress goes down to 0.08687 (goodness of fit is between fair-good) in three dimensions. Stress values improved as more dimensions are used. The two-dimensional solution has $R^2=0.91558$ value and the three-dimensional solution has $R^2=0.96663$. It is concluded that three-dimensional representation is better appropriate.

Figure 1. Visualization of Health indicators in Three Dimensions by Multidimensional Scaling (Euclidean Distance Model)



It can be seen from Figure 1 that LEAB and LEI indicators are overlapped, and LEABM and LEABF indicators are located very close to these indicators. The Spearman correlation coefficient values of LEAB and LEI; LEAB and LEABM; LEAB and LEABF are 0.999; 0.943; 0.974 respectively. It is seen that all life expectancy indicators LEAB, LEABF, LEABM, LEI form a group. It is also seen from Figure 1 that the mortality rate indicators of MRM and MRUF are overlapped. However, the mortality indicators of MRF and MRI are not included in this group. The Spearman correlation coefficient value of MRM and MRUF; MRM and MRF; MRUF and MRI; MRF and MRI are 0.995; 0.489; 0.443; 0.892 respectively.

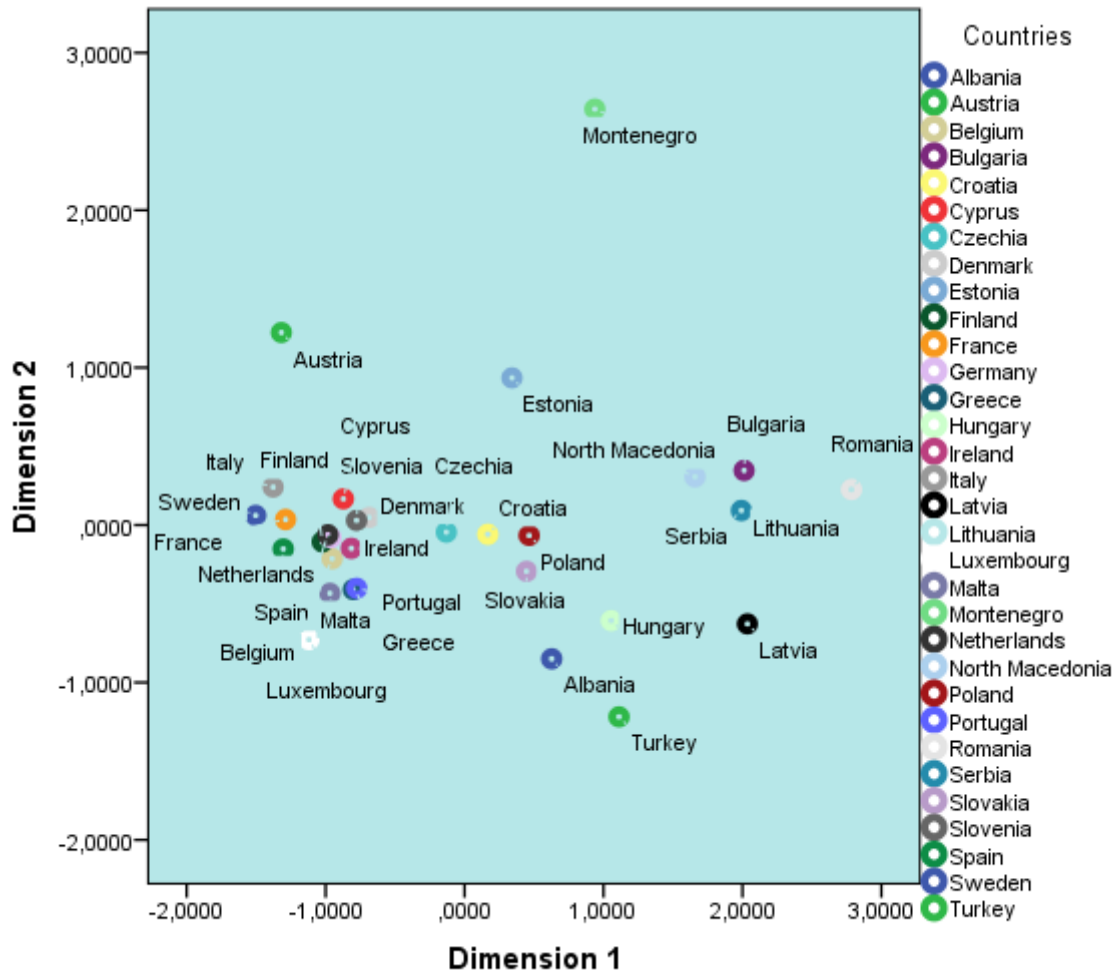
To overcome multicollinearity only the LEAB, MRUF, MRF, MRI, CHE, ASMRF, ASMRM, ILIDTP, ILIM, TI indicators will be included in the analysis of MDS and CA.

3.2. Multidimensional Scaling for Country Classifications

The stress values for two-dimensional, three-dimensional, and four-dimensional solutions were found to be 0.13124, 0.12851, and 0.12992, respectively. The two-dimensional solution has only slightly more stress than three-dimensional and four-dimensional solutions. The R^2 value for two-, three-, and four-dimensional solutions were found to be 0.95711, 0.96133, and 0.96147, respectively. There are slight changes in R^2 values. Therefore, according to the stress and R^2 , the two-dimensional solution can be executed. As a result of MDS analysis, similar countries according to their health indicators are gathered together. Countries with similar and dissimilar health indicators are mapped in a two-dimensional space given by Figure 2. In multidimensional scaling analysis, distance calculations

change according to the measurement levels of the data. Since the health indicator variables used in the analysis are measured at the ratio level, the Euclidean distance was used in the distance calculations. Figure 2 shows the configuration of points produced by metric MDS.

Figure 2. Visualization of Countries in Two Dimensions by Multidimensional Scaling (Euclidean Distance Model)



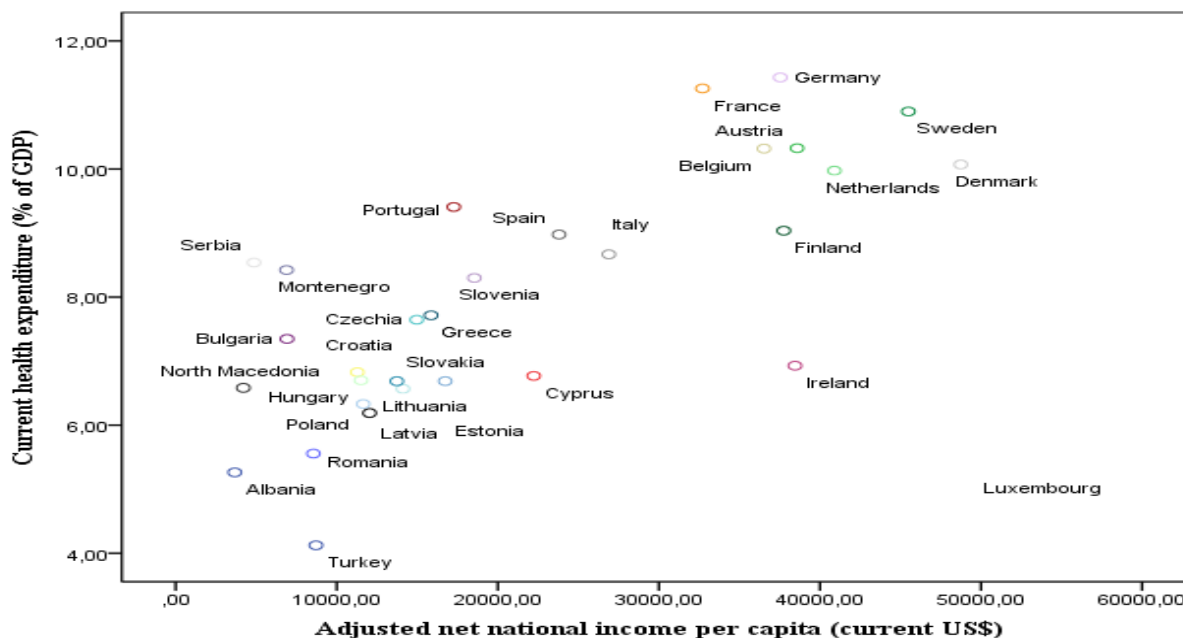
In Figure 2 countries located around the zero points of intersection of the two dimensions are countries that have similar characteristics according to the health indicators. Those countries which are located left-hand side of the Dimension 1 have better LEAB, MRUF, MRF, MRI, CHE, ASMRF, ASMRM and TI values than those countries located on the right-hand side.

Albania, Bulgaria, Montenegro, N. Macedonia, Romania, Serbia and Turkey are all upper middle-income countries and the rest of other countries are high income countries (World Bank, 2021a). It is observed from Figure 2 that upper middle-income countries are fall on the right-hand side and most of the high-income countries are fall on the left- and middle-hand side of the figure. Examining the CHE, it is determined that the countries fall on the right-hand side of the zero point of Dimension 1 have lower CHE than that of the countries on the left-hand side of the zero point of Dimension 1 (except CHE of Serbia and Montenegro is closer to the left-hand side of the countries).

At this point the income and health expenditures of the countries are illustrated on Figure 3. Pearson correlation coefficient $r = +0.55$ is significant at 0.05 level ($p=0.001$). There is a positive relationship between income and current health expenditure. It can be inferenced from the Figure 3

that although the national income of Turkey is higher than Albania, North Macedonia, Serbia, Montenegro, Bulgaria and Romania, Turkey has the lowest health expenditure.

Figure 3. The Relationship Between Current Health Expenditure and Income Distribution



Data Source: World Bank (2021b)

The MDS results of stimulus coordinates are showed by Table 1.

Table 1. Stimulus Coordinates

STIMULUS	DIMENSION	
COUNTRIES	1	2
Albania	0.6271	-0.8496
Austria	-1.3181	1.2227
Belgium	-0.9528	-0.2140
Bulgaria	2.0117	0.3467
Croatia	0.1675	-0.0591
Cyprus	-0.8728	0.1658
Czechia	-0.1314	-0.0454
Denmark	-0.6868	0.0484
Estonia	0.3415	0.9346
Finland	-1.0239	-0.1064
France	-1.2880	0.0351
Germany	-0.9624	-0.0808
Greece	-0.8014	-0.4097
Hungary	1.0553	-0.6069
Ireland	-0.8150	-0.1478
Italy	-1.3775	0.2408

STIMULUS	DIMENSION	
COUNTRIES	1	2
Latvia	2.0357	-0.6281
Lithuania	2.0318	0.1512
Luxembourg	-1.1198	-0.7276
Malta	-0.9691	-0.4333
Montenegro	0.9380	2.6423
Netherlands	-0.9839	-0.0619
N. Macedonia	1.6584	0.3063
Poland	0.4648	-0.0665
Portugal	-0.7765	-0.4013
Romania	2.7842	0.2258
Serbia	1.9920	0.0923
Slovakia	0.4459	-0.2940
Slovenia	-0.7773	0.0292
Spain	-1.3050	-0.1516
Sweden	-1.5035	0.0612
Turkey	1.1114	-1.2184

From Table 1 in Dimension 1 the lowest score belongs to Sweden (-1.5035) and the highest score belongs to Romania (2.7842). In Dimension 2, the lower scores belong to Turkey, Albania, Luxembourg, Latvia and Hungary; and the higher scores belong to Montenegro, Austria and Estonia, respectively. It is determined from the data that the scores of ILIDTP, ILIM are higher, MRF, MRI and MRUF are lower (are better values) for Montenegro, Austria and Estonia than Turkey, Albania, Luxembourg, Latvia and Hungary.

In MDS optimally scaled data disparity is a measure of similarity/dissimilarity between two observations. The higher the disparity value, the higher the dissimilarity between two compared countries. Table 2 demonstrates the disparities for EU candidate countries.

Table 2. Optimally Scaled Data Disparities for EU Candidate Countries

Countries	Disparities				
	Albania ²	N. Macedonia ²	Montenegro ²	Serbia ²	Turkey ²
Albania ²	0.000	1.300	3.121	1.970	0.473
Austria ¹	2.814	3.141	3.058	3.360	3.354
Belgium ¹	2.079	2.653	3.149	2.741	2.342
Bulgaria ¹	2.062	1.693	2.732	1.740	1.648
Croatia ¹	1.161	1.708	2.658	2.018	1.274
Cyprus ¹	1.891	2.500	2.771	2.803	2.185
Czechia ¹	1.535	2.059	2.713	2.209	1.648
Denmark ¹	1.969	2.465	2.963	2.591	2.185
Estonia ¹	2.194	2.328	2.318	2.525	2.185
Finland ¹	2.191	2.802	3.068	2.831	2.471
France ¹	2.378	2.826	3.134	2.993	2.861
Germany ¹	2.193	2.673	3.112	2.685	2.471
Greece ¹	1.743	2.512	3.235	2.804	1.912
Hungary ¹	1.740	1.848	2.950	1.591	1.359
Ireland ¹	1.761	2.477	2.970	2.781	1.912
Italy ¹	2.341	2.969	3.142	3.215	2.861
Latvia ¹	2.244	2.273	3.188	1.979	1.757
Lithuania ¹	2.298	2.273	2.866	2.155	1.912
Luxembourg	2.021	2.915	3.463	3.152	2.185
Malta ¹	1.687	2.45	3.331	2.896	1.912
Montenegro ²	3.121	2.395	0.000	2.673	3.796
Netherlands ¹	2.067	2.614	3.053	2.739	2.342
N. Macedonia ²	1.300	0.000	2.395	1.597	1.067
Poland ¹	1.375	1.775	2.652	1.962	1.274
Portugal ¹	2.005	2.734	3.294	2.848	2.339
Romania ¹	2.434	2.432	3.207	2.629	2.185
Serbia ²	1.970	1.597	2.673	0.000	1.912
Slovakia ¹	1.215	1.596	2.842	1.840	1.067
Slovenia ¹	2.020	2.629	2.945	2.736	2.342
Spain ¹	2.248	2.988	3.377	3.166	2.735
Sweden ¹	2.444	3.048	3.339	3.096	3.083
Turkey ²	0.473	1.345	3.391	2.214	0.000

1: EU country, 2: EU candidate country

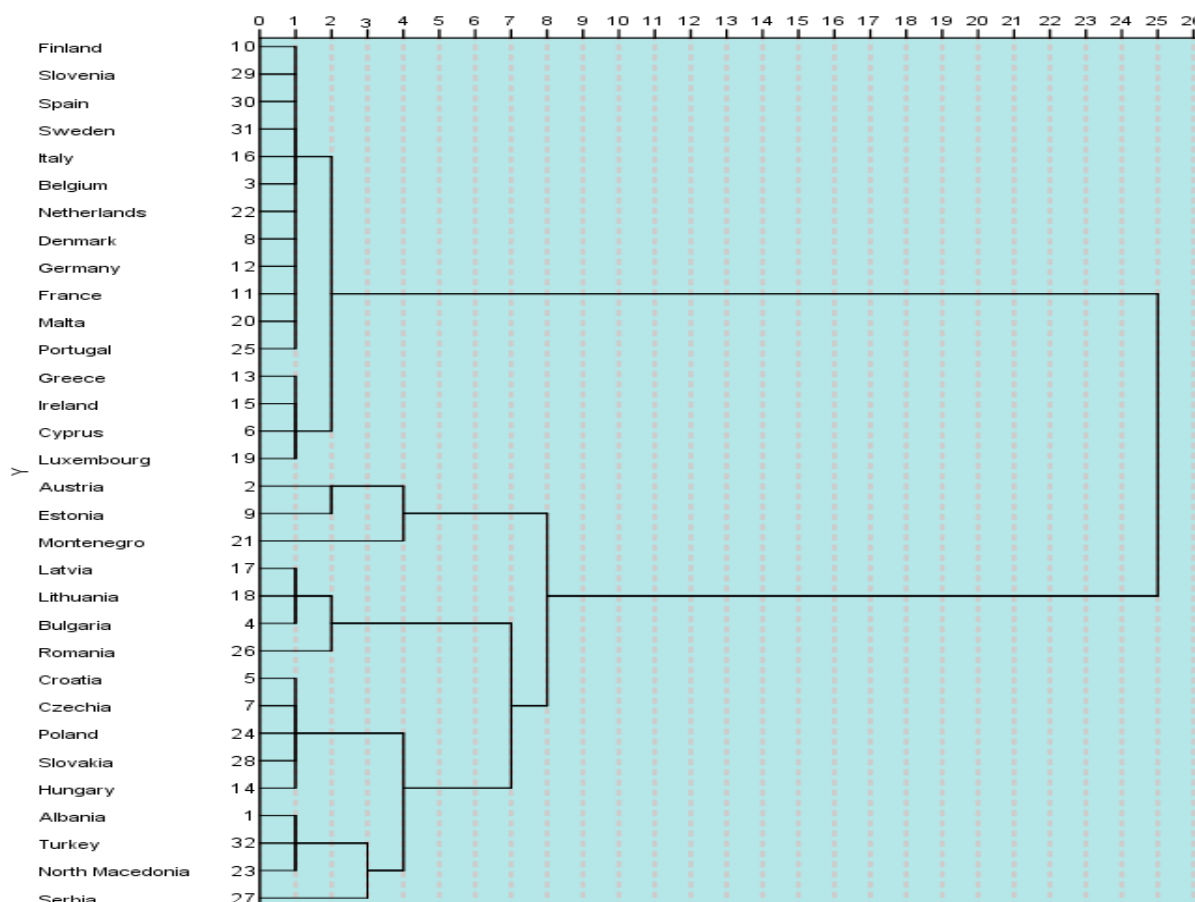
■ : The closest to EU country ■ : The farthest to EU country

It can be seen from Table 2 that Turkey is the closest country to EU member countries of Bulgaria, Lithuania, Poland, Hungary, Latvia, Romania, Slovakia; and Albania is the closest to the rest of the EU countries. The most similar country to Turkey is Albania (0.473) and the most dissimilar country to Turkey and Albania is Montenegro. Turkey is most dissimilar to the EU member country of Austria.

3.3. Cluster Analysis for Country Classifications

Using hierarchical cluster analysis and Ward linkage cluster method, all countries have been classified into 7 clusters at the second level (Figure 4).

Figure 4. Dendrogram using Ward Linkage (Rescaled distance cluster combine)



In CA similar countries classified into the same cluster. The results of clustering are shown in Table 3.

Table 3. The Classification of Countries According to The Health Indicators into Seven Cluster

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6	Cluster 7
Albania	Belgium	Luxembourg	Austria	Bulgaria	Croatia	Montenegro
N. Macedonia	Cyprus	Malta	Estonia	Latvia	Czechia	Serbia
Turkey	Denmark	Netherlands		Lithuania	Hungary	
	Finland	Portugal		Romania	Poland	
	France	Slovenia			Slovakia	
	Germany	Spain				
	Greece	Sweden				
	Ireland					
	Italy					

As a result of the cluster analysis in Table 3, EU candidate countries are classified in clusters separated from EU member countries. EU candidate countries of Albania, N. Macedonia and Turkey classified into a cluster, Montenegro classified in one another cluster and Serbia classified in one another cluster. There are similar results according to the CA and MDS results. MDS results in Figure 2 illustrates that Albania and Turkey are closely located, and Montenegro is located far away from the rest of the countries. As classified into the same cluster, Bulgaria, Latvia, Lithuania and Romania are located at the right-hand side of the Figure 2. Classified into the Cluster 5, Croatia, Czechia, Hungary, Poland and Slovakia are located nearby the center of the Dimension 1 in Figure 2. Belgium, Cyprus,

Denmark, France, Finland, Greece, Germany, Italy, Ireland, Luxembourg, Malta, Netherlands, Portugal, Spain, Sweden and Slovenia clustered into the Cluster 3 are all located at the right-hand side and the nearby the center of Dimension 2 in Figure 2. In Figure 2 Serbia is located nearby Lithuania.

SW was conducted to determine whether the underlying distributions are normal for health indicators in each cluster, and it is found that the distributions are normal ($p > \alpha = 0.05$). Thus, the means are used as a central tendency measure for indicators to assess final cluster centers. In Table 4 the means of health indicator are reported for each cluster. The means of health indicators taken into consideration and comparisons are made between clusters as follow.

Table 4. Cluster Means of Health Indicators

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4	Cluster 5	Cluster 6	Cluster 7
CHE	5.32	9	8.51	6.42	6.84	8.42	8.54
LEAB	77.37	82.14	80.15	75.55	78.2	76.9	76
ASMRF	467.57	270.91	303.65	432.67	369.92	474.9	748.7
ASMRM	688.3	411.54	535.4	785.9	639.3	673.4	717.7
ILIDTP	1.33	1.94	9	4.25	1.4	6	1
ILIM	11	5	9	6.25	5.4	58	13
MRF	58	42.81	49	80.75	61.6	66	75
MRI	110.67	78.5	117	199.5	140.2	125	142
MRUF	9.77	3.48	3.05	5.58	4.48	2.5	5.5
TI	15.67	8.17	10.05	40.75	8.4	15	17

■ : Best value of health indicator ■ : Worst value of health indicator

Cluster 1 is composed of EU candidate countries of Albania, N. Macedonia and Turkey. In all of the clusters the lowest CHE belongs to this cluster. According to the 2000-2019 annually data, although in years the CHE rises for these countries, they have not caught the EU countries yet. The minimum CHE belongs to Turkey, Turkey spent 4.12 percent of its' GDP on health. ASMRF and ASMRM are high for this cluster. Compared to the other clusters ILIDTP value is better on the contrary ILIM value is not so better. The highest values of MRUFs belong to this cluster.

Cluster 2 is composed of 16 EU member countries. According to the indicators of CHE, LEAB, ASMRF, ASMRM, ILIM, MRF, MRI, and TI this is the most successful countries cluster. The values for ILIDTP and MRUF indicator values are not so high as compared to their best values.

Austria and Estonia are classified into Cluster 3. The second order best values of LEAB, ASMRF, ASMRM, and MRF belong to this cluster. The worst value of ILIDTP belongs to this cluster and the value of ILIM is not good for this cluster.

Cluster 4 is composed of Bulgaria, Latvia, Lithuania and Romania. It can be seen from Table 4 that the worst values of LEAB, ASMRM, MRF, MRI, and TI belong to this cluster. The second order minimum value of CHE belong to this cluster. It can be interpreted that Bulgaria, Latvia, Lithuania and Romania are not prospered in indicators of ASMRM MRI, TI, and LEAB.

Cluster 5 is composed of Croatia, Czechia, Hungary, Poland and Slovakia. The means for this cluster is at the average level of all the clusters. It can be interpreted that the next best cluster after Cluster 2 in terms of health indicators of ILIM and TI is this cluster.

Montenegro is the only country classified into Cluster 6. The best value of MRUF belongs to Montenegro. The worst value of ILIM which is so high compared to other clusters belongs to Montenegro.

Serbia is classified into Cluster 7. The best value of ILIDTP belongs to Serbia. The worst value of ASMRF belongs to Serbia. The next best cluster after Cluster 2 in terms of health indicator of CHE is this cluster. The next worst cluster after Cluster 4 in terms of health indicator of ASMRM, TI, MRF and MRI is this cluster.

In order to determine how the EU candidate countries can be classified with the EU candidate countries, 4 cluster classifications in the fourth level of the CA in Figure 4 were evaluated. The classification results are shown in Table 5. Montenegro merged with Austria and Estonia in a cluster; Albania, N. Macedonia, Serbia and Turkey merged with Croatia, Czechia, Hungary, Poland, Slovakia in a cluster.

Table 5. The Classification of Countries According to The Health Indicators into Four Cluster

Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
Albania	Belgium	Italy	Austria
N. Macedonia	Cyprus	Luxembourg	Estonia
Serbia	Denmark	Malta	Montenegro
Turkey	Finland	Netherlands	Bulgaria
Croatia	France	Portugal	Latvia
Czechia	Germany	Slovenia	Lithuania
Hungary	Greece	Spain	Romania
Poland	Ireland	Sweden	
Slovakia			

From Table 4 and Table 5 it seen that in both seven and four classifications, the second clusters comprise of the same countries; and the fourth clusters comprise of the same countries. It is seen that Montenegro merged with Austria and Estonia into the same cluster, and the rest of the other EU candidate countries are all merged with Croatia, Czechia, Hungary, Poland and Slovakia into the same cluster at the fourth level of clustering.

Table 6. Final Cluster Centers of Four Classifications

	Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3	Cluster 4
CHE	6.52	9	8.48	6.42
LEAB	77.68	82.14	79.07	75.55
ASMRF	444.56	270.91	360.73	432.68
ASMRM	664.34	411.54	581.4	785.9
ILIDTP	1	1.94	8	4.25
ILIM	8.11	5	25.33	6.25
MRF	61.89	42.81	54.67	80.75
MRI	130.6	78.5	119.7	199.5
MRUF	6.36	3.48	2.87	5.58
TI	11.8	8.17	11.7	40.75

■ : Best value of health indicator ■ : Worst value of health indicator

Also, for the four clustering SW was conducted to determine whether the underlying distributions are normal for health indicators in each cluster, and it is found that the distributions are normal ($p > \alpha = 0,05$). Thus, means are used as a central tendency measure for indicators to assess final cluster centers. The final cluster centers of four classifications are given above in Table 6.

It can be concluded from Table 5 and Table 6 that Belgium, Denmark, Cyprus, France, Finland, Greece, Germany, Italy, Ireland, Malta, Luxembourg, Netherlands, Portugal, Spain, Slovenia and Sweden are the countries with the most successful health indicators of CHE, LEAB, ASMRF, ASMRM, ILIM, MRF, MRI, TI. Albania, N. Macedonia, Serbia, Turkey, Croatia, Czechia, Hungary,

Poland and Slovakia and Sweden are the countries with the most successful health indicator of ILIDTP. Austria, Estonia and Montenegro are the countries with the most successful health indicator of MRUF.

3.4. Changes in Health Indicators Over the Years in Turkey and Average Values of EU Member Countries

The data available for the period 2000-2019 are given in Table 7.

Table 7. Changes in Health Indicators Over the Years in Turkey and Average Values of EU Member Countries

	Country	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
LEAB	EUA*	75.9	77.2	78.5	78.7	79	79.2	79.4	79.63	79.81	80	80.1	80.3
	Turkey	70	72.4	74.5	74.9	75.4	75.8	76.2	76.5	76.9	77.2	77.4	77.7
CHE	EUA	6.89	7.69	8.44	8.33	8.37	8.36	8.32	8.209	8.25	8.18	8.18	
	Turkey	4.6	4.89	5.02	4.65	4.44	4.37	4.33	4.117	4.285	4.18	4.12	
MRI	EUA	6.66	5.32	4.26	4.11	3.97	3.86	3.74	3.633	3.541	3.42	3.32	3.22
	Turkey	31.4	22.3	15.6	14.6	13.6	12.7	11.9	11.1	10.5	9.8	9.2	8.6
MRUF	EUA	8	6.38	5.1	4.93	4.76	4.6	4.48	4.337	4.222	4.11	3.99	3.87
	Turkey	38.6	26.5	18.2	17	15.8	14.8	13.8	13	12.1	11.4	10.7	10
MRF	EUA	75	68.6	60.6	59.7	57.8	57	54.8	52.85	50.55	42.2		
	Turkey	100	87.7	78.6	77.2	75.7	74.3	72.9	71.53	70.13	68.7		
TI	EUA	30.6	24.8	19.2	18.3	17.8	17.2	15.9	15.44	14.83	13.8	13.2	
	Turkey	33	33	25	24	22	20	20	18	18	17	16	
ILIM	EUA	9.48	6.7	6.44	6.04	5.37	5	5.33	5.815	6	5.63	5.52	5.56
	Turkey	13	9	3	2	4	2	6	3	2	4	4	3
ASMRF	EUA	429		351					325.2	315.6			
	Turkey	573		464					421.1	414.3			
ILIDTP	EUA	2.19	2.41	2.11	2.3	2	1.96	2.37	2.333	2.37	2.33	2.74	2.7
	Turkey	8	8	2	2	3	1	3	2	1	2	1	1

Data Source: World Bank (2021b) and UNDP (2021) data, *EUA: EU member countries average value

It can be seen from Table 7 that Turkey's health indicators except CHE have improved over time. Turkey's health expenditure has increased from 2000 to 2010, and since 2011 there has been a decrease in health expenditure. ILIM values are better than EU average, since 2010 the other health indicator values are behind the EU average values. The changes of ASMRF, ASMRM, MRF and TI over the years has been similar both for Turkey and EU average. However, the values of these indicator are higher for Turkey than EU average.

IV. DISCUSSION AND CONCLUSION

According to the findings in MDS similar countries are located closely in terms of the health indicators. It was determined that Turkey is not located among the countries with the best values of LEAB, MRUF, MRF, MRI, CHE, ASMRF, ASMRM and TI values. It has concluded that most of the health indicator values of high-income countries are better than upper middle-income countries. There is a positive relationship between income and health expenditure. It is observed from Figure 3 that for most of the countries those with high income spend more on health and the lowest health expenditure belongs to Turkey.

According to the MDS results of stimulus coordinates MRF, MRI and MRUF are higher (are not good values), ILIDTP, ILIM are lower (are better values) for Turkey, Albania, Luxemburg, Latvia and Hungary compared to Montenegro, Austria and Estonia. In the study data the worst values of infant mortality rate (MRI), under-five mortality rate (MRUF) and female adult mortality rate (MRF) are belonged to Turkey.

The United Nations accepts death rates and causes of death as development indicators for countries (Gürler et al., 2020). In 2019, the top three causes of death in women in Turkey were circulatory system diseases, benign and malignant tumors and respiratory system diseases (Türkiye İstatistik Kurumu, 2021). In 2017 the top three causes of death for under five children were prematurity (32%), congenital anomalies (29%), other neonatal causes (10%). Out of every 1000 babies born alive, 10.2 in 2014 and 9.2 in 2018 died in their first year of life. There are regional disparities in infant and under-5 mortalities in Turkey. While the highest number of deaths occurred in the Southeastern Anatolia region in 2014 and 2018, the lowest deaths were in the East Marmara region in 2014 and the West Marmara region in 2018 (Tokuç and Eskiocak, 2020).

As an indicator of a country health, infant mortality rate is often considered as a barometer of community or country overall welfare (Gonzalez and Gilleskie, 2017). Infant mortality rate, which is seen as a development criterion in many academic studies was worst for Turkey than EU countries also in the study of Altıntaş (2012). The findings of Lorcu and colleagues (2012) gives that Turkey is positioned separately from EU countries, and in terms of the average values of child and maternal health Turkey is at the worst position compared to EU countries. However, in the Lorcu and colleagues (2012) study Turkey has the highest vaccination rates. It has observed in the study of Köksal and colleagues (2016) that the health indicators of crude birth rate, infant mortality rate, mortality rate under age five, maternal mortality rate, LEAB, the share of health from general budget, health expenditure per capita, number of physicians, nurses, midwives and hospital beds for Turkey are not as good as the EU average values. In MDS optimally scaled data disparity results show that Turkey is closely located to the EU member countries of Bulgaria, Lithuania, Poland, Hungary, Latvia, Romania, Slovakia. Turkey is most dissimilar to the EU member country of Austria. In comparison of health indicators Austria's values are better than Turkey's values in all health indicators except ILIM and ILIDTP.

In CA countries firstly classified into 7 clusters. In this classification Turkey was in the same cluster with Albania and N. Macedonia. These countries have the lowest CHE. According to the 2000-2019 annually data, although in years the CHE rises for these countries, they have not caught the EU countries yet. The minimum CHE is belonged to Turkey, Turkey spent only 4.12 percent of its' GDP on health. ASMRF and ASMRM are high for this cluster and the highest values of MRUFs belong to this cluster.

ILIDTP values are better on the contrary ILIM values are not so better for this cluster. In this classification Belgium, Cyprus, Finland, Denmark, France, Greece, Germany, Italy, Ireland, Luxembourg, Netherlands, Malta, Portugal, Sweden and Slovenia countries classified into the same cluster. This is the most successful cluster in terms of CHE, LEAB, ASMRF, ASMRM, ILIM, MRF, MRI, and TI. Turkey can follow the developments of these countries in the field of those health indicators.

In order to determine EU candidate countries classifications with EU member countries at fourth level of CA has taken into consideration and 4 clusters were formed in this classification. Turkey, Albania, N. Macedonia and Serbia merged with Croatia, Czechia, Hungary, Poland, Slovakia in a cluster. Montenegro merged with Austria and Estonia in a cluster. Turkey is classified with EU member countries in a group, but the health indicators of this group are not as good as the group of other EU member countries.

In the literature studies have been conducted to determine the classification and location of Turkey among EU member countries with regards to the different health indicators. In the study of Sığırılı and others (2006), (MDS) results show that Turkey is closely located to Romania and Bulgaria. Altıntaş (2012) determined that Turkey has not yet reached the EU level in terms of health indicators. In the study of Lorcu and Bolat (2012), the analysis reveals significant similarities between EU member countries of Bulgaria, Romania and Turkey. Lorcu and others (2012) determines that Turkey is positioned separately from EU member countries. In the study of Girginer (2013) Turkey classified into the same group with Bulgaria, Hungary, Latvia, Estonia, Lithuania, Poland and Romania. The study results of Alptekin (2014) reveals that Turkey classified into the same group with Lithuania, Poland, Estonia, Hungary, Romania, Slovakia, Latvia, Bulgaria and Cyprus. Köksal and others (2016) according to the health indicators identified significant differences between Turkey and average value of EU member countries. In the study of Şahin (2017) Turkey was placed in the same cluster with Bulgaria, Czechia, Croatia, Estonia, Lithuania, Poland, Romania, Hungary, Latvia and Slovakia in both years of 2000 and 2014. Yalçın-Balçık and others (2021) examines health indicators of EU member, EU candidate and EFTA countries and in this study Turkey, Albania, Bulgaria, Bosnia Herzegovina, Hungary, Latvia, Estonia, Lithuania, Poland, Montenegro, Macedonia, Romania, Serbia, Slovakia classified into the same cluster. The findings obtained from this study are in parallel with the existing literature. In all these studies and also in this study, Turkey was not classified among the EU member countries which have better health indicator values.

In both MDS and CA, Turkey is classified with EU member countries of Hungary, Poland, Slovakia. Despite the developments over the years in the health sector and classified into the same class with the EU member countries, it has been determined that Turkey lags behind the EU countries which are successful in health indicators. It is essential to make improvements in the field of health to accelerate Turkey's accession to the EU.

From both developing and developed countries, there is strong empirical evidence that improved health significantly increases economic productivity and growth, and also economic growth improves health (Atun and Fitzpatrick, 2005). Increasing health expenditures positively affects economic growth and development (Giray and Çimen, 2018). One of the most important factors affecting the health level positively is the increase in health expenditures. Important issues that determine health policies are the shares of health expenditures and financing from the economies of countries (Güven et al., 2020). In Turkey, more effective investments should be made to achieve goals in the field of health.

Infant, under-five and female adult mortality rates have to be on the top of the agenda of Turkish health policymakers and scientists. In order to prevent deaths, it is necessary to determine the causes of deaths. The causes of diseases or risk factors that adversely affect the noncommunicable disease of adults, the health and life of women, infants and children under the age of 5 should be investigated and necessary precautions should be taken to reduce deaths. Priorities should be given to preventive health services and health trainings should be given to individuals. Equal access to healthcare resources should be provided in all regions of Turkey. A healthy society can be formed by developing in the field of health, and thus community welfare can be provided.

The latest data are used in the analysis of this study. Health indicators for 2020 and 2021 years not yet published are expected to show reductions in life expectancy and rises in mortality rates due to the COVID 19 pandemic. Since January 2020, most of the health spending has been used for resolving health problems caused by the pandemic. It will be essential to re-examine and compare changes in health indicators of Turkey and the EU, and to evaluate Turkey's success during this pandemic process.

Ethical Approval: The data used in the study were obtained from open sources, therefore, ethics committee approval is not required.

REFERENCES

- Afifi, A., May, S., Donatello, R. A., & Clark, V. A. (2020). *Practical multivariate analysis*. Taylor & Francis Group.
- Alpar, R. (2013). *Çok değişkenli istatistiksel yöntemler*. Detay Yayıncılık.
- Alptekin, N. (2014). Comparison of Turkey and European Union countries' health indicators by using fuzzy clustering analysis. *International Journal of Business and Social Research*, 4(10), 68-74.
- Altıntaş, T. (2012). *Türkiye ve Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin sağlık göstergeleri açısından çok değişkenli istatistik yöntemlerle karşılaştırılması* [Unpublished doctoral dissertation], İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Atun, R., & Fitzpatrick, S. (2005, June 22-23). *Advancing economic growth: Investing in health* [Conference Presentation]. Chatham House Conference, London. <https://www.chathamhouse.org/sites/default/files/public/Conferences/Conference%20Reports/advancingecon2005.pdf>
- Borg, I., & Groenen, P. J. F. (2005). *Modern multidimensional scaling: Theory and applications*. Springer Science & Business Media Inc.
- Borg, I., Groenen, P. J. F., & Mair, P. (2013). *Applied multidimensional scaling*. Springer Science & Business Media.
- Cox, T. F., & Cox, M. A. A. (2000). *Multidimensional scaling*. Chapman and Hall.
- European Union (2020). *The European Union what it is and what it does*. Publications Office of the European Union.
- European Union (2021a, April). *The EU in a brief*. European Union. https://europa.eu/european-union/about-eu/eu-in-brief_en#:~:text=promote%20peace%2C%20its%20values%20and,social%20progress%2C%20and%20environmental%20protection
- European Union (2021b, April). *European Commission - Enlargement - Accession criteria*. European Union. https://ec.europa.eu/neighbourhood-enlargement/policy/glossary/terms/accession-criteria_en
- Everitt, B. S., & Dunn, G. (2001). *Applied multivariate data analysis*. John Wiley & Sons Ltd.
- Everitt, B. S., Landau, S., Leese, M., & Stahl, D. (2011). *Cluster analysis*. John Wiley & Sons Ltd.
- Giray, F., & Çimen, G. (2018). Sağlık harcamalarının düzeyini belirleyen faktörler: Türkiye ve OECD ülkeleri analizi. *Sayıştay Dergisi*, 111(Ekim – Aralık), 143-171.
- Girginer, N. (2013). A Comparison of the healthcare indicators of Turkey and The European Union members countries using multidimensional scaling analysis and cluster analysis. *İktisat İşletme ve Finans*, 28(322), 119-136.
- Gonzalez, R. M., & Gilleskie, D. (2017). Infant mortality rate as a measure of a country's health: A robust method to improve reliability and comparability. *Demography*, 54(2), 701-720.

- Güven, E., Tevfik, A., & Ebru, R. (2020). Sağlık ekonomisi kapsamında sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinin finansmanı: Bir uygulama. *Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(1), 63-81.
- Gürler, C., Çağlar, M., & Önay, O. (2020). Clustering countries by k-means method according to causes of death. *The Journal of Operations Research, Statistics, Econometrics and Management Information Systems*, 8(1), 111-130.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2014). *Multivariate data analysis*. Pearson Education Limited.
- Haq, U. M. (1995). *Reflections on human development*. Oxford University Press.
- Johnson, R. A., & Wichern, D. W. (1999). *Applied multivariate statistical analysis*. Prentice Hall.
- Köksal, S. S., Sipahioğlu, N. T., Yurtsever, E., & Vehid, S. (2016). Temel sağlık düzeyi göstergeleri açısından Türkiye ve Avrupa Birliği ülkeleri. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(4), 205-212.
- Kruskal, J. B. (1964). Multidimensional scaling by optimizing goodness of fit to a nonmetric hypothesis. *Psychometrika*, 9(1), 1-27.
- Kruskal, J. B., & Wish, M. (1978). *Multidimensional scaling*. Sage Publications Inc.
- Kruskal, J. (1977). The relationship between multidimensional scaling and clustering classification and clustering. In J. Van Ryzin (Ed.), *Classification and clustering* (pp. 17-44). Academic Press.
- Lorcu, F., & Bolat, B. A. (2012). Comparison member and candidate countries to the European Union by means of main health indicators. *China-USA Business Review*, 11(4), 556-563.
- Lorcu, F., Bolat, B. A., & Atakisi, A. (2012). Examining Turkey and member states of European Union in terms of health perspectives of millennium development goals. *Quality & Quantity*, 46(3), 959-978.
- Özdamar, K. (2004). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi*. Kaan Kitabevi.
- Şahin, D. (2017). Sağlık göstergeleri bakımından Türkiye'nin Avrupa Birliği ülkeleri arasındaki yeri: İstatistiksel bir analiz. *ÇAKÜ Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(2), 55-77.
- Sığırlı, D., Ediz, B., Cangür, Ş., Ercan, İ., & Kan, İ. (2006). Türkiye ve Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin sağlık düzeyi ölçülerinin çok boyutlu ölçekleme analizi ile incelenmesi. *İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(2), 81-85.
- Tatlıdil, H. (1996). *Uygulamalı çok değişkenli istatistiksel analiz*. Cem Web Ofset Ltd. Şti.
- T. C. Dışişleri Bakanlığı Avrupa Birliği Başkanlığı (2021, April). *Türkiye-Avrupa Birliği ilişkileri*. T. C. Dışişleri Bakanlığı Avrupa Birliği Başkanlığı. https://www.ab.gov.tr/ab-ile-iliskiler_4.html
- Tokuç, B., & Eskiocak, M. (2020). Çocuk ve ergen sağlığı. In S. Üner, & P. Okyay (Eds.), *Türkiye sağlık raporu 2020* (pp. 229-234). Hipokrat Yayınevi.
- Türkiye İstatistik Kurumu (2021, April). *İstatistiklerle kadın, 2020*. Türkiye İstatistik Kurumu. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Kadin-2020-37221>

UNDP (2021, December). Human Development Data Center. <https://hdr.undp.org/en/data>

United Nations Development Programme (2021, April). *About human development*. United Nations Development Programme. <http://hdr.undp.org/en/humandev>

World Bank (2021a, December). *The World by income and region*. World Bank. <https://datatopics.worldbank.org/world-development-indicators/the-world-by-income-and-region.html>

World Bank (2021b, December). Data Bank. <https://databank.worldbank.org/home.aspx>

World Health Organization (1978). *Declaration of Alma-Ata*. World Health Organization, Copenhagen: Regional Office for Europe. Retrieved April 9, 2021, from https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/113877/E93944.pdf

Wilmink, F. W., & Uytterschaut, H. T. (1984). Cluster analysis, history, theory and applications. In G. N. Van Vark, & W. W. Howells (Eds.), *Multivariate statistical methods in physical anthropology* (pp. 135-175). Springer.

Yalçın Balçık, P., Demirci, Ş., & Konca, M. (2021). Comparison of European countries' health indicators and health expenditures by clustering analysis. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 365–377.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIĞIN GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK ULUSLARARASI PROJELER İÇİN KAMU İDARELERİNDE PROJE TAKIMI KURMA

Sabanur ÇAVDAR *
Hüseyin KÜÇÜKALİ **
Şeyma SAMUR ***


ÖZ

Sağlığın geliştirilmesi projelerinin başarılı olması için etkili ve uyumlu proje takımlarının kurulması kritiktir. Bu çalışmanın amacı, kamu idarelerinde sağlığın geliştirilmesine yönelik uluslararası projeler için takım kurma sürecine ilişkin bir yöntem önermek; bir örnek üzerinden proje takımına dahil olmak isteyen çalışanların tanımlayıcı özelliklerini ortaya koymak ve proje takımına seçilen kişilerin başvurularının nitel özelliklerini değerlendirmektir. Bu çalışmada, ekip kurma süreci ve başvurulara ilişkin bir kamu idaresinin kayıtları kullanılmıştır. Ele alınan proje takımı kurma süreci: duyuruların yapılması, başvuruların alınması, ön değerlendirme, başvuru formlarının değerlendirilmesi, mülakat ve proje takımlarının kurulması aşamalarından oluşmaktadır. 2018 yılı Ekim-Kasım-Aralık aylarında yapılan duyurulara ait 300 başvuru kaydı vardır. Mükerrer kayıtlar ve davetli teknik personel çıkarılarak tanımlayıcı analize 240 aday dahil edilmiştir. Başvuranların çoğu kadındır (%68,3). Lisansüstü program mezunları çoğunluktadır (%57,1). Çalışılan kurum olarak Eğitim Araştırma Hastaneleri (%34,6) ile İl Sağlık Müdürlüğü'nün yönetsel birimleri (%21,7); meslek olarak ise ebe/hemşire/sağlık memurları (%30,8) ile doktor/uzman doktor (%29,2) grupları ön plandadır. İngilizce dil yeterliliği iyi veya çok iyi olanların oranı %20,8'dir; bir proje tecrübesi olanların oranı ise %13,3'tür. Başvuranların 80'i ön değerlendirmeyi geçmiş, 27'si mülakata çağrılmış, 18'i proje takımlarına seçilmiştir. Bu uygulamada hem güçlü bir proje takımı kurmak hem de uzun vadede kurumun kapasitesini geliştirmek için farklı meslek gruplarından, farklı çeşit ve düzeylerde tecrübelerine sahip ve projenin farklı yönlerine katkı verebilecek kişiler dahil edilerek çeşitlilik sağlanmıştır. Bu çalışmada değerlendirilen uygulama literatürdeki temel prensipler ile uyumludur ve sağlığın geliştirilmesi projelerine takım kurma süreçlerinde kullanılabilir.


Anahtar Kelimeler: Proje yönetimi, takım kurma, çok değişkenli karar verme, sağlık idaresi.

MAKALE HAKKINDA

* Uzm.Dr., Üsküdar İlçe Sağlık Müdürlüğü, İstanbul, sabanur.cavdar@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5490-6877>

** Dr.Öğr.Üye., İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, hkucukali@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1669-3107>

*** Dr., Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, seyma.samur@saglik.gov.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8059-8879>

Gönderim Tarihi: 22.05.2021

Kabul Tarihi: 24.12.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Çavdar, S., Küçükali, H., Samur, Ş. (2022). Sağlığın geliştirilmesine yönelik uluslararası projeler için kamu idarelerinde proje takımı kurma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 47-68

ESTABLISHING TEAMS IN PUBLIC ADMINISTRATIONS FOR INTERNATIONAL HEALTH PROMOTION PROJECTS

Sabanur ÇAVDAR *
Hüseyin KÜÇÜKALİ **
Şeyma SAMUR ***

ABSTRACT

Establishing effective and compatible project teams is critical for successful health promotion projects. The aim of this study is to propose a method for the team formation process of international health promotion projects in public administrations; to reveal the descriptive characteristics of employees who are willing to join in the project teams, and to evaluate the qualitative characteristics of the applications of the people selected to the project teams. In this study, the relevant records of a public administration on the team formation process and applications were used. The steps of the team formation process are advertising for projects, receiving applications, pre-evaluation, evaluation of application forms, interviews and forming teams. 300 applications have been recorded in October-November-December 2018 after the adverts published. Duplicate records and invited technical personnel were removed, and 240 candidates were included in the descriptive analysis. Most of the applicants were women (68.3%), have a post-graduate degree (57.1%), working at Training and Research Hospitals (34.6%) and administrative units of the Provincial Health Directorate (21.7%) Midwives/nurses/health officers (30.8%) and physicians (29.2%) were the most common job titles among applications. The percentage of those with good or very good English language proficiency was 20.8%; the percentage of those with project experience is 13.3%. 80 of the applicants passed the preliminary evaluation, 27 were invited for an interview, and 18 were selected for the project teams. In this case, diversity is obtained by including people from different professions, who have different types and levels of experience and who can contribute to different aspects of the project both to establish a good project team and to improve the capacity of the institution in the long term. The project team formation process evaluated in this study is coherent with the basic principles in the literature and can be used in health promotion projects.

Keywords: Project management, team formation, multicriteria decision making, health administration.

ARTICLE INFO

* MD. Public Health Specialist, Üsküdar District Health Directorate, sabanur.cavdar@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5490-6877>

** MD. PhD., İstanbul Medipol University, School of Medicine, Department of Public Health, hkucukali@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1669-3107>

*** MD., Health Sciences University, Haydarpaşa Numune Health Application and Research Center, seyma.samur@saglik.gov.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8059-8879>

Received: 22.05.2021

Accepted: 24.12.2021

Cite This Paper:

Çavdar, S., Küçükali, H., Samur, Ş. (2022). Sağlık geliştirilmesine yönelik uluslararası projeler için kamu idarelerinde proje takımı kurma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 47-68

I. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri için her vesileyle çok disiplinli ve çok paydaşlı yaklaşımı tavsiye etmekte; kamu idareleri de sağlığın geliştirilmesi için yenilikçi işbirlikleri yapmaktadır (DSÖ, 2018). Kurumlarda yenilikçiliğin sağlanması için sistemli işbirliği mekanizmalarının yanı sıra, açık ve katılımcı bir kurum kültürünün geliştirilmesi, yenilikçi girişimlerin teşviki, ödüllendirilmesi ve iyi uygulamaların yayılması gerekmektedir (Akın, 2013). Benzer şekilde, hem sağlık alanında hem de diğer alanlarda desteklenen Ar-Ge faaliyetlerinin başarılı olması için kültürel yapının değişmesi gerekmektedir. Kültürel yapı değişimi ise sorgulayıcı ve analitik bir eğitim sistemi, ekip çalışması becerilerinin artırılması ve multidisipliner anlayışın yerleşmesi ile mümkün olacaktır (Tarım, 2014).

Sağlığın geliştirilmesi faaliyetlerinin etkin olması için de takım çalışması ve takım geliştirme kavramlarının, çok sektörlü ve çok disiplinli işbirliği kavramları ile birlikte öne çıktığı görülmektedir (Tzenalis ve Sotiriadou, 2010).

Türkiye’de özellikle başta Avrupa Birliği ve Dünya Bankası destekli fonları kullanan bazı kamu idareleri belli konulardaki uluslararası projeler konusunda deneyim kazanmışsa da bu deneyim sağlığın geliştirilmesi konusunda henüz yeterli düzeyde değildir. Kamu idarelerindeki mevcut deneyim, bilgi birikimi ve faydalar ise çoğunlukla dar bir insan kaynağıyla sınırlı kalmakta, kurumsal yapı içerisinde dahi yeterince yayılmamaktadır. Diğer taraftan fon sağlayıcı kuruluşlar Proje Döngüsü Yönetimi’nde projelerin etkisinin daha geniş kitlelere yayılmasını beklemektedir (European Commission, 2021). Bunun için proje takımları anahtar rol oynayabilmektedir.

Takım, görev bakımından birbirini tamamlayan kimselerden oluşan (Türk Dil Kurumu, t.y.), farklı uzmanlık alanlarından gelen kişilerin becerilerini birleştirdiği, belirlenen amaçların başarılması için işbirliği içerisinde çalışan bir topluluktur (Becerikli, 2013). Proje takımı yönetimi, kamu yönetiminin insan kaynakları ve örgütsel davranış alt başlıklarında ele alınabilmektedir (Leontjeva ve Trufanova, 2018).

Bir projenin başarılı olmasını sağlayacak olanlar onu yürütecek olan kişiler olduğu için takım seçimi, doğru yapılması gereken kritik bir aşamadır (Baykasoglu vd., 2007) Yöneticinin belirli bir proje için görevlendireceği çalışanlarını seçme problemi, çok değişkenli karar verme problemlerinden “seçim problemleri” sınıfında ele alınmaktadır (Turan, 2014).

Uluslararası projelerde görev alacak proje takımlarının kurulma aşamasında izlenecek birimler ve disiplinler arası çeşitliliği sağlamaya yönelik bir yaklaşımla projelerin başarısı artırılabilir ve faydaların daha geniş yayılımı sağlanabilir.

Bahsedilen gerekçelerden hareketle bu çalışmanın amacı: (i) kamu idarelerinde sağlığın geliştirilmesine yönelik uluslararası projelerde takım kurma süreci için bir yöntem önermek; (ii) bir örnek üzerinden proje takımına dahil olmak isteyen çalışanların tanımlayıcı özelliklerini ortaya koymak ve (iii) proje takımına seçilen kişilerin başvurularının nitel özelliklerini değerlendirmektir.

II. YÖNTEM

Bu çalışmanın ilk bölümünde gelecek çalışmalara örnek teşkil etmesi amacıyla İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Ar-Ge ve Projeler Birimi tarafından 2018-2021 yılları arasında yürütülen Avrupa Birliği destekli uluslararası projeler için proje takımı kurulmasında izlenen süreç tarif edilmiştir. Çalışmanın ikinci bölümünde proje takımlarında yer almak için başvuran profesyonellerin özellikleri kesitsel yöntemle değerlendirilmiştir. Çalışmanın son bölümünde ise proje takımlarına seçilen kişilerin projeye yönelik özellikleriyle ilgili sorulara verdikleri açık uçlu yanıtların nitel analizi yapılmıştır.

Tanımlayıcı kesitsel araştırmanın evrenini İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü tarafından Ekim-Kasım-Aralık 2018 aylarında duyurulmuş olan proje takımı ilanlarına yapılan toplamda 300 başvuru oluşturmakta olup örnekleme yapılmamıştır.

Çalışmada söz konusu projeler kapsamında toplananlar dışında bir veri toplanmamış olup yalnızca mevcut kayıtlar analiz edilmiştir. Söz konusu başvuru kayıtları, ilgili birim tarafından hazırlanmış ve Google Forms uygulaması üzerinden yayınlanan çevrimiçi bir soru form aracılığı ile toplanmıştır. Soru formunun bağlantısı İstanbul ilinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurumlara resmi yazıyla ve müdürlüğün internet sitesinin ana sayfası ve kurumsal sosyal medya hesapları üzerinden yayınlanarak 10'ar gün boyunca duyurulmuştur. Sonrasında yapılan ön değerlendirmenin ardından, başvurular en az iki değerlendirici tarafından 5 kritere göre (motivasyon, potansiyel etki, iş tecrübesi, proje tecrübesi, yabancı dil) puanlanmıştır. Her bir kriter uzman görüşleri ışığında ağırlıklandırılarak değerlendirme puanı oluşmuştur. Eşik puanı geçen adaylardan meslek gruplarına göre sıralama yapılmış; yapılan yüz yüze mülakatlar ile en az üç görüşmeci tarafından görüşme puanları oluşmuştur. Bu çalışmada, takım kurma süreci ve başvurulara ilişkin birim kayıtları kullanılmıştır. İncelenen kayıtlar, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'nden alınan izin doğrultusunda, ilgili birimden anonim olarak temin edilmiştir. Yazarların uygulama sırasında ilgili birimde görev alıyor olması yöntem tecrübesinin aktarılmasını kolaylaştırmıştır.

Veriler MS Excel yazılımı üzerinde düzenlenmiş, sonrasında SPSS v25 yazılımında analiz edilmiştir. Toplanan veriler için tanımlayıcı istatistikler olarak sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, medyan, en küçük ve en büyük değerler; kategorik değişkenler için sıklık ve yüzde hesaplanmıştır. Proje takımlarına seçilen katılımcıların açık uçlu sorulara verdikleri cevaplar NVivo yazılımı aracılığıyla ve içerik analizi yöntemiyle analiz edilmiş, öne çıkan temalar tespit edilmiştir.

Bu çalışma İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 07.01.2021 tarih ve 30 sayılı kararı ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu'nun 17.02.2021 tarih ve 2021/05 sayılı idari izniyle yürütülmüştür.

III. BULGULAR

3.1. Takım Kurma Süreci

Proje takımı kurma sürecinin işlem adımları Şekil 1'de özetlenmiş, aşağıda her bir adım ayrı başlıklar altında ele alınmıştır.

Şekil 1. Takım Kurma Süreci İşlem Adımları



3.1.1. Duyurular

Proje takımında yer almak isteyen çalışanları belirlemek için resmi yazı, kurum internet sayfası ve kurum sosyal medya hesaplarından 2 ayrı duyuru yapılmıştır. E-posta adresi kayıtlı olan kişilere e-posta gönderilmiştir. Duyuru metinleri Tablo 1'de verilmiştir. Farklı kadrolarda çalışan personelin faydalanması fırsatını değerlendirmek için duyurularda meslek grubu belirtilmemiştir.

Tablo 1. Proje Takım Duyuru Metinleri

Birinci Duyuru (24.10.2018 - 02.11.2018)
Proje bilgilerinde belirtilen hedef grubundaki kişilere yönelik çalışan, bu alanla ilgili eğitim almış veya araştırma yapmış olan, konuyla ilgilenen, dil yeterliliği bulunan tüm meslek gruplarından personelimiz projede görev alabilir.
İkinci Duyuru (05.12.2018 - 17.12.2018)
Oluşturulacak proje ekibinde görev alacak kişilerde, projedeki faaliyetlerini gerçekleştirmek ve hedeflenen çıktıları üretmek üzere aşağıda belirtilen nitelikler aranmaktadır: <ul style="list-style-type: none"> • Müdürlüğümüz ve bağlı kurumlarda görev yapıyor olmak (gerekli) • İyi derecede İngilizce dil yeterliliğine sahip olmak (gerekli) • Engelli ailelerinin ve bu alanda çalışan profesyonellerin ihtiyaç analizini yapabilecek deneyim sahibi olmak • Engelliler ve aileleri ile sanat terapisi, ergoterapi, meşguliyet terapisi, aile terapisi, grup terapisi, koçluk vb. çalışmalar yapmış veya yapabilecek olmak • Sağlık eğitimi konusunda çalışan, rehberler üretme ve eğitim içeriği oluşturma konusunda tecrübe sahibi olmak • Sağlık iletişimi konularına hakim olmak • Video çekimi, düzenlemesi ve montajı yapabilmek • Kitlesel Açık Çevrimiçi Kurslar ve Uzaktan Eğitim konusunda deneyimli olmak

3.1.2. Başvuruların Alınması

Başvurular kurumun internet sitesine eklenen bir buton ile Google Form'da hazırlanan form aracılığıyla toplanmıştır. Bu çalışmada kullanılan başvuru formundaki sorular Tablo 2'de verilmiştir. Başvuru sahibi tarafından doldurup gönderilen formlar zaman damgası otomatik olarak eklenerek birime eş zamanlı olarak ulaşmıştır.

Tablo 2. Başvuru Formundaki Sorular

Başvuru Formu
<p><i>Kişisel özellikler</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ad soyad 2. Cinsiyet 3. Doğum yılı* 4. Öğrenim durumu 5. Üniversite ve bölüm <p><i>Mesleki özellikler</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Kurum türü 7. Kurum adı 8. Çalıştığımız birim 9. Kadro unvanı 10. Meslek <p><i>Projeye yönelik özellikler</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. İlgilenilen proje 12. Yabancı dil bilgisi (ve sınav puanı*) 13. Proje konusu ile ilgili aranan nitelikler* 14. Proje konusu ile ilgili çalışmalar, eğitimler ve tecrübeler 15. Geçmiş proje(ler), konuları ve görevler 16. Projeye katılarak kuruma katmayı beklediği değer 17. Projeden haberdar olma kanalı <p><i>İletişim özellikleri</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 18. Cep telefonu 19. E-posta adresi

* Sadece ikinci duyuruda eklenmiştir.

3.1.3. Ön Değerlendirme

Başvuruların kabulü tamamlandıktan sonra önce ön değerlendirme yapılmıştır. Ön değerlendirmede başvurular projeye yönelik nitelik taşıma durumuna göre 2 proje uzmanı tarafından uygun ve uygun değil olarak 2 gruba ayrılmıştır. Projeye yönelik nitelik açısından uygun olarak değerlendirilenler ön değerlendirmeyi geçmiştir.

3.1.4. Başvuru Formlarının Değerlendirilmesi

Ön değerlendirmeyi geçen başvurular belirlenen kriterlere göre puanlanmıştır. Puanlama kriterleri Tablo 3'teki gibi tanımlanmıştır.

Tablo 3. Puanlama Kriterleri

Kriter	Açıklama	Değerlendirilen soru(lar)
Kriter 1 Kurumsal katkı	Kişinin proje sonrasında tecrübeyi kullanma imkanı ve isteği değerlendirildi. Yaygınlaştırma faydası gözetildi.	Projede görev alarak kuruma katacağınız "değer"i açıklayınız.
Kriter 2 Mesleki tecrübenin uygunluğu	Kişinin meslek grubunun proje konusu ile alakasına göre değerlendirildi.	Görev yaptığınız kurum Çalıştığınız birim Kadro unvanı Mesleğiniz Eğitim durumunuz
Kriter 3 Dil becerileri	İngilizce yetkinlik düzeyine göre değerlendirilerek puanlanmıştır. (A1:1, A2:2, B1-2:3, C1:4, C2:5) Puanı bilinmeyenler orta seviye kabul edildi. Farklı sınavlara ait puanların değerlendirilmesi için eşdeğerlilik tabloları kullanıldı.	Bildiğiniz yabancı dil(ler) (Sınav - Puan)
Kriter 4 Tutum ve motivasyon	Kişinin konuya ilgisi, yaklaşımı ve motivasyonu değerlendirildi.	Proje konusu ile ilgili çalışmalarınız, aldığımız eğitimler ve tecrübelerinizi açıklayınız.
Kriter 5 Proje tecrübesi	Kişinin proje tecrübesi olması varlığına göre değerlendirildi. Tercihen klinik araştırma dışı proje tecrübesi olması arandı.	Daha önce katıldığımız proje(ler), proje konusu ve görevinizi yazınız.

Beş değerlendirici her bir kriter için toplamı 100 olacak şekilde bir ağırlık önermiştir. Önerilen ağırlıkların aritmetik ortalaması alınarak ortak bir kriter katsayısı hesaplanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Kriterlerin Ağırlıkları

	Ağırlık Yüzdesi						Katsayı
	Uzman 1	Uzman 2	Uzman 3	Uzman 4	Uzman 5	Ort.	
Kriter 1	35	35	40	35	30	35	7
Kriter 2	25	25	15	30	20	23	4,6
Kriter 3	20	20	30	20	20	22	4,4
Kriter 4	15	15	10	10	20	14	2,8
Kriter 5	5	5	5	5	10	6	1,2

Her bir kriter değerlendirilirken 5 üzerinden (1: çok kötü, 2: kötü, 3: orta, 4: iyi, 5: çok iyi) puan verilmiştir. Sonuç olarak katılımcıların başvuru puanı şu formülle hesaplanmıştır: $Puan=(K1*7)+(K2*4,6)+(K3*4,4)+(K4*2,8)+(K5*1,2)$

3.1.5. Mülakat

Katılımcılar yüksek puandan düşük puana doğru sıralanmıştır. İlgili proje için belirlenen her bir meslek grubu için en yüksek puan alanlardan başlayarak mülakata çağrılmıştır. Görüşmelere en az 3 değerlendirici katılmıştır. Görüşmeler sırasında adaylara aynı bilgilendirmeler yapılmış ve aynı sorular sorulmuştur. Her bir görüşme, projelerle ve takım belirleme süreçleriyle ilgili kısa bilgilendirme ile başlamıştır. Bu tecrübe ile neler yapabilecekleri sorulmuş ve kendilerinden beklenenler açıklanmıştır. Proje faaliyetlerine zaman ve gündem ayırma potansiyelleri öğrenilmiştir. Nihai olarak iletişim bilgilerinin kaydedildiği, seçim süreci tamamlandığında kendilerine olumlu veya olumsuz geri dönüş yapılacağı mesajı verilmiştir.

Mülakatlar sonunda kişilere 5 üzerinden (1: çok kötü, 2: kötü, 3: orta, 4: iyi, 5: çok iyi) bir mülakat puanı verilmiştir. Puanlandırılırken “iletişim becerileri”, “birlikte çalışılabilirlik” ve “kişinin motivasyonu” göz önünde bulundurulmuştur. Değerlendiricilerin görüşleri ayrı olarak not edilerek ortalamaları alınmıştır. Belirlenen meslek gruplarından en yüksek puanı alan kişiler takım üyesi olarak belirlenmiştir.

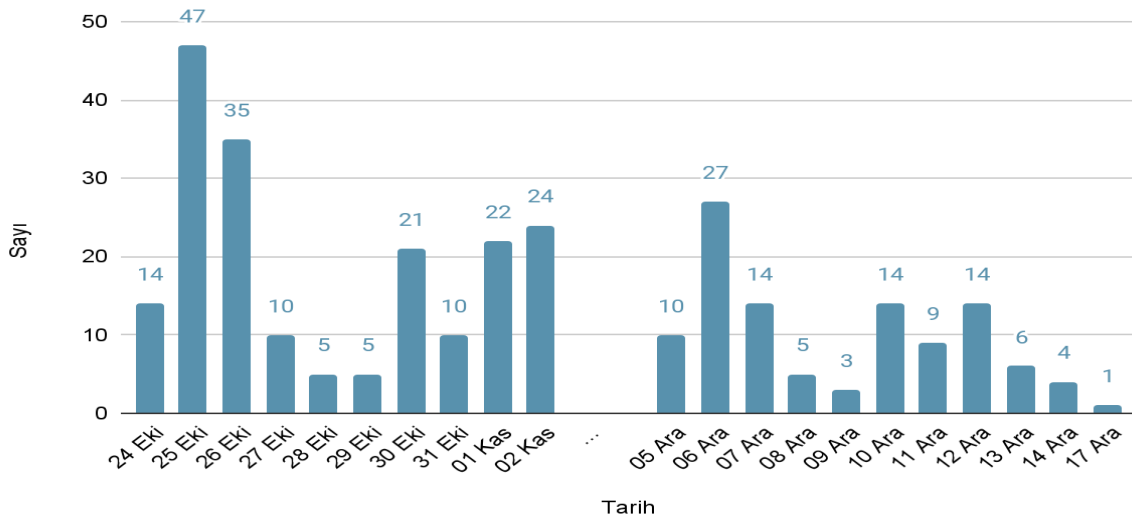
Nihai olarak, her bir proje için 6’şar takım üyesi seçilerek 3 proje takımı oluşturulmuştur. Her bir proje takımı için kurumun proje biriminden bir proje uzmanı proje koordinatörü olarak belirlenmiştir.

3.2. Tanımlayıcı İstatistikler

İlgili tarihlerde yapılmış olan 300 adet başvuru kaydı vardır. Bu başvuruların zamana göre dağılımı Şekil 2’de gösterilmiştir. Yapılan duyurulardan sonraki ikinci gün her iki dönem için de en yüksek başvuru kaydına ulaşılan gün olmuştur.

Katılımcıların (n=240) kişisel özelliklerine göre dağılımı Tablo 5’te verilmiştir. Katılımcıların %68,3’ü (n=164) kadındır. %57,1’i (n=137) lisansüstü bir program mezunu iken; herhangi bir eğitim seviyesinde olup halen lisansüstü bir eğitime devam edenlerin oranı %17,1’dir (n=41). Ortalama katılımcı yaşı sadece ikinci duyuru döneminde başvuran kişiler için hesaplanmış olup $31,90 \pm 7,12$ ’dir (n=99).

Şekil 2. Başvuruların Zamana Göre Dağılımı (n=300)



Ar-Ge ve Projeler Birimi çalışanları (n=4) ve projelerin teknik altyapısı için davet edilmiş olan teknik personele (n=2) ait kayıtlar ile dış kurumlardan gelen başvurular (n=4) değerlendirme sürecine dahil edilmemiştir. Aynı kişilerin aynı dönemde gelmiş olan mükerrer kayıtlarından (n=23) güncel olanlar değerlendirilmiştir. Birinci duyuru döneminden 168, ikinci duyuru döneminden 99 tekil başvuru elde edilmiştir. 27 kişi her iki duyuruya da başvurmuştur. Sonuçta, proje takımında görev almak için başvuran 240 katılımcı vardır.

Tablo 5. Başvuru Sahiplerinin Kişisel Özellikleri

	Ort±SS	Min-Maks
Yaş*		
Kadın (n=67)	32,60±7,48	23-50
Erkek (n=32)	30,44±6,15	20-42
Toplam (n=99)	31,90±7,12	20-50
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	164	68,3
Erkek	76	31,7
Mezun olunan öğrenim düzeyi		
Lise	7	2,9
Ön lisans	10	4,2
Lisans	86	35,8
Yüksek lisans	112	46,7
Doktora	25	10,4
Lisansüstü eğitime devam etme durumu		
Lisansüstü eğitime devam etmiyor.	199	82,9
Yüksek lisans devam ediyor.	24	10,0
Doktoraya devam ediyor.	17	7,1

* Başvuru sahiplerinin yaş bilgisi sadece 2. duyuru için mevcuttur.

Katılımcıların mesleki özelliklere göre dağılımı Tablo 6'da verilmiştir. Katılımcıların %36,7'si (n=88) yönetimsel birimlerde görev yapmaktadır. Kurum türüne göre ilk sırada %34,6 (n=83) ile Eğitim Araştırma Hastanesi varken, ikinci sırada %21,7 (n=52) ile İl Sağlık Müdürlüğü'ne bağlı başkanlık ve birimler vardır. En düşük orana sahip kurumlar ise sırasıyla 15 ve 14 katılımcı ile Aile Sağlığı Merkezleri (%6,3) ve Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi/Merkezleri (%5,8)'dir.

Katılımcıların mesleklere göre dağılımı değerlendirildiğinde Ebe/Hemşire/Sağlık memuru oranının %30,8 (n=74) olduğu, ikinci sırada %29,2 (n=70) ile Doktor/Uzman doktor grubunun yer aldığı görülmüştür.

Tablo 6. Başvuran Kişilerin Mesleki Özellikleri

	n	%
Kurum türü		
Yönetimsel Birimler	88	36,7
İlçe Sağlık Müdürlüğü	36	15,0
Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı	26	10,8
Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı	7	2,9
Sağlık Hizmetleri Başkanlığı	7	2,9
Destek Hizmetleri Başkanlığı	6	2,5
Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı	5	2,1
Diğer (Disiplin)	1	0,4
Hizmet Birimleri	152	63,3
Eğitim Araştırma Hastanesi	83	34,6
Devlet Hastanesi	40	16,7
Aile Sağlığı Merkezi	15	6,3
Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi/Merkezi	14	5,8
Meslek		
Ebe/Hemşire/Sağlık memuru	74	30,8
Doktor/Uzman doktor	70	29,2
ATT/AABT/Paramedik	16	6,7
Psikolog	14	5,8
Diş hekimi	12	5,0
Sosyal hizmet uzmanı	9	3,8
Teknisyen/Tekniker	9	3,8
VHKİ/VGE/Tıbbi sekreter/BSKE	7	2,9
Fizyoterapist	5	2,1
Diyetisyen	4	1,7
Eczacı	4	1,7
Diğer*	16	6,7

ATT: Acil Tıp Teknisyeni; AABT: Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri; VHKİ: Veri Hazırlama Kontrol İşletmeni; VGE: Veri Giriş Elemanı; BSKE: Bilgi Sistemleri Kullanım Elemanı

*Diğer: Biyolog (n=2), Grafiker (n=1), İstatistikçi (n=1), İşçi (n=1), Kimyager (n=1), Memur (n=1), Mühendis (n=3), Sağlık destek personeli (n=1), Sağlık fizikçisi (n=1), Sağlık yönetimi (n=2), Tıbbi teknolog (n=1)

Katılımcıların projeye yönelik özellikler açısından dağılımı Tablo 7’de verilmiştir. Katılımcıların %20,8’inde (n=50) İngilizce dil düzeyi iyi veya çok iyi seviyededir; %13,3’ünde (n=32) proje tecrübesi vardır. Proje tecrübesi sorusuna, proje tecrübesi olmayıp proje dışı (klinik araştırma, gönüllülük, öğrenci değişimi vb.) tecrübesi olduğunu belirten katılımcı oranı %31,3’tür (n=75).

Proje takımı duyurularının haber alma kanalları sorusuna katılımcıların %74,2’si (n=178) resmi yazı/kurum yoluyla seçeneğini işaretlemiştir. Birden fazla yanıtın kabul edildiği bu soruya göre ikinci ve üçüncü sıradaki haber alma kaynakları İl Sağlık Müdürlüğü web sitesi (%13,8) ve arkadaş/çevre (%4,6)’dir.

Tablo 7. Başvuran Kişilerin Projeye Yönelik Özellikleri

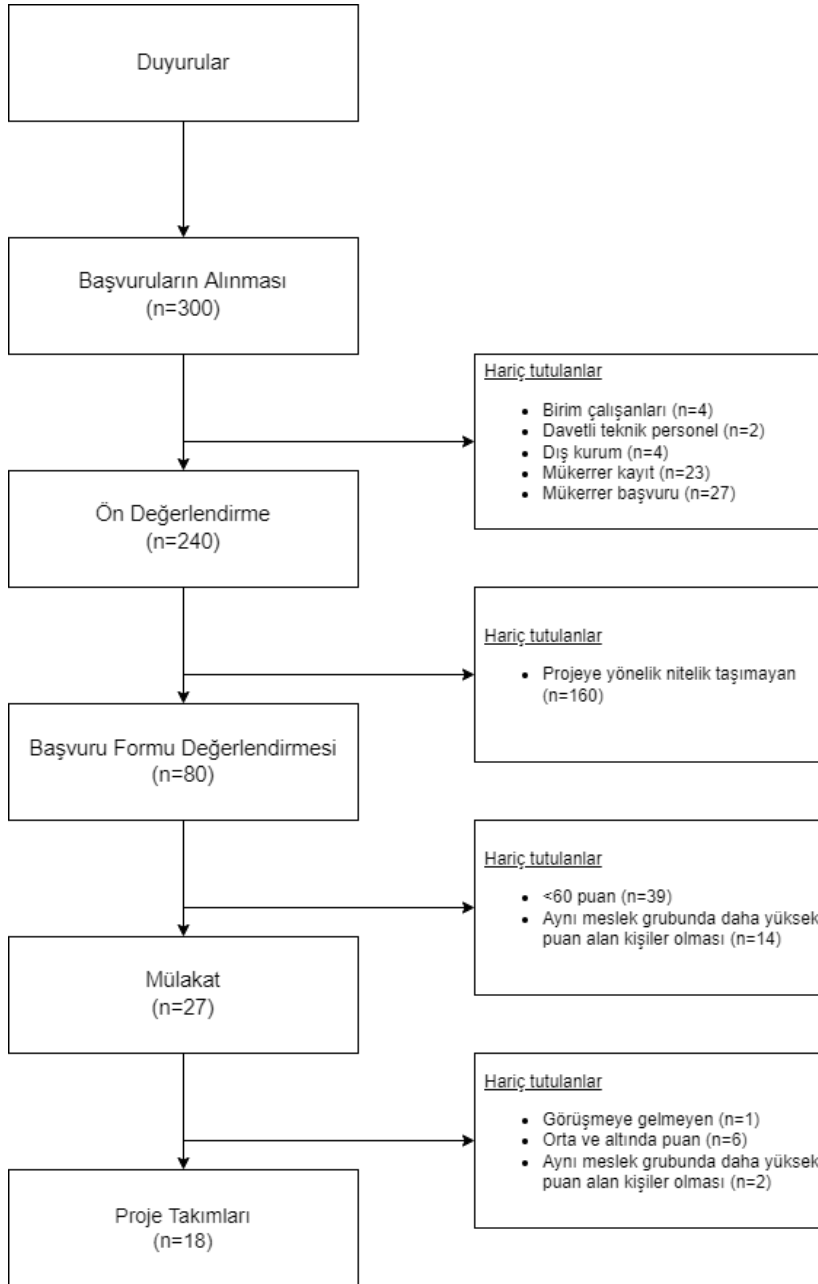
	n	%
İngilizce dil düzeyi		
0 (Yok)	5	2,1
1 (Başlangıç)	15	6,3
2 (Temel)	16	6,7
3 (Orta)	154	64,2
4 (İyi)	28	11,7
5 (Çok iyi)	22	9,2
Proje tecrübesi		
Proje tecrübesi	32	13,3
Klinik araştırma tecrübesi	17	7,1
Diğer tecrübe (Gönüllülük, öğrenci değişimi vb.)	58	24,2
Tecrübe yok	133	55,4
Başvurulan proje*		
Engellilere bakım veren aile bireylerinin sosyal içerilmesi	161	67,1
Alzheimer ve demans hastalarının sosyal içerilmesi	145	60,4
Ruh sağlığı problemi olan bireylerin iyilik halinin artırılması	83	34,6
Diğer projeler	17	7,1
Haber alma kanalı*		
Resmi yazı/kurum duyurusu	178	74,2
İSM web sitesi	33	13,8
Arkadaş/çevre	11	4,6
İSM sosyal medya hesapları	7	2,9
Belirsiz	11	4,6

İSM: İl Sağlık Müdürlüğü

* Birden fazla seçenek işaretlenebilmiştir.

Katılımcıların (n=240) %33,3'ü (n=80) ön değerlendirmeyi geçmiştir. Ön değerlendirmeyi geçip başvurusu puanlanan katılımcılardan %51,3'ü (n=41) 60 ve üzeri puan almıştır. Puanlanan 80 başvurunun toplam puan ortalaması 56,59±21,22'dir. Her bir kriterin puan ortalamaları sırasıyla Kriter 1 (Kurumsal katkı) 2,95±1,33; Kriter 2 (Mesleki tecrübenin uygunluğu) 3,05±1,30; Kriter 3 (Dil becerileri) 2,71±1,58; Kriter 4 (Tutum ve motivasyon) 2,76±1,34; Kriter 5 (Proje tecrübesi) 1,86±1,21'dir. 60 ve üzeri puan alan katılımcılardan 27'si (%65,7) mülakata çağrılmıştır. Mülakata çağırılan katılımcıların puan dağılımları %33,3 (n=9) 5 puan (çok iyi), %40,7 (n=11) 4 puan (iyi), %18,5 (n=5) 3 puan (orta), %3,7 (n=1) 2 puan (kötü)'dir. Görüşmeye gelmeyen 1 katılımcı olmuştur. Mülakata davet edilenlerin %66,7'si (n=18) bir proje takımına seçilmiştir. Değerlendirme sürecinin aşamalarına göre başvuruların durumu Şekil 3'te sunulmuştur.

Şekil 3. Değerlendirme Süreci ve Her Bir Aşamadaki Kişi Sayıları



Katılımcıların (n=240) incelenen güncel başvurularında açık uçlu sorulara verilen yanıtların toplam kelime sayısı değerlendirildiğinde, ortalama $58,33 \pm 60,25$ (medyan 40,5) kelime olup en az 3, en çok 457 kelime yazıldığı tespit edilmiştir. Açık uçlu sorulara yazılan kelime sayısı, ön değerlendirmeyi geçenlerde (n=80) ortalama $92,48 \pm 81,23$ (medyan 63,5) iken, ön değerlendirmeyi geçemeyenlerde (n=160) $41,25 \pm 36,03$ (medyan 29)'tür. Puanlanan başvurularda açık uçlu sorulara yazılan kelime sayısı değerlendirildiğinde ise, 60'tan az puan alan başvurularda (n=39) $53,15 \pm 31,33$ (medyan 51) kelime, 60 ve üzeri puan alan başvurularda (n=41) $129,88 \pm 95,70$ (medyan 104) kelime olduğu görülmüştür. Proje takımına seçilen katılımcıların (n=18) açık uçlu sorulara yazdıkları kelime sayısı ortalama $148,39 \pm 116,10$ (medyan 125)'tir.

3.3. Nitel veri analizi

Takımlara seçilen katılımcılar (n=18) tarafından açık uçlu sorulara verilen cevapların tematik analizi yapılmıştır.

Katılımcıların duyurulan proje konusuyla ilgili tecrübelerini anlatırken:

- Proje konusuyla dolaylı ilgisi olan eğitimlerinden,
- Hedef grupla ilişkileri ve onlara yönelik spesifik olan veya olmayan faaliyetlerden,
- Proje konusuyla doğrudan veya dolaylı ilgisi olan bilimsel araştırmalarından

bahsettikleri görülmüştür. Az sayıda katılımcı ise proje konusuyla çok zayıf düzeyde ilgili tecrübelerine yer vermiştir.

Katılımcılar geçmiş proje tecrübelerini anlatırken farklı türden tecrübelerden bahsetmiştir. Bunlar aşağıdaki temalar altında toplanmaktadır:

- Proje hazırlama ve uygulamaya yönelik alınan eğitimler,
- Yerel düzeyde hizmet sunumuna veya kalkınmaya yönelik projeler,
- Sivil toplum kuruluşları ve gönüllülerle işbirliği ile yapılan çeşitli faaliyetler,
- Kurum içindeki rutin dışına çıkan çeşitli uygulamalar

Yalnızca hekim olan bir katılımcı uluslararası tıbbi ve bilimsel bir araştırma içinde bulunduğunu belirtmiş olup bunun dışında “uluslararası proje” tecrübesi olan katılımcı bulunmamaktadır. Bazı katılımcılar yurt dışında aldıkları bazı eğitimleri proje olarak adlandırmıştır. İstanbul Kalkınma Ajansı gibi kurumlar tarafından verilen proje eğitimlerine katılan birkaç katılımcı vardır. Bunlardan bazıları eğitim aldıklarını fakat bunu uygulamaya geçirme fırsatları olmadığını ifade etmiştir. Sağlık Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve mahalli idareler bünyesinde gerçekleşen bazı “kurum içindeki rutin dışına çıkan uygulamalar”ın tam olarak “proje” özellikleri taşımamalarına rağmen bu şekilde adlandırılmaları dikkat çekmiştir.

Katılımcılar projelerde: proje fikrinin geliştirilmesi, projenin yönetilmesi, projede belirlenen uygulamaların uygulanması ve eğitimlerin verilmesinde görev aldıklarını ifade etmektedir. Bazıları projedeki rollerini daha detaylı olarak tarif etmelerine rağmen, katılımcıların çoğu kısaca görevlerini söylemekle yetinmiştir. Takımlara seçilen bazı katılımcılar ise hiç proje tecrübeleri olmadığını ifade etmiştir. Bu durum değerlendirmedeki ilgili kriter puanlarını düşürmüş olsa da elenmelerine sebep olmamıştır.

Takımlara seçilen katılımcıların projeye potansiyel katkılarıyla ilgili cevaplarında öne çıkan temalar Tablo 8’de görülmektedir. Bu temalar: hedef gruba ulaşma, ihtiyaç tespiti, kurumlar arası işbirliği, çözüm geliştirme, bilimsel, raporlama ve sunma, tatbik etme, eğitim ve yaygınlaştırmadır. Bu tablo aynı zamanda her bir proje için seçilen kişilerin projenin farklı yönlerine katkı sunma amacı ve potansiyeli olduğunu göstermektedir.

Tablo 8. Katılımcıların Projeye Potansiyel Katkılarıyla İlgili Cevaplarında Öne Çıkan Temalar

Temalar	Takım - Başvuru No																	
	Takım 1						Takım 2						Takım 3					
	29	35	38	137	281	288	32	37	50	85	91	167	197	220	232	236	273	295
Hedef gruba ulaşma	✓			✓							✓							
İhtiyaç tespiti	✓				✓						✓						✓	✓
Kurumlar arası işbirliği	✓																	
Çözüm geliştirme		✓			✓						✓		✓				✓	✓
Bilimsel				✓			✓											✓
Raporlama ve sunma		✓		✓														✓
Tatbik etme		✓				✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓			
Eğitim ve yaygınlaştırma			✓			✓	✓		✓							✓		✓

IV. TARTIŞMA

Bu çalışmada, bir kamu idaresinde sağlığın geliştirilmesi projeleri için proje takımı oluşturulması süreci, başvuranların özellikleri ve proje takımına seçilen kişilerin başvuru formları incelenmiştir.

4.1. Takım Kurma Süreci

Literatürde proje takımı seçimi araştırmalarının daha çok yönetim biliminin insan kaynakları ve proje yönetimi alanlarında, ayrıca çeşitli mühendislik çalışmalarında yürütüldüğü görülmektedir. Yapılan literatür taramasında sağlık alanında benzer bir çalışmaya rastlanmamıştır. Öte yandan, sağlığın geliştirilmesi programlarını pratiğe yönelik ele alan bir kitapta, personel işe alımı ile ilgili gözetilmesi gereken hususlar insan kaynakları yaklaşımı ile açıklanmıştır (Bontempi vd., 2012).

Takım seçiminin çok kriterli bir karar verme süreci olması nedeniyle, gerektiğinde analitik modeller geliştirilerek ve yazılımsal çözümler ile ele alınabilmektedir (Baykasoglu vd., 2007). Çalışmamızdaki takım seçimi problemi ise modelleme ve yazılım kullanılmadan, uzman görüşlerinden oluşturulan kriterler ve uzman değerlendirmeleri ile çözümlenmiştir.

Çok kriterli karar verme problemleri, seçim, sınıflama ve sıralama problemleri olarak sınıflandırılmaktadır (Turan, 2014). Takım üyelerinin seçimine yönelik çok kriterli grup karar verme modeli sunan bir makalede, seçimde kullanılacak 6 kriter tanımlanmış, bu kriterlerin ağırlıkları belirlenmiş ve kriterler 5 üzerinden puanlanmıştır (Alencar ve Almeida, 2010). İlgili makale bir inşaat projesi takımı seçimine yönelik olsa da çalışmamızdaki kriter belirleme, ağırlıklandırma ve puanlama yöntemiyle aynı olması çok kriterli karar vermede seçim problemlerinin benzer yaklaşımlarla çözülebilmesine örnektir. Benzer şekilde, takım seçim problemlerinde ağırlıklandırılmış kriterlere göre puanlama yapılan başka çalışmalar da bulunmaktadır (Fitsilis vd., 2014).

Proje temelli organizasyonlarda takım üyelerinin seçimini saha araştırması ile araştıran bir örgüt bilimi çalışmasına göre, takım seçiminde temel stratejiler “uzmanlık temelli” ve “yeterlilik temelli” bilişsel özellikler ile “organizasyon içi-dışı bağlantılar temelli” ve “işbirliği temelli” sosyal özelliklerin değerlendirilmesidir (Ren, 2004). Buna göre, uzmanlık temelli stratejide, belirli alanlarda veya işlevsel alanlarda uzmanlığı olan kişiler; yeterlilik temelli stratejide, genel olarak akıllı, yetkin veya önceki projelerde iyi çalışma geçmişi olan kişiler; bağlantı temelli stratejide, organizasyon içi veya dışında politik veya profesyonel bağlantıları olan kişiler; işbirliği temelli stratejide ise iyi kişilerarası becerilere

sahip kişiler seçilir. Çalışmamızda da proje takımı seçme sürecinde, başvuranların uzmanlıkları, meslekleri, proje çıktıklarına yönelik becerilerinin değerlendirilmesi uzmanlık temelli stratejiye; hedef kitleye erişim imkanları, proje faaliyetlerini görevlerini yaparken hayata geçirme imkanlarının değerlendirilmesi bağlantı temelli stratejiye; proje tecrübeleri, konuyla ilgileri, ilgili araştırma yapmış olmalarının değerlendirilmesi yetkinlik temelli stratejiye; multidisipliner çalışma tecrübesi, birlikte çalışılabilirlik ve iletişim becerilerinin değerlendirilmesi ise işbirliği temelli stratejiye uymaktadır. Benzer şekilde, sağlığın geliştirilmesi programlarını uygulayacak olan personellerin istihdamında da adayların özelliklerinde aranması gereken stratejiler içerisinde, amaca uygun beceri ve tecrübeye sahip olan, faydalı olabilecek sosyal nitelikleri olan, kültürel yetkinlikleri olan ve kuruluşun misyonu ile ilgili personel seçimi yapılması tavsiye edilmektedir (Bontempi vd., 2012). Çalışmamızda takım kurma sürecinde, kişilerin projenin amaçlarına uygun yetkinlikleri ve motivasyonları olması aranan özellikler iken kurumun misyonuna uygunluğa yönelik bir değerlendirme yapılmamıştır.

Proje takımı seçiminde kullanılabilen yaklaşımlardan bazıları psikolojik yaklaşım, rol yaklaşımı ve yetkinlik yaklaşımıdır. Yetkinlik, bir şeyi başarılı veya verimli bir şekilde yapma yeteneğidir (Stariņeca ve Voronchuk, 2015). Yetkinlik temelli yaklaşımda, tanımlanmış bir pozisyon için önemli olan yetkinlikler belirlenmeli ve adayların yetkinlik seviyesi ile karşılaştırmak için yeterlilik seviyeleri tanımlanmalıdır. Temel yetkinlikler, bilişsel, fonksiyonel, kişisel (davranışsal), etik ve meta yetkinliklerdir (Leontjeva ve Trufanova, 2018). Çalışmamızda da kişilerin yetkinlikleri 5 kriter ile tanımlanmış ve her bir kriter için seviyeler (1: çok kötü, 2: kötü, 3: orta, 4: iyi, 5: çok iyi) tanımlanmıştır. Kamu idaresi organizasyonlarında yalın takım üyesi seçimini yetkinlik temelli yaklaşım ile ele alan bir makalede önerilen yalın modelin basamakları şunlardır: 1-Projede yer alacak personel sayısı belirlenmeli; 2-İşlerin gereklilikleri tanımlanır.; 3-Her bir kriterin önem derecesi belirlenir.; 4-İş ve personellerle ilgili veriler toplandıktan sonra değerlendirme yapılır.; 5-Çalışanlar puanlara göre sıralanır.; 6-Çalışanlar kendi tercihlerine göre gruplanır. (Eğer çalışan sayısı işte gereken kişi sayısından fazla ise bu aşama yapılır.); 7-Kontrol ve seçim yapılır (Leontjeva ve Trufanova, 2018). Çalışmamızdaki takım seçme sürecinin yetkinlik temelli bu modelin basamakları ile büyük ölçüde uyumlu olduğu görülmektedir. Her bir proje için takım üyesi sayısı 6 olarak belirlenmiştir. Proje faaliyetlerinin yerine getirilmesi için projeye yönelik gerekli nitelikler belirlenip başvuru formunda sorgulanmıştır. Başvuruların değerlendirilmesi için 5 yetkinlik kriteri belirlenip ağırlıklandırılmıştır. Veriler başvuru formu ile toplandıktan sonra ön değerlendirme ve puanlama yapılmıştır. Belirlenen mesleklerden adayların puan sırasına göre mülakata çağırılması bu modele ek olarak yapılan bir aşamadır. Sonrasında takım üyeleri belirlenmiştir. Mülakat, makaledeki modelde vurgulanan özellikle kişisel, etik ve meta yetkinliklerin değerlendirilmesi için gerekmiştir. Başvuran adayların bu yetkinlikleri ile ilgili, duyurular öncesinde mevcut herhangi bir bilginin olmaması nedeniyle ilgili değerlendirmeler bu süreçte yapılmıştır.

Proje takımı seçimini ele alan başka bir makalede, bir takımın yüksek performans gösterebilmesi için seçim sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar, takım üyesinin yeterlilik, uyumluluk ve uygunluğu; teknik ve işlevsel becerileri; kişiler arası beceriler, iletişim ve kişilik özellikleri; değerler sistemi, paylaşılan vizyon, amaç, hedefler, yön; açıklık dahil kurumsal değerler olarak sıralanmaktadır (Baykasoglu vd., 2007). Bu çalışmamızda ele alınan takım seçme örneğinde de, sıralanan bu hususların hemen hepsi seçim sürecinin farklı aşamalarında değerlendirilmiştir. Yeterlilik, beceriler ve değerler önce başvuru formunda sorulmuş; özellikle kişiler arası beceriler, iletişim ve değerler sistemi mülakat sırasında ön planda araştırılmıştır. Sonuçta çalışmamızdaki seçim yönteminin takımın yüksek performansını sağlamak için çok yönlü bir değerlendirme sağladığı söylenebilir.

Literatürde uyumlu takımlarda, ortak beklentiler, takım güveni, takım içinde dürüstlük, paylaşılan değerler ve iyi iletişimin var olduğu belirtilmektedir (Bingham vd., 2019). Çalışmamızda takımın uyumluluğu mülakatta adayların “iletişim becerileri”, “birlikte çalışılabilirliği” ve “kişinin motivasyonu” göz önünde bulundurularak değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme takımın uyumunu gözetken proaktif bir girişim olarak düşünülebilir. Bunların dışında, takım güveni ve takım içi dürüstlük ise varlığı zaman içerisinde tecrübe edilebilecek uyum özellikleridir.

Başarılı takım üyelerinin bazı özelliklerinin teknik veya fonksiyonel uzmanlık; problem çözme ve karar verme becerileri; kişilerarası becerilere sahip olmak olduğu literatürde belirtilmektedir (Baykasoglu vd., 2007). Çalışmamızda proje takımlarına seçilen profesyonellerin teknik uzmanlıkları konuyla ilgili tecrübelerinin olup olmaması, proje tecrübesi varlığı ve mesleki becerileri ile; kişilerarası beceriler ise mülakat sırasında değerlendirilmişken; problem çözme ve karar verme becerilerinin seçim sürecinde yer almaması bir eksiklik olarak ele alınabilir.

Mesleki olarak heterojen takımların homojen takımlara göre daha verimli olduğu saptandığı için takım kurarken meslek grubu çeşitliliğinin sağlanması aranan bir özelliktir. Heterojen takımlardaki çeşitlilik kompleks sistemlere uygundur, inovasyon ve üretkenliği artırır. Heterojen takımlar hakkaniyet temellidir; yeteneklere göre dağıtım vardır. Fonksiyonel çeşitliliği olan bu takımlar, birlikte çalışan çeşitli eğitim ve öğretim geçmişine sahip bireylerden oluşan takımlardır (Hsu vd., 2016). Çalışmamızda da yetkinlik değerlendirmeleri sonrasında takımlar şekillendirilirken farklı meslek gruplarının temsiliyetinin gözetilmiş olması takımın başarısı için olumludur. Oluşturulan takımlarda aynı meslekten birer profesyonel vardır. Aynı meslek grubunda birden fazla profesyonel olsa da bu kişilerin uzmanlık alanları (örneğin, nöroloji uzmanı hekim - psikiyatri uzmanı hekim) veya pratikte yaptıkları iş (örneğin, psikiyatri hemşiresi - sağlık yöneticisi hemşire) farklıdır.

Projenin ihtiyaçlarının anlaşılması ve takım üyelerinin bu ihtiyaçlara uygun olarak seçimi, takım seçiminde çok önemlidir (Antoniadis, 2012). Çalışmamızda başvuru formunda projede aranan nitelikler ile dil yeterliliğinin sorgulanması ve bu soruların değerlendirme kriterlerinde yer alması proje ihtiyaçlarının gözetildiğini göstermektedir. Tanımlanan 5 kriter (puanlamaya katkı oranları ile birlikte) şöyledir: 1-Kurumsal katkı (%35), 2-Mesleki tecrübenin uygunluğu (%23), 3-Dil (%22), 4-Bakış açısı ve motivasyon (%14), 5-Proje tecrübesi (%6). Puanlama katkı oranlarında “kurumsal katkı” kriterinin ağırlığının fazla olması, özellikle proje takımına seçilen kişilerin kazanımlarının uzun vadeli olmasının ve proje çıktılarının sürdürülebilirliğinin önemsendiğini göstermektedir. “Proje tecrübesi” kriterinin en düşük ağırlıkta olması ise alanında yetkin adaylara proje tecrübesi kazanması için fırsat tanıdığını göstermektedir. Literatürde de takım üyelerinin seçimi sırasında yüksek standartların beklenmesinin, aslında kurumu başarıya taşıyabilecek yeni profesyonellerinin keşfedilmesine engel olduğu belirtilmektedir (Ren, 2004).

Literatürde takım üyelerinin yaratıcı, açık fikirli ve ileri görüşlü olması; iyi bir takım oyuncusu olması, takımın bir parçası olarak işbirliği yapması; muhakeme etmesi; akranları, paydaşları ve diğer sektör liderleri tarafından saygı görmesi; değişime ayak uydurma becerisi olması; çevreyi anlama, en azından değerlendirme becerisinin olması ve takıma geri bildirim sağlaması gerektiği belirtilmektedir (Antoniadis, 2012). Çalışmamızda adaylar değerlendirilirken bu özelliklerin hemen hiçbiri kriterlerde yer almamıştır. Sıralanan özellikler ancak adayların önceki/mevcut çalışma tecrübeleri ile ilgili bilgilere erişim ve kişilik özelliklerini tespit etmek için kullanılan çeşitli testlerle temin edilebilecektir. Özel sektörde insan kaynakları kapsamında teknolojinin de aktif kullanılması ile yürütülen “işe yönelik veri toplama”yı amaçlayan çalışmalar yaygın olarak yapılsa da, kamu idarelerinde insan kaynakları faaliyetlerinin kanun ve yönetmeliklerle belirlenmiş olması neticesinde yetersizdir (Göçoğlu ve Kurt, 2018). Bu çalışmadaki proje takımı belirleme sürecinde de adayların kişilik özellikleri sadece mülakat sırasındaki etkileşim ile kısmen değerlendirilebilmiştir.

Literatürde, projelerdeki belirsizliklerin takım seçimini etkilediği belirtilmektedir (Ren, 2004). Bu proje takımı seçiminde de, kurumun ilgili projelerinden birisinin daha önce tecrübe edilmemiş “yenilik geliştirme” projesi olması, her projede daha önce birlikte çalışılmamış ortakların bulunması, proje takım üyelerinin performanslarının öngörülememesi ve olası diğer sorunlar gibi mevcut olan belirsizlikler nedeniyle her proje takımında koordinatör olarak proje biriminden birer proje uzmanı görevlendirilmiştir.

Sonuç olarak çalışmamızda ele alınan proje takımı seçme sürecinin, temel proje takımı seçim stratejilerini kapsayan, yaklaşım olarak yetkinlik temelli, proje ihtiyaçlarını dikkate alan, proje başarısı için takım verimliliğini gözetilen bir model olduğu söylenebilir. Öte yandan, insan kaynaklarının

öncelediği kişilik özelliklerinin -sadece mülakat sırasında- kısmen değerlendirilmesi modelin zayıf yanıdır.

4.2. Başvuranların Özellikleri

Proje takımı duyurularına ait 300 adet başvuru kaydı elde edilmiştir. Başvuru kayıtları içerisinde birim çalışanlarının ve davetli teknik personelin başvurularının da bulunuyor olması, hem başvuru formunun pilot uygulamasının bu şekilde yapıldığını hem de mevcut insan kaynağı ile ilgili bir veri tabanı elde edilmesinin amaçlandığını düşündürmektedir. Bununla birlikte, gelen başvurular içerisinde dış kurumlarda çalışanların ve aynı kişilerin mükerrer başvurularının olması, online formlarla veri toplama yönteminin pratikliğine ve güvenilirliğine rağmen veri kontrolü gerektirdiğini göstermektedir.

Çalışmanın tanımlayıcı analiz kısmında, birim çalışanları, davetli teknik personel, dış kurum başvuruları, mükerrer kayıt ve başvurular hariç tutularak, 240 profesyonele ait başvurular değerlendirilmiştir. Duyuruların hedef nüfusu -başvuruda meslek kısıtı olmadığı için- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı kurumlarında görev yapmakta olan yaklaşık yüz bin sağlık çalışanıdır (Sağlık Bakanlığı, 2021) Başvuru yapan profesyonel sayısının hedef nüfusa göre çok düşük olmasının sebebi, bağlı kurumların duyuruları farklı niteliklerde yapması ve duyurunun kişilere etkin ve zamanında ulaşmamış olması olabilir. Nitekim, başvuranların çoğu (%74,2) duyurudan resmi yazı/kurum duyurusu ile haberdar olmuşken, ikinci sıradaki haber alma kanalı kurumun web sitesidir (%13,8).

Proje takımı duyuruları Müdürlüğün bağlı tüm birim ve kurumlarına iletilmiştir. Başvuran katılımcıların %36,7'si yönetsel birimlerde görev yapmaktadır. Ancak, kurumun organizasyonel yapısında insangücü dağılımında yönetsel birimlerdeki çalışan sayısı hizmet birimlerine göre çok daha azdır. Oransal olarak daha az bir büyüklüğü olmasına rağmen yönetsel birimlerin katılımcıların 3'te 1'inin temsil edilmesinin birkaç nedeni olabilir. Temel duyuru kanalları olan resmi yazı ve kurumun web sitesi anasayfasını yönetsel birimlerdeki çalışanlar hizmet birimlerindeki çalışanlara göre daha aktif olarak kullanmaktadır. Bağlı birim ve kurumlara resmi yazı ile ulaşan duyuru yazılarının kurumlar içerisinde dağıtımı ve tüm çalışanlara duyurulması bir standarda bağlanmamış olduğundan duyurular her birime ulaşmamış olabilir ya da yönetsel birimlerde çalışan sağlık profesyonelleri sağlığın geliştirilmesi projelerinde görev almak için daha yetkin veya daha istekli olabilirler.

Katılımcıların yaş bilgisi ikinci duyuru dönemi başvuruları için mevcuttur ve başvuranların yaş ortalaması $31,90 \pm 7,12$ 'dir. Başvuran kadınların yaş ortalaması ($32,60 \pm 7,48$) erkeklere ($30,44 \pm 6,15$) göre yaklaşık 2 yaş fazladır. Sağlık sektöründe insan gücünün cinsiyete göre dağılımında kadınların ağırlıkta olduğu bilinmektedir (Orhan ve Yücel, 2017). Çalışmamızdaki proje takımı duyurusunda da gelen başvuruların %68,3'ü kadınlara aittir. Bu oranın yüksekliği, sektördeki insangücünün kadın yoğun olması ile açıklanabilir. Zaten katılımcıların çoğunluğunun kadın yoğun meslek gruplarında olduğu (%30,8'i ebe/hemşire/sağlık memuru, %29'si ise doktor/uzman doktor) görülmüştür.

Başvurular içerisinde sağlık lisansiyeri profesyonellerin payı, diğer profesyonellere nispeten daha yüksektir. Bu durum takım seçimi için duyurusu yapılan projelerin dezavantajlı gruplara yönelik, sosyal bileşeni de olan sağlığın geliştirilmesi projeleri olması nedeniyle beklendiği gibidir. Birden fazla seçeneğin işaretlenebildiği, katılımcıların görev almak istedikleri projenin sorulduğu soruda Engellilere bakım veren aile bireylerinin sosyal içerilmesini konu alan projenin %67,4, Alzheimer ve demans hastalarının sosyal içerilmesini konu alan projenin %60,4 oranında, öte yandan Ruh sağlığı problemi olan bireylerin iyilik halinin artırılmasını konu alan projenin %34,6 oranında işaretlendiği görülmüştür. Bu oranlar proje duyuru metinlerinde projelere yönelik aranan niteliklerin spesifik tanımlanması nedeniyle bu şekilde farklı dağılmış olabilir.

Türkiye'de hemşireler ve hemşirelik öğrencileri ile yapılan çeşitli çalışmalarda iyi düzeyde İngilizce bilme sıklığı %6,5-9,6 oranlarında tespit edilmiştir (Teskereci vd., 2015). Çalışmalarda hemşirelerin dil yeterliliklerinin artırılmasına yönelik eğitim, yurtdışı proje ve değişim programı imkanlarının artırılması önerilmektedir. Benzer çalışmalar tıp fakültesi öğrencileri ile de yürütülmüştür (Cankur, 2002).

Türkiye’de hekimlerin de İngilizce dil yeterliliğini geliştirme ihtiyacının olduğu sağlık turizmi hizmetleri gibi vesileler ile gündeme gelmektedir (Medimagazin, 2014). Çalışmamızda proje takımlarında görev almak üzere başvuran sağlık profesyonellerinin ancak %20,8’i iyi veya çok iyi seviyede dil bildiğini belirtmiştir. Başvurulan projelerin uluslararası proje olduğunun duyuru metninde belirtilmiş olması, daha çok yabancı dil yetkinliği olan sağlık profesyonellerinin başvurmuş olmasını düşündürmektedir. Buna rağmen katılımcıların çoğunluğu (%64,2) orta düzeyde İngilizce bilmektedir; İngilizce bilmeyen veya başlangıç ila temel düzeylerde bilen katılımcı oranı ise %15’tir. Yabancı dil yeterliliği olmayan çalışanların uluslararası projelerin takımlarında görev almak üzere başvurmuş olmasının arkasındaki motivasyon ayrıca araştırılabilir. Bu başvurular, kamu sağlık çalışanlarının yenilikçilik arayışlarının bir yansıması olarak değerlendirilebilir.

Adana’da bir Eğitim Araştırma Hastanesi’nde çalışan doktor ve hemşirelerin yenilikçiliğe ve Ar-Ge çalışmalarına bakış açıları, sağlık sektöründe yenilikçiliğin yerinin belirlenmesi amacıyla araştırılmıştır (Arlıer, 2016). Sağlık çalışanlarının Ar-Ge ve yenilikçilik konusunda istekli oldukları fakat kaynaklar konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları, ülkedeki Ar-Ge desteklerinin ve disiplinler arası işbirliğinin yetersiz olmasının bilimsel faaliyetleri olumsuz etkilediği görüşünde oldukları tespit edilmiştir. Çalışmamızda da proje takımlarında görev almak için başvuranların %13,3’ü proje tecrübesine sahip olduğunu belirtmiştir. Konuyla ilgili ve görev almak için gönüllü olan bu kişilerde dahi proje tecrübesine sahip olma sıklığının oldukça düşük olması kamudaki tecrübesizliğe işaret etmektedir.

Katılımcıların yarısından fazlasının (%57,1) yüksek lisans veya doktora mezunu olması kamuda proje faaliyetlerine ilginin görece yüksek oranda lisansüstü mezuniyeti olan çalışanlarda olduğunu göstermektedir. Katılımcılardan %17,1’i de herhangi bir eğitim seviyesinde olup halen lisansüstü bir eğitime devam etmektedir. Bu durum, lisansüstü eğitim almış veya almakta olan kişilerin proje kavramına, bireysel, kurumsal ve toplumsal faydalarına diğerlerine oranla daha fazla aşina olması ve yenilikçiliğe hevesli olmaları ile açıklanabilir. Öte yandan, son yıllarda proje faaliyetlerinin akademik teşvik ve üniversitelerin öğretim üyeliği kadroları için aranan bir kriter haline gelmesi bu kişilerin projelere olan ilgisini artırmış olabilir.

Kamu hizmetlerinin iyileştirilmesinde yenilikçiliğin sağlanması için ülkelerde bağımsız çalışma ortamının sağlanması, yenilikçiliğe verilen önemin yüksek olması, katılımcı kurum kültürünün yerleşmesi ve esnek bir mevzuat yapısının olması önemlidir (Akin, 2013). Yenilikçi kamu kurumları için katılımcı kurum kültürü sağlanmalı, sorunların çözümü için tüm paydaşlarla işbirliği ile çalışma becerileri geliştirilmelidir. Bu çalışmada yürütülecek projelerin takımlarının şeffaf, etkin ve verimli seçilmesi uygulaması da çok paydaşlı çalışmaya katkı sunacak bir iyi uygulama örneği olarak değerlendirilebilir.

4.3. Başvuru Metinleri

Başvuru formu doldurulurken açık uçlu sorulara yazılan kelime sayısı toplamı medyanı 40,5 kelimedir. Ön değerlendirmeyi geçenlerde (medyan 63,5) geçemeyenlere (medyan 29) göre iki kattan fazladır. 60 ve üzeri puan alan başvurularda medyan 104 kelime, takıma seçilenlerde ise medyan 125 kelimedir. Buna göre, başvuru formuna daha fazla kelime yazan kişilerin değerlendirmeler için gereken içerik ve mesajları sağladığı, formu daha az kelime ile dolduran kişilerin ise hem ön değerlendirmeden geçmekte hem de puanlamada yükselmekte zorlandığı söylenebilir.

Başvuru metinlerinin nitel analizi, yaptığı çalışmalarla bir şekilde kendini gösterebilmiş kişilerin dışında, büyük sağlık teşkilatı içinde farklı yerlerde kendi sınırlı imkanlarıyla spesifik ve özgün faaliyetler yapan sağlık çalışanlarına işaret etmektedir. Yine sağlığın geliştirilmesi projelerinin amaçlarına uygun eğitim ve yetkinliklere sahip olmasına rağmen yoğun iş yükü ve diğer sebeplerle uygulama imkanı bulamamış çalışanlar da söz konusudur. Bu iki gruptaki kişileri keşfetmek ve proje ekiplerine dahil etmek için özel gayret gerekmektedir.

Başvuru metinlerinde “proje” kavramıyla ilgili yanlış anlaşılmaların söz konusu olduğu görülmüştür. Proje niteliği taşınamasına rağmen kurumda yapılan rutin dışı uygulamaların proje olarak adlandırıldığı görülmüştür. İsmi verilen projeler araştırıldığında bazılarının yöneticiler tarafından bir uygulamayı öne çıkarmak için bu şekilde adlandırmış olabilecekleri düşünülmüştür. Bazı kurumlar için, kurumların kültürüne yerleşmiş, sınırları tam olarak tanımlanmamış ve bürokrasideki tekdüzeliğin dışına çıkmanın yolu olarak görülen bir iş yapma biçimini ifade ettiği tahmin edilmektedir. Bu kavrama kamu kurumlarında verilen farklı anlamlar gelecek nitel araştırmalarla aydınlatılabilir.

Kişilerin proje tecrübeleri değerlendirilirken anlam karmaşası dışında farklı proje türlerinin (bilimsel araştırma projeleri, hizmet sunumuna veya kalkınmaya yönelik projeler vb.) söz konusu olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve ihtiyaçlar doğrultusunda bu ayrım dikkat edilmelidir.

İncelenen uygulamada “bir proje tecrübesine sahip olma”nın başvuru için gerek şart olarak değerlendirilmediği görülmektedir. Bu durum eline daha önce bir projeye katılma fırsatı geçmemiş ama mevcut projeye önemli katkı sağlayabilecek kişilerin dahil edilebilmesini mümkün kılmıştır. Bu yaklaşım, hem söz konusu kişilerin ilk tecrübelerini edinmelerini sağlayarak bireysel bir fayda hem de kurum genelinde proje kapasitesini artırarak kurumsal bir fayda sağlayacaktır. Yazarlar, bu iki potansiyel faydayı göz önünde bulundurarak bir proje takımı kurarken tecrübeli kişilerin yanı sıra belli bir oranda tecrübesiz kişinin de dahil edilmesini tavsiye etmektedir.

Bazı başvuru sahipleri geçmiş projelerdeki rollerini detaylı olarak tarif ederken, çoğunun kısaca görevlerini söylemekle yetinmesi, yoğun iş yükünden veya daha önce benzer bir başvuru yapmamış olmaktan kaynaklanıyor olabilir. Projeye uyumlu bir tecrübesi olmasına rağmen başvuru formunda sınırlı düzeyde bilgi veren katılımcılar için mülakat bu bilgilerin ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Bu çalışmada incelenen uygulamada projelere dahil edilecek kişiler yapılan duyurulara istinaden gelen başvurular yoluyla tespit edilmiştir. Her ne kadar öncesinde kapsamlı bir duyuru yapılmışsa da kendini yeterince iyi ifade edemeyen fakat ekibe uygun kişiler olabileceği düşünüldüğünde yalnızca formlar aracılığı ile bilgi toplamak yeterli olmayabilir. Sağlık teşkilatı içerisindeki insan değerlerini keşfetmek için daha aktif yöntemler üzerinde çalışılmalıdır.

İncelenen uygulamada proje takımları kurulurken farklı meslek gruplarından, farklı tecrübelere sahip ve projenin farklı yönlerine katkı verebilecek kişilerin dahil edilmesiyle çeşitliliğin sağlandığı görülmektedir. Bu çeşitliliğin proje yürütülürken görev dağılımında kolaylık ve faaliyetlerde çok yönlülük sağlanması beklenebilir.

4.4. Kısıtlılıklar

Bu çalışmada duyuru zamanları, metinleri ve bahsi geçen proje konuları farklı olan 2 ayrı duyuruya ait başvuruların bir arada değerlendirilmesi temel kısıtlılıklardandır. Olası hataların en aza indirilmesi için başvurular değil, başvuru sahiplerinin özellikleri tanımlayıcı düzeyde sunulmuştur.

Duyuruların ulaştığı kişi sayısı, dağıtımın birimler arasındaki homojenitesi, hedef kitleye ulaşma oranı bilinmemektedir. Bununla birlikte birden fazla duyuru kanalı kullanılmış olması hedef kitleye ulaşma ihtimalini artırmıştır. Yine de, verilen mesajın hedef kitle tarafından görülüp görülmediği veya nasıl anlaşıldığı ayrıca araştırılmalıdır.

Takıma seçim sürecinde sadece başvuru metinlerinin değerlendirilmemiş olması, kişiler mülakata çağrılırken mesleğe göre sıralama yapılmış olması ve mülakatta ayrı kriterlerin değerlendirilmiş olması nedeniyle nitel analiz tüm başvuruları içerecek şekilde yapılmamıştır. Proje takımlarına seçilen kişilerin açık uçlu yanıtlarında katılımcıların motivasyonları ve değerlendiricilerin olumlu puan vermesini sağlayan olası içerikler araştırılmıştır. Nitel analiz proje takımına seçilen kişilerin yetkinliklerini tam olarak göstermemektedir. Sadece başvuru sırasında yazılan özellikleri değerlendirebilmektedir.

Halbuki, katılımcılar mülakat sırasında formda yazılmamış olan yetkinlikler açısından da değerlendirilmiştir.

V. SONUÇ

Projeler, sağlığın geliştirilmesi faaliyetleri için temel araçlardan birisidir. Bu nedenle bu araçların etkin ve yaygın kullanımı için kamu sağlık kurumlarının kapasitelerini artırması önemlidir. Türkiye’de bir kamu idaresinde yapılmış takım kurma uygulamasının çok yönlü olarak değerlendirilmesi olan bu çalışma, yazarların bilgisine göre sağlık yönetimi disiplini literatürdeki ilk çalışmadır. Hem kamu idarelerinde uygulanan yenilikçi projelerin teşvik edilmesi bakımından hem de takım kurma süreçlerine dair farklı sektörlerdeki yöntemlerin sağlık yönetimi alanına uygulanmış bir örneğini sunması bakımından çalışmanın değerli olduğu düşünülmektedir. Bu alanda yapılacak sonraki çalışmalarda, benzer şekilde karar alma süreçlerinin kanıta dayanıklılığının değerlendirilmesi, ayrıca iyi uygulama örneklerinin kavramsal arka planlar ile açıklanarak sonuçlarının bilimsel araştırma basamakları ile değerlendirilmesi alana katkı sağlayacaktır.

Sonuç olarak, bu çalışmada değerlendirilen uygulama, mühendislik ve yönetim disiplinlerine ait ilgili literatürdeki temel prensipler ile uyumludur ve sağlığın geliştirilmesi projelerinde takım kurma süreçlerinde kullanılabilir. Özellikle İl ve İlçe Sağlık Müdürlükleri başta olmak üzere kamu idarelerinde çalışanlar projeler için takım kurarken bu örnekteki adımları izleyebilir. Gelecek araştırmalar bu ve benzeri yöntemlerle kurulan takımların performanslarını ampirik olarak inceleyebilir. Kamu sağlık çalışanlarının proje takımlarında yer almak için ilgili olmaları yenilikçiliğe yönelik potansiyele işaret etmektedir. Yabancı dil yeterliliğinin geliştirilmesi ve tecrübe kazanılacak fırsatların yaratılması öne çıkan ihtiyaçlardır. Bu uygulamada hem güçlü bir proje takımı kurmak hem de uzun vadede kurumun kapasitesini geliştirmek için farklı meslek gruplarından, farklı çeşit ve düzeylerde tecrübelerine sahip ve projenin farklı yönlerine katkı verebilecek kişiler dahil edilerek çeşitlilik sağlanmıştır.

Etik Kurul İzni: Bu çalışma İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 07.01.2021 tarih ve 30 sayılı kararı ve İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayın, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu’nun 17.02.2021 tarih ve 2021/05 sayılı idari izniyle yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

- Akın, A. K. (2013). OECD perspektifinden: kamu hizmetlerinin iyileştirilmesinde inovasyon. *İdarecinin Sesi Dergisi*, (158), 27-30.
- Alencar, L. H. & Almeida, A. T. D. (2010). A model for selecting project team members using multicriteria group decision making. *Pesquisa Operacional*, 30(1), 221-236.
- Antoniadis, D. (2012). Complexity and the process of selecting project team members. *Journal for the Advancement of Performance Information & Value*, 4(1), 1-27.
- Arlıer, R. (2016). *Sağlık sektöründe yenilikçilik ve arge uygulamaları: Adana Numune Eğitim Araştırma Hastanesi örneği*. [Yüksek Lisans Tezi]. Toros Üniversitesi, Mersin.
- Baykasoglu, A., Dereli, T. & Das, S. (2007). Project team selection using fuzzy optimization approach. *Cybernetics and Systems: An International Journal*, 38(2), 155-185.
- Becerikli, Y. S. (2013). Takım çalışmaları ve verimlilik ilişkisi: Karar alma süreçlerinin etkinlik kazanmasında liderin rolü. *Verimlilik Dergisi*, (3), 93-116.

- Bingham, E., Gibson Jr, G. E. & El Asmar, M. (2019). Identifying team selection and alignment factors by delivery method for transportation projects. *Journal of Construction Engineering and Management*, 145(10), 04019061.
- Bontempi, J. M. B., Fagen, M. C. & Roe, K. M. (2012). Uygulama araçları, program personeli ve bütçeler. C. I. Fertman ve D. D. Allensworth (Ed.) *Sağlığı Geliştirme Programları: Teoriden Pratiğe* içinde (1. Baskı, ss. 168-169). Sağlık Bakanlığı.
- Cankur, N. (2002). Tıp eğitiminde dil: II Eğitim dilinde Türkçe'nin yeri ve geleceği. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 28(1), 33-35.
- DSÖ, Dünya Sağlık Örgütü. (2018). *Promoting health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration* (No. WHO/NMH/PND/18.2). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/260172>
- European Commission. (2021, March 25). *Erasmus+ Programme Guide 2021* (Version 1). https://ec.europa.eu/programmes/erasmus-plus/resources/programme-guide_en
- Fitsilis, P., Gerogiannis, V. & Anthopoulos, L. (2014). Project team selection based on social networks. *2014 IEEE International Technology Management Conference*. <https://doi.org/10.1109/ITMC.2014.6918598>
- Göçoğlu, V. & Kurt, İ. D. (2018). Kamu kurumlarında insan kaynakları yönetimi ve teknoloji: Gelecek odaklı bir değerlendirme. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 1(3), 357-367.
- Hsu, S. C., Weng, K. W., Cui, Q. & Rand, W. (2016). Understanding the complexity of project team member selection through agent-based modeling. *International Journal of Project Management*, 34(1), 82-93.
- Leontjeva O. & Trufanova, V. (2018). Lean team members' selection for public administration organisations. *Public Administration Issues*, 6, 45-64.
- Medimagazin. (2014, Şubat 24). Hekimlerin çoğu yabancı dil bilmiyor!. *Medimagazin*. <https://www.medimagazin.com.tr/medimagazin/tr-hekimlerin-cogu-yabanci-dil-bilmiyor-676-655-12193.html>
- Orhan, B. & Yücel, Ö. R. (2017). Türkiye'de sağlık hizmetleri sunumuna cinsiyet açısından bakış. *Marmara Üniversitesi Kadın ve Toplumsal Cinsiyet Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 53-59.
- Ren, Y. (2004). Strategies of team member selection in a project-based organization (Publication No. 3191615) [Doctoral dissertation, Carnegie Mellon University]. ProQuest Dissertations & Theses Global. <https://www.proquest.com/docview/305205653?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true>
- Sağlık Bakanlığı (2021). *Sağlık istatistikleri yıllığı 2019*. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/40564,saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>
- Stariņeca, O. & Voronchuk, I. (2015). Competence-based human resources selection and training: Making decisions. *International Scholarly and Scientific Research & Innovation*, 9(10), 3682-3687.
- Tarım., M. (2014) Sağlık politikaları ve Ar-Ge. *SD (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü) Dergisi*, (32), 12-15.

- Türk Dil Kurumu (t.y.) Takım. *Türk Dil Kurumu Güncel Türkçe Sözlük* içinde. Erişim tarihi: 20 Mayıs 2021, <https://sozluk.gov.tr/>
- Teskereci, G., Sümen, A., Çiçek, S. N. & Özerli, A. N. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin yabancı dil olarak İngilizceye ilişkin algıları: Bir metafor çalışması. *International Journal of Social Sciences and Education Research*, 5(3), 294-304.
- Turan, G. (2014). Çok kriterli karar verme. B. F. Yıldırım ve E. Önder (Ed.) *Çok kriterli karar verme yöntemleri* içinde (1. Baskı, ss. 15-20). Dora yayıncılık.
- Tzenalis, A. & Sotiriadou, C. (2010). Health promotion as multi-professional and multi-disciplinary work. *International Journal Of Caring Sciences*, 3(2), 49-55.

BİREYLERİN E-SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN E-NABIZ SİSTEMİNİN KULLANIMINA YÖNELİK ALGILARINA ETKİSİ

Dilek USLU*
Kemal İPEK**

ÖZ

Günümüzde bireyler, sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi edinmek için artan bir şekilde internete yönelmektedirler. İnternetin sağlık bilgisi kaynağı için önemli bir kanal haline gelmesi, e-Sağlık okuryazarlığı kavramını gündeme getirmiştir. 2000'li yıllarda bilişimde yaşanan gelişmeler doğrultusunda birçok sağlık hizmetinin çevrimiçi olarak sunulmasıyla e-Sağlık kavramı doğmuştur. Bu kapsamda Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından, bireylerin sağlık verilerini yönetebildikleri ve tıbbi özgeçmişlerine tek bir kaynaktan ulaştıkları e-Nabız kişisel sağlık kayıt sistemi hizmete sunulmuştur. Bu çalışmanın temel amacı bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeylerinin e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarına etkisinin incelenmesi, bazı sosyo-demografik özelliklerin bireylerin e-Sağlık okuryazarlık ve e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıları üzerinde farklılık oluşturup oluşturmadığının tespit edilmesidir. Araştırmanın evrenini Ankara ilinde yaşayan ve e-Nabız sistemini kullanan 18 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Mayıs (2021) ayında kolayda örnekleme yöntemi kullanılarak değerlendirilebilir 451 çevrimiçi anket formu elde edilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler, SPSS 23.00 paket programında değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermesinden dolayı parametrik testler (t testi ve tek yönlü varyans analizi [ANOVA]) uygulanmıştır. Ayrıca e-Sağlık okuryazarlığının e-Nabız kullanımına etkisini belirlemek için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Araştırmaya katılan bireylerin yaklaşık dörtte üçü (%73,6) sağlığı hakkında karar verirken internetin kendilerine yardımcı olmada faydalı olduğunu düşünmekte, internette sağlık kaynaklarına erişebilmek ise yaklaşık her beş katılımcıdan dördü (%82,5) için önem arz etmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin orta seviyede ($3,76 \pm 0,67$), e-Nabız sisteminin kullanıma yönelik algılarının ise orta-üst seviyede ($3,95 \pm 0,57$) olduğu görülmektedir. Evli katılımcıların ve daha yüksek gelire sahip olanların daha yüksek e-Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları saptanmıştır ($p < 0,05$). Eğitim seviyesi arttıkça e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı görülmektedir ($p < 0,05$). Ayrıca 46 ve üzeri yaş aralığında olanların diğer yaş aralığında olan katılımcılara göre e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıları daha düşük seviyede gözlenmiştir ($p < 0,05$). e-Sağlık okuryazarlık düzeyindeki artış, e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıyı artırmaktadır ($b = 0,252$; $p < 0,001$). Yüksek e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin e-Sağlık uygulamalarının kullanımına yönelik algıyı olumlu yönde etkileyebileceğini söylemek mümkündür.

Anahtar Kelimeler: E-sağlık, e-sağlık okuryazarlığı, e-nabız

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, dilek.uslu@hbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9430-2453>

** Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, kemalipek@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0335-2496>

Gönderim Tarihi: 05.06.2021

Kabul Tarihi: 18.11.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Uslu, D., & İpek, K. (2021). Bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarına etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2022; 25(1), 69-86

THE EFFECT OF INDIVIDUALS E-HEALTH LITERACY LEVEL ON THE PERCEPTIONS OF THE USE OF THE E-NABIZ SYSTEM

Dilek USLU*
Kemal İPEK**

ABSTRACT

Today, individuals are increasingly turning to the internet to learn about health and healthcare. The fact that the internet has become an important channel for health information resource has brought the concept of e-Health literacy to the agenda. During the 2000s, in line with developments in informatics, was born the concept of e-Health with a variety of health services offered online. In this context, the e-Nabız personal health record system, where individuals can manage their health data and access their medical resumes from a single source, has been put into service by the Ministry of Health in Turkey. The main purpose of this study is to examine the effects of individuals' e-Health literacy levels on their perceptions of the use of the e-Nabız system, and to determine whether some socio-demographic characteristics make a difference on individuals' perceptions of e-Health literacy and the use of the e-Nabız system. The population of the research consists of all individuals over the age of 18 who live in Ankara and use the e-Nabız system. Between the months of May (2021) 451 online questionnaires were obtained, which could be evaluated using the convenience sampling method. The data obtained from the research were evaluated in the SPSS 23.00 package program. Parametric tests (t test and one-way analysis of variance [ANOVA]) were applied due to the normal distribution of the data. In addition, simple linear regression analysis was performed to determine the effect of e-Health literacy on e-Nabız usage. About three-quarters (73.6%) of the individuals participating in the research think that the internet is useful in helping them when making decisions about their health and accessing health resources on the internet is important for approximately four out of every five participants (82.5%). It is seen that the e-Health literacy level of the individuals participating in the research is at a medium level (3.76 ± 0.67), and their perceptions of the use of the e-Nabız system are at medium-high level (3.95 ± 0.57). It was determined that married participants and those with higher incomes had higher e-Health literacy levels ($p < 0.05$). It is seen that as the education level increases, the e-Health literacy level also increases ($p < 0.05$). In addition, the perceptions of those aged 46 and above regarding the use of the e-Nabız system were observed to be lower than the participants in the other age range ($p < 0.05$). The increase in the e-Health literacy level increases the perception towards the use of the e-Nabız system ($b = 0.252$; $p < 0.001$). It is possible to say that a high level of e-Health literacy can positively affect the perception of the use of e-Health applications.

Keywords: E-health, e-health literacy, e-nabız

ARTICLE INFO

*Assist. Prof., Ankara Hacı Bayram Veli University, dilek.uslu@hbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-9430-2453>

** Ankara Hacı Bayram Veli University, kemalipek@yahoo.com,

 <https://orcid.org/0000-0002-0335-2496>

Received: 05.06.2021

Accepted: 18.11.2021

Cite This Paper:

Uslu, D., & İpek, K. (2021). Bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarına etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2022; 25(1), 69-86

I. GİRİŞ

Günümüzde internetin yaygın olarak kullanılmasıyla birlikte insanların da bu teknoloji den beklentileri artış eğilimine girmiştir (Uysal ve Ulusinan, 2020). Günden güne ilerleyen teknolojik yenilikler hayatımızın tüm alanlarına etki ederek yaşam tarzlarımızı da büyük oranda değiştirmektedir.

Bireyler, sağlık ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi edinmek için artan bir şekilde internete yönelmektedirler (Bundorf vd., 2006). Tüketicilerin sağlıkları hakkında karar verme süreçlerine ait tüm aşamalarda sağlık amacıyla internet kullanımı önemli bir yer edinmiştir (Bodie ve Dutta, 2008).

Türkiye’de yapılan ve 2020 yılının ilk üç ayını kapsayan bir araştırmada, internet kullanan bireylerin %65,4’ünün interneti sağlıkla ilgili bilgi araştırmak için kullandığı görülmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2020). Giderek daha fazla insanın internet tabanlı ve mobil sağlık kaynaklarını kullanması ve internetin sağlık bilgisi kaynağı için önemli bir kanal haline gelmesi, e-Sağlık okuryazarlığı kavramını gündeme getirmiştir (Sadıku vd., 2017).

Aynı zamanda insanların günlük hayatta iletişim şekilleri, son teknolojilerle birlikte farklılık göstermeye başlamıştır. Yüz yüze iletişimi tercih eden çoğu hasta ve hekime karşın bu durum artık yavaş yavaş değişim göstermektedir (Uysal ve Ulusinan, 2020). Bu doğrultuda bilgi ve iletişim teknolojileri, sağlık hizmetlerini desteklemek ve sunmak için yaygın olarak kullanılmaktadır (Kim ve Xie, 2017). Bireylerin bu amaçla kullandıkları bilgi ve iletişim teknolojileri arasında; hasta portalları, tele sağlık ve çevrimiçi destek sistemleri gibi e-Sağlık uygulamaları yer almaktadır (Watkins ve Xie, 2014).

e-Sağlık, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında bilgi ve iletişim teknolojisinin kullanımına atıfta bulunan yeni bir kavramdır (Sadıku vd., 2017). 2000’li yıllarda bilişimde yaşanan gelişmelere paralel olarak birçok sağlık hizmetinin çevrimiçi olarak sunulmasıyla e-Sağlık kavramı doğmuştur (Ülke ve Atilla, 2020). Bununla birlikte bazı bireyler e-Sağlık hizmetlerine erişerek e-Sağlık okuryazarlıklarını ve sağlık hizmetleriyle iletişimlerini geliştirirken, bazı bireyler ise e-Sağlık hakkında yeterli bilgiye sahip değildirlir (Griebel vd., 2018). e-Sağlık araçlarını kullanmak için gerekli beceriye sahip olmayan bireylerin etkililikleri de sınırlı olacaktır (Norman ve Skinner, 2006b). e-Sağlık hizmetleri, hastaların tıbbi karar verme sürecinde aktif katılımcı olmalarını sağlamaktadır (Griebel vd., 2018). Bu açıdan bakıldığında e-Sağlık uygulamalarının kullanımında engelleri ortadan kaldırmak için, okuryazarlığı düşük bireylere gerekli teknolojik ve pratik desteğin sağlanması kritik önem taşımaktadır (Kim ve Xie, 2017).

Hastaların tıbbi karar verme sürecinde aktif katılımcı olmaları için verileri, bilgileri ve yazılım araçlarını birleştiren Kişisel Sağlık Kayıtlarının (KSK), hasta verileri için statik depolardan daha fazlasını ifade ettiği söylenebilir (Tang vd., 2006). Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından, bireylerin güvenli bir şekilde çevrimiçi erişim sağladıkları, tüm sağlık verilerini yönetebildikleri, tıbbi özgeçmişlerine tek bir kaynaktan ulaştıkları e-Nabız kişisel sağlık kayıt sistemi 2015 yılında hizmete sunulmuştur (e-Nabız Kılavuzu, 2018). e-Nabız sistemi sayesinde tıbbi özgeçmişine ulaşan bireylerin sağlık hizmet sunumuna dahil olması, sağlık okuryazarlık düzeylerinin yükseltilmesi ve hizmet sürdürülebilirliğinin artması amaçlanmaktadır (Yeşiltaş, 2018).

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. e-Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı kavramı ilk kez “Health Education as Social Policy” adlı çalışması ile Simonds (1974) tarafından ele alınmıştır (Şenel-Tekin, 2019). Dünya Sağlık Örgütü, sağlık okuryazarlığını; “sağlığı teşvik edecek ve sürdürecektir şekilde bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma konusundaki güdüleme ve yetkinliği belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler” olarak tanımlamaktadır (World Health Organization [WHO], 1998). Sağlık okuryazarlığı kavramı bireylerin zamanla kazandıkları bir bilgi birikimidir. İletişim ve bilgi teknolojilerinin bu doğrultuda kullanımıyla

birlikte e-sağlık okuryazarlığı ortaya çıkmaktadır (Uslu ve Şeremet, 2020). Sağlık okuryazarlığı kavramı üzerine inşa edilen e-Sağlık okuryazarlığı, bilgi ve iletişim teknolojilerinin sağlık bilgilerinde artan rolünü işaret etmektedir (Watkins ve Xie, 2014). Bilgi ve iletişim teknolojilerinin yaygın olarak kullanılmasıyla zenginleşen çevrimiçi sağlık bilgilerine karşın, bu bilgilerin güvenilirliğinin sorgulanması e-Sağlık okuryazarlık kavramının önemini ortaya koymaktadır (Deniz, 2020; Monkman ve Kushniruk, 2015).

e-Sağlık okuryazarlığı, sağlık ile ilişkili bilgilere, elektronik kayıtlar üzerinden ulaşma, bu bilgileri anlama ve değerlendirme süreci sonunda sağlık sonucuna dönüştürebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Norman ve Skinner, 2006b). Chan ve Kaufman (2011) ise e-Sağlık okuryazarlığını, "teknoloji tabanlı sağlık araçlarıyla verimli etkileşimler için gerekli olan bir dizi beceri ve bilgi" olarak adlandırır. e-Sağlık okuryazarlığı, farklı okuryazarlık becerilerinin bir araya gelmesiyle oluşur. Norman ve Skinner (2006b) tarafından e-Sağlık okuryazarlığı ile diğer okuryazarlık türlerini buluşturan Lily (Zambak) Modeli geliştirilmiştir. Model, analitik ve duruma özgü (bağlamsal) olmak üzere iki ana kategoriye ayrılmış altı temel okuryazarlıktan oluşmaktadır. Analitik becerilerde geleneksel okuryazarlık, medya okuryazarlığı ve bilgi okuryazarlığı yer alırken, duruma özgü becerilerde ise bilgisayar okuryazarlığı, bilimsel okuryazarlık ve sağlık okuryazarlığı yer almaktadır.

2.2. e-Nabız Sistemi

Günümüzde daha büyük hastaneler yapmak yerine sağlık teknolojilerine yatırım yapan ülkeler, e-Sağlık uygulamalarını kullanarak sağlık hizmet sunumlarını hastane ortamından çıkarıp zaman ve mekan sınırından bağımsız olarak daha geniş kesimlere ulaştırmaktadırlar (Kılıç, 2017). e-Sağlık uygulamalardan birisi olan KSK, bireyler için çeşitli ve güvenilir sağlık verilerine daha fazla erişim imkanı sunmaktadır. Bireyler, sağlıklarını iyileştirmek, hastalıklarını yönetmek ve sağlık hizmetleriyle ilgili olarak diğer kişiler ile iletişim kurmak için bu erişimden yararlanabilmektedirler (Tang vd., 2006).

Sağlık Bakanlığının 2003 yılında "Sağlıkta Dönüşüm Programı" kapsamında ortaya koyduğu temel bileşenlerden Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS), Türkiye'de e-Sağlık uygulamalarının temel çalışmalarını oluşturmaktadır. Bu kapsamda 2015 yılında hayatımıza giren e-Nabız kişisel sağlık kayıt sistemi kısaca, sağlık profesyonellerinin ve hasta bireylerin almış oldukları sağlık hizmetine ilişkin verilere istedikleri zamanda ulaşabilecekleri çevrimiçi bir uygulamadır (Yalman ve Öcel, 2021). 2015 yılının Ocak ayında hayata geçirilen e-Nabız kişisel sağlık kayıt sistemi bireyler tarafından giderek artan şekilde kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığının yaptığı açıklamaya göre 2020 yılı sonu itibariyle e-Nabız kullanıcı sayısı 27,3 milyonu aşmıştır (Anadolu Ajansı [AA], 2020). e-Nabız sistemi ile bireyler muayene, tetkik ve tedavilerinin nerede yapıldığına bakılmaksızın sağlık kuruluşlarından toplanan sağlık verilerine internet ve mobil cihazlar üzerinden erişebilmekte, kendisine sunulan sağlık hizmetinin kalitesini ve hızını artırmakta, hekim ile güçlü bir etkileşim kurmaktadır (e-Nabız Klavuzu, 2018).

2.3. e-Sağlık Okuryazarlığı ve e-Nabız Sistemi İlişkisi

Birçok gelişmiş ülkeden gelen veriler, mevcut sağlık bilgileri ve hizmetlerinin azalan kullanımı ile düşük okuryazarlık seviyeleri arasında bir ilişki olduğunu göstermektedir (Nutbeam, 2008). Bununla birlikte bireylerin yalnızca sağlık okuryazarı olması değil, aynı zamanda dijital hizmetler ve teknolojiyi kullanırken sağlık bilgilerini bulmak, anlamak ve değerlendirmek için yeteneklere, kaynaklara ve motivasyona sahip olmaları gerekmektedir (Karnoe ve Kayser, 2015). e-Sağlık okuryazarlığı ile teknoloji kullanımı arasında bir bağlantı olduğu varsayılabilir. Bir birey teknolojiyi ne kadar çok kullanırsa, o teknolojiyi bir araç olarak kullanma becerileri de o kadar artar (Norman ve Skinner, 2006a). e-Sağlık okuryazarlığı gerçekten de bireyleri güçlendirebilir ve e-Sağlık kaynakları tarafından bilgilendirilen sağlık kararlarına tam olarak katılmalarını sağlayabilir (Norman ve Skinner, 2006).

İnternet tabanlı sağlık bilgi sistemlerini içeren e-Sağlık çözümlerinin kullanımı, e-Sağlık okuryazarlığı gerektirir. e-Sağlık okuryazarlığı genel anlamda interaktif sağlık bilgi teknolojilerinin içeriğini kullanma ve anlama kapasitesidir (Gilstad, 2014). Diğer taraftan e-Sağlık okuryazarlığı, e-Sağlık uygulamalarını öğrenmenin ötesine geçerek kötü sağlık koşullarını yaratan ve sürdüren yapısal özelliklerin farkına varılmasına yardımcı olmaktadır (Bodie ve Dutta, 2008). Yüksek e-Sağlık okuryazarlığına sahip bireyler sağlık durumları ve belirtileriyle birlikte uygulanan tedavileri daha iyi anladıklarını bildirmişlerdir. Aynı zamanda bu bireyler, çevrimiçi sağlık bilgilerinin doğruluğunu ve niteliğini daha iyi değerlendirmektedirler (Neter ve Brainin, 2012). Düşük e-Sağlık okuryazarlığının ise, bireylerin e-Sağlık bilgilerine erişme ve kullanma becerilerinde eşitsizliklere neden olduğu söylenebilir (Park, Cormier ve Glenna, 2016).

Alan yazında e-Sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesine yönelik farklı meslek dalları ve öğrencilerle yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Ayrıca e-Sağlık okuryazarlığı ile sosyo-demografik değişkenler, siberkondri ve dijital okuryazarlık arasındaki ilişkiyi inceleyen yayınlar da yer almaktadır (Aktürk, 2018; Deniz, 2020; Ertaş vd., 2019; Nakas, 2017; Kahyaoğlu vd., 2020; Orhan vd., 2020; Özer vd., 2020; Uslu ve Şeremet, 2020; Yüksel ve Deniz, 2020). e-Nabız sisteminin farkındalığı ve kullanımına yönelik araştırmaların da yapıldığı görülmektedir. e-Nabız sistemi ile sosyal pazarlama, dijital sağlık, dijital pazarlama, sağlık okuryazarlığı ve demografik değişkenlere yönelik ilişkiyi inceleyen araştırmalar yapılmıştır (Demir, 2017; Demir, 2019; Ekiyor ve Çetin, 2017; Ekiyor vd., 2019; İnal ve Cagiltay, 2019; Karakaya ve Dorukbaşı, 2019; Kırac ve Yılmaz, 2019; Yalman ve Öcel, 2021; Yorulmaz vd., 2018:). Bununla birlikte, e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin, bireylerin e-Sağlık uygulamalarını kullanma algılarını etkileyip/etkilemediğine yönelik alan yazında çalışmaya rastlanmamıştır. e-Sağlık uygulaması olarak kullanıcı sayısı 27,3 milyonu aşan e-Nabız sistemi seçilerek bu soruya cevap aranmıştır. Alan yazında bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeylerinin e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarına etkisini inceleyen çalışmaya rastlanmaması araştırmayı özgün kılmaktadır.

Bu çalışmanın temel amacı bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeylerinin e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarına etkisinin incelenmesi, bazı sosyo-demografik özelliklerin bireylerin e-Sağlık okuryazarlık ve e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıları üzerinde farklılık oluşturup oluşturmadığının tespit edilmesidir. Bu amaç doğrultusunda aşağıdaki sorulara cevap aranmaya çalışılmıştır:

- Araştırmaya katılan bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyleri nedir?
- Araştırmaya katılan bireylerin e-Nabız sisteminin kullanıma yönelik algıları nasıldır?
- Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile e-Sağlık okuryazarlık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?
- Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ile e-Nabız kullanımına yönelik algıları arasında bir ilişki var mıdır?
- Araştırmaya katılan bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeylerinin e-Nabız kullanımına yönelik algılarına etkisi var mıdır?

Araştırma sonuçlarının sağlık hizmet sunucularına, sağlık yöneticilerine ve politikacılarına yön göstermesi açısından önemli olacağı düşünülmektedir.

III. YÖNTEM

Araştırmanın evrenini Ankara'da ikamet eden ve e-Nabız sistemini kullanan 18 yaş üstündeki bireyler oluşturmaktadır. Verilerin toplanmasında, ana kütlenin bütününe incelemek, zaman ve maliyet bakımından zor olacağından kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmaya

katılmaya gönüllü 493 kişiye çevrimiçi anket 1-30 Mayıs 2021 tarihleri arasında uygulanmıştır. 493 anket formundan değerlendirilebilir 451 anket formu elde edilmiştir.

Araştırmada veri toplama aracı olarak 3 bölümden oluşan 40 soruluk bir anket formu kullanılmıştır. Birinci bölümde bireylerin demografik bilgilerini ölçmeye yönelik 7 soru bulunmaktadır. İkinci bölümde e-Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve üçüncü bölümde ise bireylerin e-Nabız sistemine ilişkin kullanım algılarını ölçen sorular yer almaktadır. Araştırma sürecinde veriler Covid-19 salgın dönemi nedeniyle yüz yüze anket yönteminin risk taşımasından dolayı araştırmacıların sosyal medya hesapları aracılığıyla çevrimiçi anket uygulanarak elde edilmiştir. Katılımcılara anketler gönderilmeden önce Ankara ilinde ikametgâh etme durumları sorulmuş ve Ankara ilinde yaşayan katılımcıların anketi doldurması istenmiştir.

Bireylerin e-Sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek için Norman ve Skinner tarafından 2006 yılında geliştirilen e-Sağlık Okuryazarlığı ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği Tamer-Gencer (2017) tarafından yapılmış ve ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,91 olarak hesaplanmıştır. Bu ölçek, internet kullanmayla ilgili 2 madde ve internet tutumunu ölçen 8 maddeden oluşmaktadır. Soru formunda 5’li Likert tipi (1=kesinlikle katılmıyorum; 5=kesinlikle katılıyorum) ölçek kullanılmıştır. Ölçek ortalama puanı arttıkça (ortalama 5’e yaklaştıkça) e-sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır. Bu araştırmada e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği’nin Cronbach Alfa değeri 0,92 olarak bulunmuştur.

Bireylerin e-Nabız sistemine ilişkin kullanım algılarını ölçmeye yönelik ifadelerin yer aldığı ölçek, Bodkin ve Miaoulis (2007) ve Goetzinger vd. (2007)’un çalışmaları örnek alınarak Yalman ve Öcel (2021) tarafından oluşturulmuştur. Ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0,98 bulunmuştur. Ölçekte e-Nabız kullanımı ile ilgili mevcut sağlık hizmetlerden faydalanma ve geçmiş hizmet kayıtlarından faydalanma olarak iki faktör ele alınmaktadır. Soru formunda 5’li Likert tipi (1=kesinlikle katılmıyorum; 5=kesinlikle katılıyorum) ölçek kullanılmıştır. Bu araştırmada ise e-Nabız Sistemine İlişkin Kullanım Algıları Ölçeği’nin Cronbach Alfa değeri 0,95 olarak bulunmuştur.

Araştırmanın yürütülebilmesi için Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonu’ndan 23.04.2021 tarihli ve 20744 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır. Araştırmacılar tarafından “e-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği” ve “e-Nabız Sistemine İlişkin Kullanım Algıları Ölçeği”nin araştırmada kullanımı için yazarlardan gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca katılımcılara araştırma ile ilgili bilgilendirmeler anket formunun ön kısmında belirtilmiş ve araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır.

Araştırmanın verileri, SPSS 23.00 paket programında değerlendirilmiştir. e-Sağlık okuryazarlığı ve e-Nabız kullanım algı düzeylerinin katılımcıların demografik özelliklerine göre istatistiksel olarak farklılık gösterip göstermediğinin belirlenmesinde, öncelikle normallik varsayımı incelenmiştir. Bu amaçla, Kolmogorov-Smirnov testi yapılarak verilerin basıklık, çarpıklık değerleri ile ortalama-medyan değerlerin yakınlığı incelenmiş ve verilerin dağılımının normal dağılım gösterdiği belirlenmiştir. Araştırma verilerinin istatistiksel analizinde yüzdellikler ve ortalamalar alınmış, ölçek puanlarının sosyo-demografik verilerle karşılaştırılmasında normal dağılım gösterdiğinden ikili gruplarda bağımsız örneklem için t-testi, ikiden fazla gruplar için ise tek yönlü varyans analizi (one-way ANOVA) uygulanmıştır. ANOVA analizi sonucunda tespit edilen farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla çoklu karşılaştırma (Post-Hoc) testlerinden Tukey Testi kullanılmıştır. Ayrıca e-Sağlık okuryazarlığının e-Nabız kullanımına etkisini belirlemek için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve %5 anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir.

IV. BULGULAR

Bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeylerinin e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarına etkisinin incelenmesi ve bazı sosyo-demografik özelliklerin bireylerin e-Sağlık okuryazarlık ve e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıları üzerinde farklılık oluşturup oluşturmadığının tespit

edilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu araştırma sonucunda, elde edilen verilere yönelik yapılan analizler sonucu bulunan bulgular aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1’de katılımcıların demografik özellikleri ve ek sorulara ilişkin frekans bilgileri yer almaktadır. Buna göre katılımcıların %55,2’si erkek, %39,7’si 36-45 yaş aralığında ve yaklaşık dörtte üçünün (%72,3) evli olduğu görülmektedir. Katılımcıların yarısından fazlasının (%51,7) lisans mezunu olduğu, %33,7’sinin 2501-5000 TL arasında gelire sahip olduğu ve yaklaşık her beş katılımcından birinin (19,7) kronik rahatsızlığı olduğu görülmektedir. Yine katılımcıların %43,2’sinin bir sağlık problemi yaşadığında sıklıkla Devlet Hastanesine başvurduğu görülmektedir.

Katılımcıların yaklaşık dörtte üçü (%73,6) sağlığı hakkında karar verirken internetin kendilerine yardımcı olmada faydalı olduğunu düşünmekte, internette sağlık kaynaklarına erişebilmek ise yaklaşık her beş katılımcından dördü (%82,5) için önem arz etmektedir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine ve Ek Sorulara Ait Bulgular

Demografik Özellikler ve Ek Sorular		Sayı	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	202	44,8
	Erkek	249	55,2
Yaş	18-25	47	10,4
	26-35	134	29,7
	36-45	179	39,7
	46 ve üzeri	91	20,2
Medeni Durum	Evli	326	72,3
	Bekar	125	27,7
Eğitim Seviyesi	Lise ve altı	70	15,5
	Ön lisans	64	14,2
	Lisans	233	51,7
	Lisansüstü ve Doktora	84	18,6
Gelir Durumu	2500 TL ve altı	42	9,3
	2501-5000 TL	152	33,7
	5001-7500 TL	141	31,3
	7501 TL ve üzeri	116	25,7
Kronik Rahatsızlık	Evet	89	19,7
	Hayır	362	80,3
Sıklıkla Başvurulan Sağlık Kuruluşu	Aile Sağlık Merkezi	74	16,4
	Devlet Hastanesi	195	43,2
	Üniversite Hastanesi	86	19,1
	Özel Hastane	96	21,3
Sağlığınız hakkında karar verirken internetin size yardımcı olmada ne kadar faydalı olduğunu düşünüyorsunuz?	Hiç Yararlı Değil	21	4,7
	Yararlı Değil	51	11,3
	Fikrim Yok	49	10,9
	Yararlı	286	63,4
	Çok Yararlı	44	9,8
İnternette sağlık kaynaklarına erişebilmek sizin için ne kadar önemli?	Hiç Önemli Değil	10	2,2
	Önemli Değil	39	8,6
	Fikrim Yok	30	6,7
	Önemli	265	58,8
	Çok Önemli	107	23,7
Toplam		451	100

Tablo 2’ye göre “İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim” ifadesinin 3,89’luk bir ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların toplam e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin ise orta düzeyde ($3,76 \pm 0,67$)

olduğu görülmektedir. (Ölçekten elde edilen ortalama puanın 5'e yaklaşması e-sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığını gösterdiğinden değerlendirmeler bu yönde yapılmıştır.)

Tablo 2. e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeğine Ait İfadelere Yönelik Ortalamalar

e-Sağlık Okuryazarlık Ölçeğine Ait İfadeler		Ort.
1.	İnternette hangi sağlık kaynaklarının ulaşılabilir olduğunu biliyorum.	3,68
2.	İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nerede bulacağımı biliyorum.	3,65
3.	İnternetteki yararlı sağlık kaynaklarını nasıl bulacağımı biliyorum.	3,71
4.	Sağlık hususunda sorularıma yanıt bulmak adına interneti nasıl kullanacağımı biliyorum.	3,85
5.	İnternette bana yardımcı olması adına bulduğum sağlık bilgilerini nasıl kullanacağımı biliyorum.	3,83
6.	İnternette bulduğum sağlık kaynaklarını değerlendirmek için ihtiyacım olan beceriye sahibim.	3,89
7.	İnternetteki yüksek kalitedeki sağlık kaynaklarını düşük kalitedeki sağlık kaynaklarından ayırt edebilirim.	3,77
8.	Sağlığa ilişkin kararlar verirken internetten bilgi kullanımında kendime güveniyorum.	3,74
Toplam		3,76

Tablo 3'te "*e-Nabız uygulamasında sağlık geçmişimi görüntüleme hizmetini faydalı buluyorum.*" ifadesinin 4,29'luk bir ortalama ile en yüksek ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. "*e-Nabız uygulaması sayesinde hekim ile etkileşim halinde olabiliyorum.*" ifadesinin ise 2,99'luk bir ortalama ile en düşük ortalamaya sahip olduğu görülmektedir. Katılımcıların toplam e-Nabız sisteminin kullanıma yönelik algılarının ise orta-üst düzeyde ($3,95 \pm 0,57$) olduğu görülmektedir. (Ölçekten elde edilen ortalama puanın 5'e yaklaşması e-Nabız kullanım algısına ait düzeyin arttığını gösterdiğinden değerlendirmeler bu yönde yapılmıştır.)

Tablo 3. e-Nabız Sisteminin Kullanıma Yönelik Algulara Ait İfadelerin Ortalamaları

e-Nabız Sisteminin Kullanıma Yönelik Algulara Ait İfadeler		Ort.
1.	e-Nabız uygulaması sosyal yaşantımı kolaylaştırmaktadır.	3,89
2.	e-Nabız uygulaması ile hastane randevularını daha hızlı bir şekilde alabiliyorum.	3,82
3.	e-Nabız uygulaması sağlık hizmetlerinden yararlanmayı kolaylaştırmaktadır.	3,95
4.	e-Nabız uygulaması ile hastane randevularını daha pratik bir şekilde alabiliyorum.	3,79
5.	e-Nabız uygulaması ile randevu iptal etme hizmetini faydalı buluyorum.	3,97
6.	e-Nabız uygulaması sayesinde hekim ile etkileşim halinde olabiliyorum.	2,99
7.	e-Nabız uygulaması kullanımı kolay bir uygulamadır.	3,86
8.	e-Nabız uygulaması ile randevu alma hizmetini faydalı buluyorum.	3,95
9.	e-Nabız uygulaması yararlı bir uygulamadır.	4,15
10.	e-Nabız uygulaması gerekli bir uygulamadır.	4,21
11.	e-Nabız uygulaması sayesinde tüm sağlık verilerimi tek bir uygulamada görüntüleyebiliyorum.	4,13
12.	e-Nabız uygulamasındaki bilgilerin güvenliği konusunda endişe duymuyorum.	3,63
13.	e-Nabız uygulamasında tahlil ve tetkik sonuçlarını öğrenme hizmetini faydalı buluyorum.	4,24
14.	e-Nabız uygulamasında 112 Acil çağrı butonunu kullanma hizmetini faydalı buluyorum.	3,80
15.	e-Nabız uygulamasında alerji, hastalık, ilaç kullanımı vb. durumları kayıt altına alabilme hizmetini faydalı buluyorum.	4,19
16.	e-Nabız uygulamasında tekrarlayan tetkiklerden kurtulma olanağı hizmetini faydalı buluyorum.	4,00
17.	e-Nabız uygulamasında sağlık geçmişimi görüntüleme hizmetini faydalı buluyorum.	4,29
18.	e-Nabız uygulamasında gittiğim sağlık kuruluşlarında aldığım hizmeti değerlendirip yorumlama hizmetini faydalı buluyorum.	3,92
19.	e-Nabız uygulamasında kişisel sağlık bilgilerinin güvenliği ve gizliliğini sağlama hizmetini faydalı buluyorum.	3,92
20.	e-Nabız uygulamasında veri ekleme alanından tansiyon, kan şekeri, nabız, ağırlık bilgilerimi değiştirme hizmetini faydalı buluyorum.	3,99
21.	e-Nabız uygulamasında sağlık verilerine her yerden ulaşma imkânı hizmetini faydalı buluyorum.	4,24
22.	e-Nabız uygulamasında sağlık verilerimi başka kuruluşlardaki sağlık çalışanlarıyla paylaşma hizmetini faydalı buluyorum.	3,92
23.	e-Nabız uygulamasında alınan sağlık hizmetini değerlendirebilme olanağı hizmetini faydalı buluyorum.	4,04
Toplam		3,95

Tablo 4'te görüldüğü üzere katılımcıların cinsiyet, yaş, kronik rahatsızlık durumu ve sıklıkla başvuru yapılan sağlık kuruluşu tercihine göre e-Sağlık okuryazarlık düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir ($p>0,05$). Ancak katılımcıların medeni durumu, eğitim seviyesi ve gelir durumuna göre e-Sağlık okuryazarlık düzeylerinin istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Evli olan katılımcıların bekar olanlara göre daha yüksek e-Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu görülmektedir. e-Sağlık okuryazarlığı ile eğitim seviyesi arasında yapılan Post-Hoc (Tukey) testine göre: lise ve altı eğitim seviyesine sahip katılımcılar; ön lisans, lisans, lisansüstü ve doktora eğitim seviyesine sahip katılımcılara göre daha düşük e-Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptirler. Eğitim seviyesi arttıkça e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı söylenebilir. Yine e-Sağlık okuryazarlığı ile gelir durumu arasında yapılan Post-Hoc (Tukey) testine göre: 2501-5000 TL gelir durumuna sahip katılımcılar; diğer gelir durumuna sahip katılımcılara göre daha düşük e-Sağlık

okuryazarlığı düzeyine sahiptirler. Gelir durumu 7501 TL ve üzeri olan katılımcılar ise daha yüksek e-Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahiptirler.

Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre e-Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Karşılaştırılması

Demografik Özellikler	n	e-Sağlık Okuryazarlığı			
		Ort.	Std. Sapma		
Cinsiyet	Kadın	202	3,7871	0,66274	t=0,578 p=0,563
	Erkek	249	3,7500	0,69015	
Yaş	18-25	47	3,5745	0,62209	F=2,568 p=0,054
	26-35	134	3,8377	0,76290	
	36-45	179	3,8101	0,60984	
	46 >	91	3,6758	0,68032	
Medeni Durum	Evli	326	3,8083	0,68054	t=2,117 p=0,035
	Bekar	125	3,6580	0,65994	
Eğitim Seviyesi	Lise ve altı (1)	70	3,6304	0,63218	F=5,175 p=0,002 4>1,2,3
	Ön Lisans (2)	64	3,6758	0,64998	
	Lisans (3)	233	3,7446	0,65518	
	Lisansüstü ve Doktora (4)	84	4,0104	0,74324	
Gelir Durumu	2500 TL ve altı (1)	42	3,7351	0,58252	F=6,858 p=0,001 2<1,3,4
	2501-5000 TL (2)	152	3,5913	0,68631	
	5001-7500 TL (3)	141	3,8103	0,63783	
	7501 TL ve üzeri (4)	116	3,9547	0,69458	
Kronik Rahatsızlık	Evet	89	3,7205	0,75614	t=0,658 p=0,512
	Hayır	362	3,7780	0,65740	
Sıklıkla Başvurulan Sağlık Kuruluşu	Aile Sağlık Merkezi	74	3,7111	0,68713	F=2,260 p=0,081
	Devlet Hastanesi	195	3,7058	0,67842	
	Üniversite Hastanesi	86	3,9215	0,70347	
	Özel Hastane	96	3,7943	0,62958	

Tablo 5'e göre katılımcıların cinsiyet, medeni durum, eğitim seviyesi, gelir durumu, kronik rahatsızlık durumu ve sıklıkla başvuru yapılan sağlık kuruluşu tercihine göre e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği görülmektedir ($p>0,05$). Ancak katılımcıların yaşlarına göre e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılar ile yaş arasında yapılan Post-Hoc (Tukey) testine göre: 46 ve üzeri yaş aralığında olanların diğer yaş aralığında olan katılımcılara göre e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıları daha düşük seviyededir. 26-35 yaş aralığında olan katılımcıların ise e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıları daha yüksek seviyededir.

Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-demografik Özelliklerine Göre e-Nabız Sisteminin Kullanımına Yönelik Algularının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler		n	e-Nabız Kullanım Algısı		
			Ort.	Std. Sapma	
Cinsiyet	Kadın	202	3,9737	0,55512	t=0,703 p=0,482
	Erkek	249	3,9356	0,58754	
Yaş	18-25 (1)	47	3,9750	0,51522	F=2,942 p=0,033 4<1,2,3
	26-35 (2)	134	4,0088	0,52710	
	36-45 (3)	179	3,9845	0,59712	
	46> (4)	91	3,7960	0,59838	
Medeni Durum	Evli	326	3,9581	0,57337	t=0,326 p=0,744
	Bekar	125	3,9384	0,57384	
Eğitim Seviyesi	Lise ve altı	70	4,0286	0,53408	F=0,644 p=0,574
	Ön Lisans	64	3,9844	0,65277	
	Lisans	233	3,9250	0,58346	
	Lisansüstü ve Doktora	84	3,9420	0,50956	
Gelir Durumu	2500 TL ve altı	42	4,0072	0,51084	F=1,081 p=0,357
	2501-5000 TL	152	3,9485	0,52655	
	5001-7500 TL	141	3,8918	0,62911	
	7501 TL ve üzeri	116	4,0124	0,57993	
Kronik Rahatsızlık	Evet	89	3,9321	0,60402	t=0,378 p=0,706
	Hayır	362	3,9577	0,56579	
Sıklıkla Başvurulan Sağlık Kuruluşu	Aile Sağlık Merkezi	74	4,0682	0,49834	F=1,237 p=0,296
	Devlet Hastanesi	195	3,9394	0,58760	
	Üniversite Hastanesi	86	3,9191	0,55708	
	Özel Hastane	96	3,9207	0,60703	

Katılımcıların e-Sağlık Okuryazarlık düzeyinin e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algısına etkisini belirlemek için yapılan basit doğrusal regresyon analizi sonucunda elde edilen bulgular Tablo 6'da verilmiştir. Basit doğrusal regresyon analizi sonuçları istatistiksel olarak anlamlıdır (F=43,894; p<0,001). e-Sağlık okuryazarlık düzeyi pozitif yönlü e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıyı artırmaktadır. Buna göre, e-sağlık okuryazarlığı düzeyindeki bir birimlik artış, e-nabız sistemini kullanmaya yönelik algıyı 0,252 birim artırmaktadır. e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıdaki %9'luk varyansın e-Sağlık okuryazarlık düzeyine bağlı olduğu görülmektedir (R²=0,089).

Tablo 6. e-Sağlık Okuryazarlık Düzeyinin e-Nabız Kullanım Algısına Etkisini Belirlemeye Ait Basit Doğrusal Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	b	Standart Hata	Beta	t	p	F
Sabit	3,002	0,146		20,595	0,000	43,894
(e-Sağlık okuryazarlığı)	0,252	0,038	0,298	6,625	0,000	

R =0,298; R² =0,089; F=43,894; p<0,001

Bağımlı Değişken: e-Nabız Kullanım Algısı

V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde teknolojiye yaşanan hızlı gelişmeler ve internet kullanımının toplumun tüm kesimlerinde yaygınlaşmasıyla birlikte, bireyler sağlık alanında ihtiyaç duyacakları bilgilere sıklıkla çevrimiçi kanalları kullanarak cevap aramaktadırlar. Yaşanan bu hızlı gelişmelere paralel olarak çevrimiçi sağlık yayınlardaki artış, beraberinde yanlış, şüpheli ve anlaşılması zor bilgileri de bir sorun yumağı olarak karşımıza çıkarmaktadır. Dahası bireyler sağlıkları hakkında karar verirken çevrimiçi bilgileri nerede bulacakları konusunda endişe yaşamaktadırlar. Bu nedenle bireylerin sağlıkları hakkında karar verirken doğru bilgilere ulaşma ve ulaştıkları bilgileri yorumlama becerilerine sahip olması gerekmektedir. Bundan dolayı e-Sağlık okuryazarlığı kavramı günümüzde yoğun teknoloji kullanımıyla birlikte giderek artan bir öneme sahip olmaktadır.

Bu araştırma, Ankara ilinde ikamet eden bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeylerinin e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarına etkisinin incelenmesi, bazı sosyo-demografik özelliklerin bireylerin e-Sağlık okuryazarlık ve e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıları üzerinde farklılık oluşturup oluşturmadığının tespit edilmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu bölümde çalışmadan elde edilen bulgular incelenmiştir.

Katılımcıların yaklaşık dörtte üçü (%73,6) sağlıklarıyla ilgili karar vermede internetin yararlı olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde yaklaşık her beş katılımcıdan dördü (%82,5) internetteki sağlık kaynaklarına erişebilmenin önemli olduğunu düşünmektedir. Tubaishat ve Habiballah (2016)'ın hemşirelik öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmaya katılanların %70,2'si internetin sağlıkla ilgili kararlarda yararlı bir kaynak olduğunu ve %63,5'i ise internetteki bilgilere ulaşmanın sağlıkları için önemli olduğunu belirtmişlerdir. Orhan vd. (2020)'nin üniversite öğrencileri üzerinde yaptıkları çalışmada internetin sağlıkla ilgili kararlarda yararlı bir kaynak olduğunu düşünenlerin oranı %55,7 ve internetteki sağlık kayıtlarına ulaşmanın sağlık için önemli olduğunu düşünenlerin oranı %74,7 olarak bulunmuştur. Uslu ve Şeremet (2020)'in yaptıkları çalışmada ise bireylerin %67,4'ü internetin sağlıkla ilgili karar vermede yararlı olduğunu ve %81,8'inin internetteki bilgilere ulaşmanın sağlıkları için önemli olduğunu belirtmişlerdir. Çalışmalar arasındaki farklılıkların örneklem gruplarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Üniversite öğrencileri ile yapılan çalışmalarda oranların daha düşük olduğu gözlenmektedir. Hastalık ve kronik rahatsızlıkların daha seyrek görülmesinin beklendiği üniversite öğrencileri için sağlık sorunlarının daha az önem arzettiği söylenebilir.

Araştırmada bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin orta düzeyde ($3,76\pm 0,67$) olduğu görülmektedir. Kahyaoğlu vd. (2020) tarafından sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık çalışanlarına yönelik yapılan çalışmada bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyi 3,54 olarak bulunmuştur. Özer vd. (2020) ile Uslu ve Şeremet (2020) tarafından yapılan çalışmalarda ise e-Sağlık okuryazarlık düzeyi sırasıyla 3,53 ve 3,55 olarak bulunmuştur. e-Sağlık okuryazarlık düzeyindeki kısmi artışın, araştırmanın Covid-19 salgın sürecinde yapılması ve salgın sürecinin e-Sağlık okuryazarlığı kapsamında ilerleme yaratmasından (Brørs vd., 2020) kaynaklandığı düşünülmektedir. e-Sağlık okuryazarlığı ölçeğine ilişkin bulgulara bakıldığında bireyler en çok, internette yer alan sağlık kaynaklarını değerlendirmek için gerekli beceriye sahip olduklarını düşünmektedirler. Bununla birlikte internette yer alan sağlık kaynaklarını nerede bulacaklarını ilişkin ifadeye daha az katılım göstermişlerdir.

Araştırmada bireylerin e-Nabız sisteminin kullanıma yönelik algılarının orta-üst düzeyde ($3,95\pm 0,57$) olduğu görülmektedir. Yalman ve Öcel'in 2021 yılında yaptıkları çalışmada ise katılımcıların e-Nabız sisteminin kullanıma yönelik algıları 3,72 olarak bulunmuştur. Her iki araştırma arasındaki kısmi farklılığın, Covid-19 salgın sürecinin ilk zamanlarına göre, bireylerin e-Nabız sistemi gibi e-Sağlık uygulamalarını kullanma ihtiyacının artması (Koca, 2021) ve sisteme yönelik algılarının bu doğrultuda değişmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik ifadelerle bakıldığında bireyler en çok, sağlık geçmişini görüntüleme hizmetini faydalı bulmuşlardır. Yapılan farklı çalışmalarda da bireylerin e-Nabız sistemini en çok sağlık geçmişini görüntülemek amacıyla kullandıkları görülmektedir (Kıraç ve

Yılmaz, 2019; Soysal ve Yalçın, 2019; Yorulmaz vd., 2018). Bununla birlikte bireyler, “e-Nabız uygulaması sayesinde hekim ile etkileşim halinde olabiliyorum” ifadesine orta düzeyde katılım göstermişlerdir. Yalman ve Öcel (2021) tarafından yapılan çalışmada da benzer sonuç bulunmuştur. Yine bireyler, “e-Nabız uygulamasındaki bilgilerin güvenliği konusunda endişe duymuyorum” ifadesine orta düzeyde katılım göstermişlerdir. Ekiyor vd. (2019) ile Karakaya ve Dorukbaşı (2019) tarafından yapılan çalışmalarda da bireylerin E-Nabız sistemine yönelik güvenlik endişeleri yaşadığı görülmektedir.

Araştırmada e-sağlık okuryazarlık düzeyi yaşa göre farklılık göstermemektedir. Yüksel ve Deniz tarafından 2020 yılında İstanbul’da 18 yaş üstündeki 296 bireye yapılan bir çalışmada, bireylerin yaşı arttıkça e-sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı belirlenmiştir. Bununla birlikte yapılan birçok çalışmada genç bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu, yaşın artması ile birlikte e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin azaldığı görülmektedir (Aktürk, 2018; Ertaş vd., 2019; James ve Harville, 2016; Kahyaoğlu vd., 2020; Neter ve Brainin, 2012; Xesfingi ve Vozikis, 2016). Araştırma bulguları literatürde yer alan çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Bununla birlikte bireylerin yaşlarına göre e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algılarının istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği, 46 ve üzeri yaş aralığında olanların algılarının diğer yaş aralığında olan katılımcılara göre daha düşük seviyede olduğu görülmektedir. Bu durumun e-Sağlık uygulamaları gibi teknolojik uygulamalara karşı ileri yaştaki bireylerin kullanma becerileri ve tercihlerinin daha az olmasından ileri geldiği düşünülmektedir.

Araştırmada e-sağlık okuryazarlığı düzeyi ve e-Nabız sisteminin kullanımına yönelik algıları cinsiyete göre farklılık göstermemektedir. Neter ve Brainin tarafından 2012 yılında İsrail’de 18 yaş üstünde 4286 kişiyle yapılan bir çalışmada da e-Sağlık okuryazarlık düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermemiştir. Benzer şekilde Paige ve diğerleri (2016) tarafından yapılan çalışmada da e-sağlık okuryazarlık düzeyi cinsiyete göre farklılık göstermemiştir. Bununla birlikte, kadınların e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olduğu çalışmalar (Deniz, 2020; James ve Harville, 2016; Kahyaoğlu vd., 2020; Uslu ve Şeremet, 2020) ile erkeklerin e-Sağlık okuryazarlık düzeylerinin yüksek olduğu çalışmalar da (Cho vd., 2014; Orhan vd., 2020) görülmektedir. Diğer taraftan Karakaya ve Dorukbaşı tarafından 2019 yılında 493 öğrenci ile yapılan bir çalışmada kadınların e-Nabız uygulamasının işleyişine yönelik algılarının erkeklere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmalar arasındaki farklılıkların örneklem gruplarından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada, evli olan bireylerin e-Sağlık okuryazarlığı düzeyinin bekar olan bireylere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu sonuca paralel olarak Aktürk (2018), Çimen ve Bayık-Temel (2017) ile Yüksel ve Deniz (2020) tarafından yapılan çalışmalarda da evli olan bireylerin e-Sağlık okuryazarlığı düzeyinin bekar olan bireylere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu farkın evli olan bireylerin veya çocukları olan bireylerin sağlıkla ilgili konularda e-Sağlık uygulamalarına daha fazla ihtiyaç duydukları ve yaş itibarıyla daha sık hastalanma riskinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada eğitim seviyesinin arttıkça e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı saptanmıştır. Literatürdeki çalışmalarda araştırmayla paralel şekilde eğitim düzeyi arttıkça e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin de arttığı saptanmıştır (Aktürk, 2018; Cho vd., 2014; Ertaş vd., 2019; James ve Harville, 2016; Orhan vd., 2020; Xesfingi ve Vozikis, 2016; Yüksel ve Deniz, 2020). Eğitimin bireylerin bilinçlenmesi bakımından e-Sağlık okuryazarlık düzeyi üzerindeki öneminin yadsınamaz olduğu görülmektedir.

Araştırmada 7501 TL ve üzeri gelire sahip bireylerin daha yüksek e-Sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip olduğu saptanmıştır. Aktürk tarafından 2018 yılında Malatya’da Aile Sağlığı Merkezine başvuran 212 kadına yönelik yapılan bir araştırmada, aile gelir düzeyi yüksek olan kadınların daha yüksek e-Sağlık okuryazarlık düzeyine sahip oldukları görülmüştür. Yine Orhan vd. (2020) tarafından yapılan çalışmada da gelir algısı iyi olan öğrencilerin e-Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yüksek olduğu bildirilmiştir. Sonuçlar araştırmada elde edilen bulguyla benzerlik göstermektedir. Gelir seviyesindeki artış ile bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin arttığı görülmektedir. Bu da gösteriyor ki gelir

seviyesindeki artışla birlikte bireylerin sağlıkları konusunda daha aktif davranış sergileme ihtimalinin olduğu düşünölmektedir.

Araştırmada kronik rahatsızlığa sahip bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin anlamlı şekilde etkilenmediği görölmüştür. Ancak Neter ve Brainin (2012) ile Ertaş vd. (2019) yaptıkları çalışmada kronik rahatsızlığı olmayan bireylerin daha yüksek e-Sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğu görölmektedir. Araştırma bulguları literatürde yer alan çalışmalara göre farklılık göstermektedir. Bu farklılığın örneklem grubunun yaş aralığından kaynaklandığı düşünölmektedir.

Araştırma sonucuna göre e-Sağlık okuryazarlık düzeyindeki artışın, e-Nabız Sisteminin kullanım algısının artmasına neden olduğu görölmektedir. Yüksek e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin e-Sağlık uygulamalarının kullanımına yönelik algıyı olumlu yönde etkileyebileceği söylenebilir.

e-Sağlık okuryazarlığı durağan bir yapıdan ziyade, yeni teknolojiler ortaya çıktıkkça, kişisel, sosyal ve çevresel bağlımlar değiştikçe zamanla gelişen süreç odaklı bir beceridir (Norman ve Skinner, 2006b). e-Sağlık okuryazarlığının, modern teknolojik toplumlarda bir gereklilik olduğu söylenebilir (Brørs vd., 2020:4). Çünkü yüksek e-sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireyler çevrimiçi kaynaklarda bulunan bilgileri doğru şekilde anlamlandırarak kendi sağlıkları için yarar sağlarken, oluşturacakları dışsal fayda ile de halk sağlığına katkı sunacaklardır. Araştırma sonucunda düşük e-Sağlık okuryazarlığı düzeyi saptanan gruplara yönelik e-Sağlık okuryazarlık düzeylerinin artırılması kapsamında, eğitimler, toplantılar, reklamlar, kamu spotları, broşür vb. eğitici faaliyetlerin yürütölmemesinin halk sağlığı açısından önemli olacağı düşünölmektedir.

Sağlık hizmetlerinde teknolojinin kullanımını doğrultusunda bir birey, sağlık uygulamalarını daha kolay kullanabildiğini algıladığında, daha yüksek sağlık uygulaması kullanım etkinliği hissedebilir. Bu durum, sağlık uygulamalarının daha yüksek düzeyde kolaylık ve rahatlık sağlayan şekilde oluşturmasını önemini ortaya koyar (Cho vd., 2014). Bu kapsamda e-Nabız sisteminin kullanıcı dostu ara yüzler ile sunulması, sistem algoritmalarının özellikle yaşlı kullanıcılar için basitleştirilmesine yönelik çalışmaların yapılması yararlı olabilir. Ayrıca bireylere ait bilgi güvenliği konusuna daha fazla vurgu yapılarak bu konuda endişe duyan bireylerin sistemi rahatlıkla kullanması sağlanmalıdır. e-Nabız kişisel sağlık kayıt sistemi sayesinde birey ile hekim arasında güçlü bir etkileşim kurulduğu ifadesine karşın, bireylerin hekim ile etkileşim halinde olma algılarının düşük olduğu görölmektedir. Bu kapsamda farklılığa ilişkin kişisel, sosyal ve teknik boyutların gözden geçirilmesi ve düzeltici önlemlerin alınması yararlı olabilir. Araştırmada elde edilen bulgular çevrimiçi sağlık bilgileri ve müdahalelerini geliştirmek, uyarlamak ve sunmak için yeni stratejiler keşfederken, uygulayıcılar, araştırmacılar ve program planlayıcıları için faydalı olabilir.

Araştırma sonuçları çerçevesinde e-sağlık okuryazarlığı düzeyinin artırılması için toplumun her seviyesine uygun eğitim programlarının düzenlenmesi, sağlık kurumlarının web sayfalarında e-sağlık okuryazarlığını arttırmaya yönelik bilgilerin verilmesi, okul müfredatlarında e-sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik derslere yer verilmesi önerilmektedir. Ayrıca e-Nabız kullanımına yönelik tanıtımın yapılması sisteme yönelik algıyı arttırmada fayda sağlayacağı düşünölmektedir.

Araştırmanın, sadece araştırmaya katılmayı kabul eden bireyler ile Türkiye'nin bir ilinde gerçekleştirilmesi nedeniyle, araştırmadan elde edilen sonuçların tüm ülkeyi temsil etmemesi açısından kısıt yaratacağı düşünölmektedir. Ayrıca alan yazında bu kapsamda araştırma bulunmadığı için karşılaştırmalı değerlendirme yapılamamıştır. Bu bulgulardan hareketle, konuyla ilgili benzer araştırmaların daha geniş bir coğrafyada, çok daha fazla katılımcıyla ve farklı sosyo-demografik değerkenler dahil edilerek yapılmasının yararlı olacağı düşünölmektedir.

Etik Kurul İzni: Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonu'ndan 23.04.2021 tarihli ve 20744 sayılı kararı ile etik kurul izni alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Aktürk, Ü. (2018). Bir aile sağlığı bölgesindeki 18-49 yaş arası kadınların e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Journal of Human Rhythim*, 4(1), 52–58.
- AA, Anadolu Ajansı, (2020). *e-Nabız kullanıcısı 27,3 milyona ulaştı*. <https://www.aa.com.tr/tr/saglik/e-nabiz-kullanicisi-27-3-milyona-ulasti/2061422>. (Erişim Tarihi:14.06.2021)
- Bodie, G. D. & Dutta, M. J. (2008). Understanding health literacy for strategic health marketing: health literacy, health disparities, and the digital divide. *Health Marketing Quarterly*, 25(1–2), 175–203.
- Bodkin, C. & Miaoulis, G. (2007). e-Health information quality and ethics issues: an exploratory study of consumer perceptions. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 1(1): 27- 42.
- Brørs, G., Norman, C. D. & Norekvål, T. M. (2020). Accelerated importance of e-health literacy in the COVID-19 outbreak and beyond. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 19(6), 1–4.
- Bundorf, M. K., Wagner, T. H., Singer, S. J. & Baker, L. C. (2006). Who searches the internet for health information? *Health Services Research*, 41(3 I), 819–836.
- Chan, C. V. & Kaufman, D. R. (2011). A framework for characterizing e-health literacy demands and barriers. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), 1–16.
- Cho, J., Park, D. & Lee, H. E. (2014). Cognitive factors of using health apps: systematic analysis of relationships among health consciousness, health information orientation, e-health literacy, and health app use efficacy. *Journal of Medical Internet Research*, 16(5), 1–10.
- Çimen, Z. & Bayık-Temel, A. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105–125.
- Demir, R. (2017). *Medipol üniversitesi öğrencilerinin sağlık bilgi sistemleri ve e-nabız sistemine ilişkin farkındalık ve kullanım düzeylerinin belirlenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Demir, S. (2019). *e-Devlet kapsamında e-nabız uygulamasına dair farkındalığın incelenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Atatürk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.
- Deniz, S. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlığı ve siberkondri düzeylerinin incelenmesi. *İnsan ve İnsan Dergisi*, 7(24), 84–96.
- E-Nabız Kullanım Kılavuzu, (2018). https://enabiz.gov.tr/document/KILAVUZ_.pdf. (Erişim Tarihi:14.06.2021)
- Ekiyor, A. & Çetin, A. (2017). Sağlık hizmeti sunumunda ve sosyal pazarlama kapsamında e-Nabız uygulamasının bilinirliği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 88–103.
- Ekiyor, A., Seyhan, F. & Çimen, Z. (2019). *Sağlık hizmetlerinde dijital pazarlama uygulamaları (e-Nabız ve PACS sistemi)* A. Ekiyor (ed.). Ankara: İksad Yayınevi.

- Ertaş, H., Kırac, R. & Demir, R. N. (2019). Dijital okuryazarlık ve e-sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi. M. Akbolat (Ed.), 3. *Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi* kitabı içinde (s. 557-570), Sakarya Üniversitesi.
- Gilstad, H. (2014). Toward a comprehensive model of e-health literacy. *CEUR Workshop Proceedings*, 1251(May), 63–72.
- Griebel, L., Enwald, H., Gilstad, H., Pohl, A. L., Moreland, J. & Sedlmayr, M. (2018). e-Health literacy research—Quo vadis? *Informatics for Health and Social Care*, 43(4), 427–442.
- Goetzinger, L., Park, J. Lee, Y.J. & Widdows, R. (2007). Value-driven consumer e-health information search behavior. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 1(2), 128-142.
- İnal, Y., & Cagiltay, N. E. (2019). e-Nabız mobil sağlık uygulamasına yönelik kullanıcı değerlendirmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 375–388.
- James, D. C. S., & Harville, C. (2016). e-Health literacy, online help-seeking behavior and willingness to participate in m-health chronic disease research among African Americans, Florida, 2014-2015. *Preventing Chronic Disease*, 13, E156.
- Kahyaoğlu, D., Yücedağ Erdinç, N. & Keklik Okul, F. (2020). Sağlık hizmeti kullanıcıları ve sağlık çalışanlarının e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi ve finansal sürdürülebilirliğe ilişkin görüşlerin incelenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(3), 563–577.
- Karakaya, A. & Dorukbaşı, N. (2019). Yönetim bilgi sistemleri kapsamında e-nabız uygulamasının analizi. 1. *Uluslararası İktisat, İşletme ve Sosyal Bilimler Kongresi Bildiri E-Kitabı İçinde*, (s. 145-154), Karabük: Karabük Üniversitesi.
- Karnoe, A. & Kayser, L. (2015). How is e-health literacy measured and what do the measurements tell us? A systematic review. *Knowledge Management and E-Learning*, 7(4), 576–600.
- Kılıç, T. (2017). e-Sağlık, iyi uygulama örneği; Hollanda. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 203–217.
- Kırac, R. & Yılmaz, G. (2019). Yetişkinlerde e-nabız sistemi farkındalığının belirlenmesine yönelik bir araştırma. M. Akbolat (Ed.), 3. *Uluslararası 13. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi* kitabı içinde (s. 1658-1668), Sakarya Üniversitesi.
- Kim, H. & Xie, B. (2017). Health literacy in the e-health era: a systematic review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 100(6), 1073–1082.
- Koca, G. (2021). E-sağlık ve ilgili kavramların Google trend analizi. C. Hatipoğlu (ed.) *Sosyal bilimlerde e-uzantılı kavramlar* içinde s.115-131 Efe Akademi: İstanbul.
- Monkman, H. & Kushniruk, A. W. (2015). e-Health literacy issues, constructs, models, and methods for health information technology design and evaluation. *Knowledge Management and E-Learning*, 7(4), 541–549.
- Nakas, D. (2017). *Üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlığı düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

- Neter, E. & Brainin, E. (2012). e-Health literacy: extending the digital divide to the realm of health information. *Journal of Medical Internet Research*, 27; 14(1):e19.
- Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006a). e-HEALS: the e-health literacy scale. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4), 1–7.
- Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006b). e-Health literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of Medical Internet Research*, 8(2), 1–10.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Orhan, M., Sayar, B. & Biçer, E. B. (2020). Üniversite öğrencilerinin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin karşılaştırılması: sağlık bilimleri lisans ve lisansüstü öğrencileri üzerine bir araştırma. *Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 2(3), 141–157.
- Özer, Ö., Özmen, S. & Özkan, O. (2020). Sosyal medya kullanımının e-sağlık okuryazarlığına etkisinin incelenmesi. *Alanya Akademik Bakış Dergisi*, 4(2), 353–367.
- Paige, S. R., Krieger, J. L. & Stellefson, M. L. (2016). The influence of e-health literacy on perceived trust in online health communication channels and sources. *Journal of Health Communication*, 22(1), 53–65.
- Park, H., Cormier, E., & Glenna, G. (2016). Health consumers e-health literacy to decrease disparities in accessing e-health information. *Studies in Health Technology and Informatics*, 225(2), 895–896.
- Sadiku, M. N. O., Tembely, M., Musa, S. M. & Momoh, O. D. (2017). e-Health literacy. *International Journals of Advanced Research in Computer Science and Software Engineering*, 7(6), 68–69.
- Simonds, S. K. (1974). Health education as social policy. *Health Education Monographs*, 2(1), 1-10.
- Soysal, A. & Yalçın, T. (2019). Bazı demografik değişkenlere göre e-nabız sisteminin kullanımı: öğrenciler üzerinde bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6(3), 180–188.
- Şenel-Tekin, P. (2019). Tıbbi sekreterlerde sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam davranışları: öğrenci sekreterler boyutunda bir değerlendirme. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 577–598.
- Tamer-Gencer, Z. (2017). Norman ve Skinner’ın e-Sağlık okuryazarlık ölçeğinin kültürel uyarlaması için geçerlilik güvenilirlik çalışması. *İstanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 131–145.
- Tang, P. C., Ash, J. S., Bates, D. W., Overhage, J. M. & Sands, D. Z. (2006). Personal health records: definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 13(2), 121–126.
- Tubaishat, A. & Habiballah, L. (2016). e-Health literacy among undergraduate nursing students. *Nurse Education Today*, 42, 47–52.
- TÜİK, Türkiye İstatistik Kurumu. (2020) *Hanehalkı bilişim teknolojileri (BT) kullanım araştırması* [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-\(BT\)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Hanehalki-Bilisim-Teknolojileri-(BT)-Kullanim-Arastirmasi-2020-33679) (Erişim Tarihi, 29.05.2021)
- Ülke, R. & Atilla, E. A. (2020). Sağlık hizmetlerinde bilişim sistemleri ve e-sağlık: Ankara ili örneği. *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi*, 6(1), 86–100.

- Uslu, D. & Şeremet, G. (2020). Bireylerin e-sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 6(2), 386–394.
- Uysal, B. & Ulusinan, E. (2020). Güncel dijital sağlık uygulamalarının incelenmesi. *Selçuk Sağlık Dergisi*, 1, 46–60.
- Watkins, I. & Xie, B. (2014). E-health literacy interventions for older adults: a systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 16(11).
- WHO. World Health Organization (1998), Division of health promotion, education and communications. Health Education and Health Promotion Unit. World Health Organization, Geneva.
- Xesfingi, S. & Vozikis, A. (2016). e-Health literacy: in the quest of the contributing factors. *Interactive Journal of Medical Research*, 5(2), e16.
- Yalman, F. & Öcel, Y. (2021). Sağlık okuryazarlığı ile e-sağlık hizmet tüketimi arasındaki ilişkinin irdelenmesi: e-nabız kullanımı üzerine bir araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(77), 240–254.
- Yeşiltaş, A. (2018). e-Nabız uygulamasının kullanımını etkileyen faktörler. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 5(4), 290–295.
- Yorulmaz, M., Odacı, Ş. & Akkan, M. (2018). Dijital sağlık ve e-Nabız farkındalık düzeyi belirleme çalışması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 16, 1–11.
- Yüksel, O. & Deniz, S. (2020). Bireylerin e-Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik bir araştırma. *2nd International Conference on Data Science and Applications (ICONDATA'19)*, s. 107-111.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

HİZMETKÂR LİDER DAVRANIŞLARININ GÜVEN İKLİMİ ARACILIĞIYLA İŞ TATMİNİNE ETKİSİ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR ALAN ÇALIŞMASI

Derviş BOZTOSUN *
Tülin FİLİK **
Özgür DEMİRTAŞ ***

ÖZ

Sağlık sektörü; sağlık hizmeti sağlayıcıları, sağlık kuruluşları, merkezi hükümet, yerel yönetimler, sağlık sigortası şirketleri, işverenler, akademi ve hastalar dahil olmak üzere geniş bir paydaş yelpazesine sahiptir. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalara etkili bir şekilde hizmet etmek için güvenli ve organize bir ortam ararlar. Özellikle sağlık alanında önem arz eden hizmetkâr liderlik, hastaların hak ettiği yüksek değerli bakımı sunmada sağlık hizmeti sağlayıcılarının mesleki ve etik görevleriyle optimum şekilde uyumludur. Değerlere dayalı bir liderlik yaklaşımı olan hizmetkâr liderliğin, iş tatminini pozitif bir şekilde etkilediği bilinmektedir. Bu kapsamda mevcut çalışmada hizmetkâr lider davranışlarının güven iklimi aracılığıyla iş tatmini üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaca yönelik çalışmada anket tekniği ile elektronik ortamda, 339 sağlık çalışanından veriler elde edilmiştir. Çalışma sonuçlarından hizmetkâr lider davranışlarının iş tatminini pozitif olarak etkilediği, hizmetkâr liderliğin güvenlik iklimini pozitif olarak etkilediği; güven ikliminin, hizmetkâr lider davranışları ve iş tatmini arasındaki ilişkide aracı role sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hizmetkâr liderlik, güven iklimi, iş tatmini.

MAKALE HAKKINDA

* Prof., Kayseri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, dboztosun@kayseri.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2656-2701>

** Uzman, Doktora Öğrencisi, Kayseri Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, tulinfilik@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3264-8226>

*** Doç. Dr., Kayseri Üniversitesi, Develi Sosyal ve Beşeri Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi ABD, ozgurdemirtas@kayseri.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2495-2124>

Gönderim Tarihi: 14.06.2021

Kabul Tarihi: 25.10.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Boztosun, D., Filik, T. & Demirtaş, Ö. (2022). Hizmetkâr lider davranışlarının güven iklimi aracılığıyla iş tatminine etkisi: sağlık sektöründe bir alan çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 87-98

SERVANT LEADERSHIP BEHAVIOR INFLUENCE ON JOB SATISFACTION VIA THE ROLE OF SAFETY CLIMATE: A FIELD STUDY AT HEALTH SECTOR

Derviş BOZTOSUN *
Tülin FİLİK **
Özgür DEMİRTAŞ ***

ABSTRACT

Health sector has a wide range of stakeholders such as healthcare providers, healthcare organizations, central government, local governments, health insurance companies, employers, academia and patients. Healthcare sector seek a safe and organized environment to provide effective services for patients. Servant leadership helps healthcare sector in delivering the high-value care patients that they deserve, and in this process servant leaders optimally aligned with the professional and ethical duties of service providers. Servant leadership that emphasized a values-based leadership approach, positively affects job satisfaction. In this context, we aimed to examine the influence of servant leadership behavior on job satisfaction via the mediating role of safety climate. For the purpose of this study, data were obtained from 339 healthcare workers via electronic questionnaire forms. The results of the study show that servant leader behaviors positively affect job satisfaction, and safety climate, and safety climate has a mediator role on the relationship between servant leadership behavior and job satisfaction.

Keywords: Servant leadership, safety climate, job satisfaction.

ARTICLE INFO

* Prof. Dr., Kayseri University. dboztosun@kayseri.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-2656-2701>

** Specialist, Ph.D. Student, Kayseri University. tulinfilik@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3264-8226>

*** Associate Professor, Kayseri University. ozgurdemirtas@kayseri.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0002-2495-2124>

Received: 14.06.2021

Accepted: 25.10.2021

Cite This Paper:

Boztosun, D., Filik, T. & Demirtaş, Ö. (2022). Hizmetkâr lider davranışlarının güven iklimi aracılığıyla iş tatminine etkisi: sağlık sektöründe bir alan çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 87-98

I. GİRİŞ

Sağlık sektörü, dünya ekonomisinde en hızlı büyüyen sektörler arasında yer almaktadır. Sağlık çalışanları, etkili hasta tedavisi sağlamak için birbirleriyle etkileşime girmek zorunda olan farklı sağlık profesyonellerinden oluşur. Sağlık profesyonelleri, diğer insanlara karşı yüksek derecede sorumluluk, yüksek duygusal yük ve şiddetli acıya maruz kalma ile karakterize edilen işin doğası gereği yüksek psikolojik sıkıntıya sahip meslekler olarak kabul edilmiştir (Fiabane vd., 2012).

Hastaların temel amacı, sağlık sisteminin sunduğu hizmetleri kullanarak sağlıklı kalmaktır. Sağlık bakım sistemiyle etkileşim, hastaların fiziksel, duygusal ve mali refahını etkiler. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastalarla etkileşimleri yoluyla sağlık sistemini yönlendiren paydaşlardır. Bu grup, doktorları, hemşireleri, yöneticileri ve diğer sağlık personeli (fizyoterapistler, laboratuvar teknisyenleri ve diyetisyenler) içerir. Çalışma hayatlarını, başkalarının sağlıklı olmasına ve tıbbi zorlukların üstesinden gelmesine yardım etmeye adanmışlardır. Başkalarına hizmet etme arzusu, sağlık hizmeti sağlayıcılarının motivasyonunun merkezinde yer alır (Trastek vd., 2014).

Liderlik, organizasyonların başarısındaki en önemli bileşenlerden biri olarak kabul edilmektedir. Artan rekabetin, teknolojik ilerlemelerin, değişen hükümet düzenlemelerinin, değişen işgören tutumlarının olduğu bir dünyada işletmelerin hayatta kalma ve zenginleşme ihtiyacının "her zamankinden daha yüksek bir liderlik seviyesi" gerektirdiği sonucuna varılmıştır (Landis vd., 2014). Drucker (2005) liderliğin yaratılmadığını, öğretilmediğini ve öğrenilmediğini belirtmiştir. Bu nedenle, liderlerde bulunan özelliklerin sayısını anlamaya büyük bir özen gösterilmiştir. Liderlerin rolü ve liderlik tarzları, işgücünün etkililiğini ve üretkenliğini iyileştirmenin anahtarıdır (Al-Malki ve Wang, 2018). Liderlik ile ilgili literatüre bakıldığında, liderlik kavramına değişik açılardan bakan birçok sınıflandırma mevcut olup, bu çalışmada temel amacını topluma hizmet etmek olarak gören hizmetkâr liderlik kavramı (Koçel, 2020) ve etkileri inceleme konusu olarak belirlenmiştir.

Hizmetkâr liderlik, liderlerin takipçilerine hizmet etmesi gerektiği fikrine dayanmaktadır. Liderin eylemlerine odaklanan liderlik teorilerinin aksine, hizmetkâr liderlik, liderleri karakterleri ve başkalarına hizmet etme taahhütlerine göre tanımlar. Hizmetkâr liderler, sürdürülebilir bir organizasyon geliştirmeye, çalışanlarda en iyiyi ortaya çıkarmaya ve topluma hizmet etmeye çalışırlar (Aij, 2017).

Örgütsel iklimin literatürde çeşitli tanımları mevcuttur. Organizasyonlarda yaşayan ve çalışan insanlar tarafından doğrudan veya dolaylı olarak algılanan motivasyon ve davranışlarını etkilediği varsayılan çalışma ortamının ölçülebilir bir dizi özelliği olarak tanımlanabilir. İklimler doğası gereği algısal ve psikolojik olarak kabul edilir. Bu nedenle, birey, grup veya organizasyon iklimi, sosyal birimlerin üyelerinin sahip olduğu algıları temsil eder. Bireyler iklimlerini rapor ettiklerinde ya deneyimlerini ya da başkalarının deneyimlerine dair hislerini özetlerler ve ardından organizasyonun bilişsel bir haritasını oluştururlar (Al-Shammari, 1992).

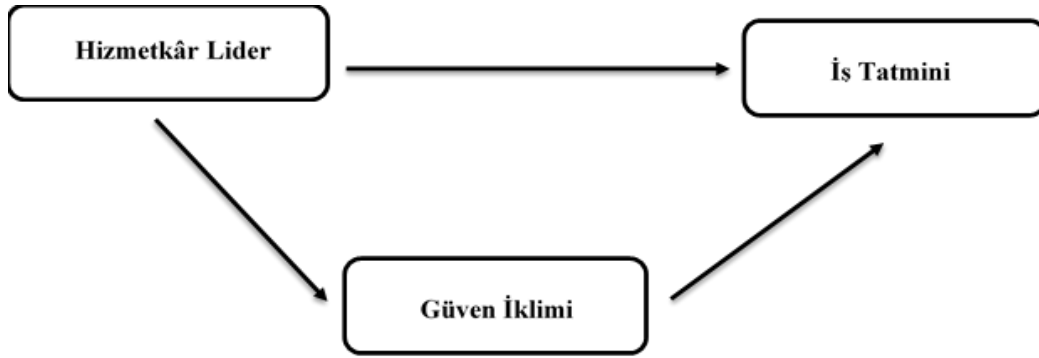
Güven ortamı, örgütsel sosyal sistemdeki üyelerin, güdüleri, niyetleri ve olası eylemleriyle ilgili olumlu beklentileri ifade eder. Güven iklimi, örgüt üyeleri arasında istikrarlı ve kalıcı sosyal etkileşim kalıplarını kolaylaştırabilir. Organizasyon içindeki güven ortamının, firma içi koordinasyon süreçleri için çok önemli olduğu gösterilmiştir (Collins ve Smith, 2006; Stahl vd., 2011). Güvenlik iklimi işe yönelik bilişsel tepkiler için bir ölçü olarak kullanılmaktadır. Güven iklimi, bireysel güvenli yönetim algısı ve çalışma ortamında güvenlik hissi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık sektöründe yapılan bir araştırmada, hemşirelerin işyerlerinde güvenlik politikası ve çevreye ilişkin algılarını vurgulayan bilişsel bir boyut olduğu belirtilmiştir (Cooper ve Phillips, 2004). Güvenli ve tehlikesiz bir çalışma ortamı, hemşirelerin işyerinde kalma niyetlerini doğrudan etkileyebilir (Abualrub vd., 2012; Wang, 2013).

İş tatmini, bir kişinin işinden memnun olduğunu doğru bir şekilde söylemesine neden olan psikolojik, fizyolojik ve çevresel koşulların herhangi bir kombinasyonu olarak tanımlanabilir. Bu yaklaşıma göre, iş tatmini birçok dış faktörün etkisi altında olmasına rağmen, çalışanın nasıl hissettiğiyle ilgili olan içsel bir şey olarak kalır. Yani iş tatmini, tatmin duygusuna neden olan bir dizi faktörü içinde barındırmaktadır (Aziri, 2011).

Bu çalışmanın literatüre çeşitli açılardan katkıları sağlayacağı değerlendirilmektedir. Öncelikle güncel liderlik yaklaşımlarından bir tanesi olan hizmetkâr liderliğin, özellikle büyük bir hizmet anlayışını bünyesinde barındıran sağlık sektöründe uygulamalı bir araştırma ile incelenmesi bu çalışmanın önemli bir katkısı olarak görülmektedir. Ayrıca, örgütsel davranış açısından tüm sektörlerde önem arz eden ancak sağlık sektöründe biraz daha ön plana çıkan güven ikliminin de modele dâhil edilmesi ve daha önce literatürde hiçbir araştırmacı tarafından hizmetkâr lider davranışları ve iş tatmini ilişkisinde aracı olarak nasıl bir etkide bulunduğu ortaya konulmaması da bu çalışmanın literatüre sağlayacağı önemli bir kazanım olarak değerlendirilmektedir.

Bu kapsamda mevcut çalışmada hizmetkâr lider davranışlarının güven iklimi aracılığıyla iş tatmini üzerindeki etkisi incelenecektir (Şekil 1).

Şekil 1. Çalışmanın Modeli



II. LİTERATÜR ARAŞTIRMASI

2.1. Hizmetkâr Liderlik

Hizmetkâr liderlik başkalarının hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olmak için onların en yüksek ihtiyaçlarına hizmet etmeye odaklanır. Öz yansıtma ve farkındalık, liderin amacını, inançlarını ve bireysel özelliklerini anlamasını sağlar. Bu düşünme süreci, kişinin kişisel vicdanının yanı sıra temel etik ve ahlaki inançları geliştiren ahlaki anlayışlara yol açar. Ahlaki bir çekirdek geliştikçe, hizmetkâr lider, liderlikle ilgili becerilere, davranışlara ve etkileşimlere bu içselleştirilmiş erdemleri ve tutumları uygular (Trastek vd., 2014).

Koçel (2020) hizmetkâr liderliği, liderlik felsefesi yaklaşımı altında değerlendirmiştir. Bu yaklaşımda, değer yargıları, inançlar, insan davranışları ve diğer toplumsal özellikler esas alınır. Liderlik felsefesi olarak hizmetkârlık, toplumun faydasına olacak faaliyetlerde bulunmak, başkalarının çıkarlarını kendinden önce düşünmek, başkalarının düşüncelerine değer vermek olarak tanımlanabilir.

Hizmetkâr liderler, lider ile takipçi arasındaki ilişkinin karşılıklı bir bütünlük arayışı olduğunu bilirler. Başkalarına liderlik etmenin ilk adımının kendi içinde değişme zorunluluğu olduğunu anlarlar ve kendi iyileştirmelerinin liderlik için bir motivasyon olduğu konusunda bir öz farkındalığa sahiptirler. Bu düşünce çizgisi ile 20. yüzyılın ortalarının geleneksel komuta ve kontrol işlemsel liderlik teorilerinden keskin olarak ayrılırlar (Schwartz ve Tumblyn, 2002).

Sağlık hizmetlerinin karşılaştığı zorluklar güçlü liderlik gerektirir. Liderliğin amacı, durumu iyileştirmek için başkalarıyla birlikte çalışmaktır. Sağlık bakımı başkalarına bakan insanlarla ilgili olduğundan hastalara nasıl davrandığımızla ve personel olarak birlikte nasıl uyumlu çalıştığımızla ilgili olması gerektiğinden, hizmetkâr liderlik baskın bir model olarak kabul edilebilir. Hizmetkâr liderlik, hastaların hak ettiği yüksek değerli bakımı sunmada sağlık hizmeti sağlayıcılarının mesleki ve etik görevleriyle en iyi şekilde uyumludur. Hizmetkâr liderlik hem hasta ilişkisi hem de sağlık hizmeti sağlayıcısı ekip ilişkilerinde güven ve yetkilendirmeye odaklanır. Hizmetkâr liderlik ayrıca, tüm sağlık hizmeti paydaşlarının başkalarına, yani hastalarına ve personeline hizmet etmeye odaklanabilmesi için

gerekli değişimi teşvik edebilir. Sağlık hizmeti paydaşlarını hastalara ve birbirlerine hizmet verecek şekilde hizalayarak, yüksek kaliteli bakım ve daha düşük maliyet için iyileştirilmiş bir değer denklemi sağlayan daha sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sistemini mümkün kılar (Trastek vd., 2014).

İş tatmini tanımlanırken çalışanın işyerindeki rolüne odaklanılır. Bu nedenle iş tatmini, bireylerin şu anda meşgul oldukları iş rollerine yönelik duyuşsal yönelimleri olarak tanımlanır. İş tatmini, farklı insanlar için farklı şeyler ifade edebilen karmaşık ve çok yönlü bir kavramdır. Çalışanlarını yönetmek söz konusu olduğunda günümüz yöneticilerinin karşılaştığı en karmaşık alanlardan birini temsil etmektedir. Pek çok çalışmada, iş tatmini üzerinde çalışanların motivasyonu alışılmadık derecede büyük bir etkiye sahipken, motivasyon seviyesinin üretkenlik ve dolayısıyla iş organizasyonlarının performansı üzerinde etkisi vardır. Çalışanların yaptığı işin niteliği ve genel iş tatmini seviyesi hakkındaki algıları da önemlidir. İş tatmini, işin doğası, maaş, ilerleme fırsatları, yönetim, çalışma grupları ve çalışma koşulları gibi bir dizi faktörün etkisi altındadır (Aziri, 2011).

İş tatmini, bir bireyin genel olarak işine veya işin belirli yönlerine gösterdiği tepkiye ilişkin belirli bir iş tutumudur. Çalışanların iş tatmini, işteki performans ve işten ayrılma niyetleri gibi değişkenlerle ilişkili olduğu için kuruluşlar için önemli bir sonuç olarak gösterilmiştir. Morrow ve Crum (1998), güvenlik iklimi algıları ile iş tatmini arasındaki ilişkiyi ilk değerlendirenler arasında yer alırlar. Demiryolu işçilerinin örgütsel güvenlik iklimi algılarının çalışanların memnuniyetini olumlu bir şekilde etkilediğini bulmuşlardır. İş tatmininin işin veya kuruluşun güvenlik gibi belirli çalışan ihtiyaçlarını ne kadar iyi karşılayabildiğiyle belirlendiğini varsayan geleneksel ihtiyaç teorileri (Maslow, 1981) ile uyumludur. Clarke (2010) tarafından yapılan bir meta-analizde, bireysel güvenlik iklimi algılarının doğrudan çalışanların iş tatmini ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bu ilişkinin, pozitif güvenlik iklimi algılarının çalışanlara işte güvenlik için temel bir ihtiyacın karşılandığını göstermesi ve işe yönelik olumlu duygulara neden olabileceği gerçeğinden kaynaklandığı ileri sürülmektedir.

Hizmetkâr liderliğin bir liderlik teorisi olarak ayırt edici özelliklerinden biri, liderin takipçilerini geliştirmesidir. Literatürde hizmetkâr liderliğin takipçilere özsaygı, öz-yeterlik, kontrol odağı oluşturma gibi birçok fayda sağladığı görüşü vardır. Tischler ve arkadaşları (2016) çalışmalarında; hizmetkâr liderliğin iş tatmini, iş performansı, iş motivasyonu ve olumlu iş davranışları ile çok güçlü bir ilişkisi olduğunu, değerlere dayalı bir liderlik yaklaşımı olan hizmetkâr liderliğin, çalışan temel öz değerlendirmesini ve iş memnuniyetini artırarak hem çalışanlara hem de kuruma katkı sağladığını bulmuşlardır. Ayrıca yapılan diğer çalışmalarda da hizmetkar liderliğin iş tatminini pozitif bir şekilde etkilediği vurgulanmıştır (Guillaume vd., 2013; Tischler vd., 2016; Farrington ve Lillah, 2019). Bu kapsamda çalışmanın birinci hipotezi aşağıdaki gibi oluşturulmuştur.

Hipotez 1: Hizmetkâr lider davranışları iş tatminini pozitif olarak etkilemektedir.

2.2. Güven İklimi

İnsan merkezli işyerleri, güvenlik için kişisel hesap verebilirliğin yanı sıra, güvenlik görevlerini yerine getirmede çalışanların birbirlerine yardım etmesini teşvik eden bir güvenlik kültürünü teşvik etmektedir. Güven iklimi, sosyo-örgütsel faktörler hakkında bilgi sahibi olan davranışsal güvenlik alanında önemli bir yapı olarak kabul edilmektedir. Pozitif güven iklimi pozitif güvenlik davranışlarına yol açabileceğinden, çalışanların çevredeki güvenlik ortamını daha net algıladıkça güvenlik tavsiyelerini paylaşmak ve sorunları gidermek için motive olacakları düşünülmektedir (Dang-Pham vd., 2016).

Örgütsel iklimin belirli bir yönü olan güvenlik iklimi, yaklaşık 30 yıl önce tanımlanmıştır. Güven iklimi, fiziksel sağlık ve güvenlik için bir iklimi ifade eder ve bireysel güvenlik davranışını, endüstriyel kazaları ve fiziksel sağlığın zarar görmesini öngörmektedir. Güven iklimi, çalışanların "yönetimin emniyet politikası, prosedürleri ve uygulamaları ile ilgili taahhüdü ve performansı" konusundaki algıları ile ilgilidir (Zohar, 1980).

İşgören sağlığı ve güvenliği ile ilgili etkili geçmişine rağmen, güven iklimi yapısı psikolojik sağlık ve güvenlik ile ilgili olarak kullanılmamıştır. Dollard ve Bakker (2010) çalışmalarında; psikososyal

güven iklimi, bireysel iş talepleriyle (iş baskısı ve duygusal talepler) ilişkisi aracılığıyla bireysel psikolojik sağlık problemlerindeki (psikolojik sıkıntı, duygusal tükenme) değişimi bulmuşlardır.

İşyerinin güven iklimini belirlemede yönetimin rolünün önemli olduğu bilinir, ancak yönetim davranışları ile ilgili süreçlerin anlaşılması, iş gücü tarafından algılanması ve iş gücü davranışları üzerinde ortaya çıkan herhangi bir etki daha az bilinen bir durumdur. Örgütsel iklim kavramının kavramsal ve metodolojik bir tanımıyla başlanması gerektiğinden, bu kolay bir iş değildir. Örgütsel değişimle ilgisine rağmen, çok belirsizdir. Bununla birlikte, iklimin iletişim, karar verme, problem çözme, çatışma çözme, tutumlar, motivasyon vb. süreçler ve dolayısıyla memnuniyet veya performans gibi sonuç değişkenleri üzerindeki etkisi konusunda bilim adamları arasında göreceli bir fikir birliği vardır. Bununla birlikte, çok az araştırma, iklim değişkenini araya giren bir değişken olarak kullanmıştır (Diaz ve Cabrera, 1997).

Aboramadan vd. (2020) yaptıkları çalışmada, hizmetkâr liderlik ile işe bağlılık arasındaki ilişkide, iş tatmininin tam bir arabuluculuk etkisi olduğunu, hizmetkâr liderliğin akademisyenlerin işe bağlılığı üzerindeki etkisinin onların iş tatminine bağlı olduğunu bulmuşlardır. Dolayısıyla, hizmetkâr liderler astları arasında pozitif enerji yaymalarına rağmen, bu otomatik olarak olumlu sonuçlara dönüşmez ve çeşitli organizasyonel koşullara bağlıdır.

Huang vd. (2016) çalışmalarında; iş yeri güvenliğinin yalnızca geleneksel güvenlik sonuçları üzerinde bir etkiye sahip olmadığı, aynı zamanda bir kuruluşun etkinliği ve başarısı ile son derece ilgili olan, iş tatmini, katılım ve işten ayrılma niyeti üzerinde de etkili olduğunu, güvenlik iklimi ve işten ayrılma sonuçları arasında önemli ilişkiler bulunduğunu, olumlu bir güvenlik ortamının potansiyel olarak daha büyük katılım ve iş tatminine dönüşebileceğini vurgulamışlardır.

Lider davranışının veya tarzının astları etkileyebileceği çeşitli mekanizmalar, arabulucular ve moderatörler vardır. Son yıllarda yapılan liderlik çalışmaları, çalışanların liderleriyle geliştirdikleri ilişkilerin, çalışanların potansiyellerini gerçekleştirme ve kendi kendini motive etme yollarını anlamak için kritik önem taşıdığını ortaya koymuştur. Tischler vd. (2016) yaptıkları çalışmada; hizmetkâr liderliğin çalışanların gelişimini, büyümesini ve benlik kavramını geliştirmek için önemli bir değer katan araç olabileceğini göstermişlerdir. Diğer değer temelli liderlik tarzlarında olduğu gibi, hizmetkâr liderliğin iş tatmini, iş performansı, iş motivasyonu ve olumlu iş davranışları ile çok güçlü bir ilişkisi olduğunu bulmuşlardır.

İlave olarak yapılan diğer çalışmalarda hizmetkâr lider davranışları ile güven iklimi arasındaki ilişkiyi vurgulanmaktadır (Sarkus, 1996; Gotsis ve Grimani, 2016; Walumbwa vd., 2012). Ancak, literatürde güven iklimi aracı rolde iken hizmetkâr lider davranışları ile iş tatmini arasındaki ilişkideki rolüne yönelik herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Hipotez 2: Hizmetkâr liderlik güvenlik iklimini pozitif olarak etkilemektedir.

Hipotez 3: Güven iklimi, hizmetkâr lider davranışları ve iş tatmini arasındaki ilişkide aracı role sahiptir.

III. METODOLOJİ

Bu araştırma; Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde görev yapan sağlık personeliyle yürütülmüştür. Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden 339 sağlık personeli ile çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada 1= “kesinlikle katılmıyorum” ve 5= “kesinlikle katılıyorum” şeklinde 5'li Likert ölçeği kullanılmıştır. Her değişken için bileşik ölçüler oluşturmak için ölçeklerdeki öğelerin ortalaması alınmıştır. Anket elektronik ortamda yapılmıştır.

Örneklem

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanelerinde görev yapan (N= 2727) sağlık personeli (Doktor, hemşire, teknisyen/tekniker, tıbbi sekreter/büro memuru) içerisinde tesadüfi olarak 500 kişi listelenmiştir. Nihai değerlendirmede eksik kodlama ve geri dönüş kayıpları neticesinde 339 katılımcının anket formu değerlendirmeye alınmıştır. Gürbüz ve Şahin (2018), örneklem büyüklüğü %95 güven aralığında bu örneklem yeterli olarak görmüştür. Bu kapsamda analizlere bu örneklem ile devam edilebileceği değerlendirilmiştir. Nihai örneklem; %69,3 kadın ve %30,7 erkekten oluşmaktadır. Araştırma grubunu oluşturan bireylerin; %51,3'ü 36-45 yaş aralığında, %57,8'i lisans mezunu, %79,4'ü evli, %33,0'ü 11-15 yıl arasında hastanede çalışmaktadır. Ayrıca, katılımcıların %45,4'ü tıbbi sekreter, %23,6'sı hemşire, %20,9'u sağlık teknisyeni/teknikeri ve %10'u doktorlardan oluşmaktadır.

Ölçekler

Hizmetkar Liderlik ölçümü için, Aslan ve Özata (2011) tarafından Türkçe literatüre kazandırılan ve geçerliliği test edilmiş olan; Dennis ve Winston (2003)'un geliştirdiği hizmetkar liderlik ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 14 ifadeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değeri 0,971 olarak bulunmuştur.

Güven İklimi ölçümü için, Choudhry, Fang ve Lingard (2009) tarafından geliştirilen, Türen vd. (2014) tarafından uyarlanıp kısaltılan ve geçerliliği test edilen güvenlik iklimi ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 14 ifadeden oluşmakta olup, Cronbach's Alpha değeri 0,932 olarak ölçülmüştür.

İş tatminini ölçmek amacıyla da Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Başol ve Çömlekçi (2020) tarafından yapılan, Brayfield ve Rothe (1951) tarafından geliştirilen, Judge vd. (1998) tarafından kısaltılan iş tatmini ölçeği kullanılmıştır. Ölçek 5 ifadeden oluşmakta olup Cronbach's Alpha değerinin 0,929 olduğu tespit edilmiştir.

Etik İlkeler

28.05.2021 tarih ve 37 sayılı Kayseri Üniversitesi Etik Kurul Onayı alınmıştır.

IV. BULGULAR

Çalışma değişkenlerine ait ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1. Değişkenlere Ait Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon Analizi

	Ort	SS	HL	İT	Gİ
Hizmetkar Liderlik (HL)	3,39	0,87	1		
İş Tatmini (İT)	3,55	1,00	0,529**	1	
Güven İklimi (Gİ)	3,36	0,80	0,709**	0,598**	1

** p< 0.01 ve (Çift Yönlü)

Tablo 1 incelendiğinde hizmetkar liderliğin iş tatmini (r=0,529, p<0,01), ve güven iklimi (r=0,709, p<0,01) ile anlamlı düzeyde pozitif korelasyona sahip olduğu görülmüştür. İş tatmininin de güven iklimi ile pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyona sahip olduğu (r=0,598, p<0,01) tespit edilmiştir.

Tablo 2. Aracı Değişkene Yönelik Regresyon Analizi

Değişkenler	Güven İklimi		
	Model 1 (β) HL-İT	Model 2 (β) HL-Gİ	Model 3 (β) HL/İT-Gİ
Hizmetkar Liderlik (HL)	0,529**	0,709**	0,211**
Güven İklimi (Gİ)			0,449**
Düzeltilmiş R ²	0,277	0,501	0,376
F Değişimi	130,756**	339,792**	102,943**

**p<0,01

Hipotezlerin testine yönelik yapılan regresyon analiz sonuçları Tablo 2’de sunulmuştur. Birinci hipotez kapsamında hizmetkâr liderliğin iş tatmini üzerinde pozitif bir etkiye sahip olduğu varsayılmıştır. Tablo 2 değerleri incelendiğinde hizmetkâr liderliğin iş tatmini üzerinde anlamlı pozitif bir etkiye ($\beta=0,529$; $p<0,01$) sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu durumda birinci hipotezin desteklendiğini ifade etmek mümkündür.

İkinci hipotezin ele aldığı hizmetkâr liderliğin güven iklimi üzerinde de anlamlı pozitif bir etkiye sahip olduğu ($\beta=0,709$, $p<0,01$) görülmektedir. Bu bağlamda ikinci hipotezde desteklenmektedir.

Model kapsamında yer alan güvenlik iklimi değişkeninin hizmetkâr liderliğin iş tatmini ile ilişkisine aracılık etme durumunu analiz etmek için kurulan üçüncü hipotez için yapılan çoklu regresyon analizinde güven iklimi modele eklendiğinde; hizmetkâr liderliğin iş tatmini üzerindeki etkisi azalmıştır ($\beta=0,211$; $p<0,01$). Yine bu modelde güvenlik iklimi aracı iken hizmetkâr lider davranışlarının etkisi ($\beta=0,449$; $p<0,01$) anlamlı olarak tespit edilmiştir. Bu durumda hizmetkâr liderliğin iş tatmini üzerindeki etkisinde güvenlik ikliminin *kısmi aracı* etkiye sahip olduğunu ifade etmek mümkündür. Dolayısıyla üçüncü hipotezde desteklenmiştir. Aracı değişken eklendiğinde bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki ilişkide meydana gelen düşüş ile meydana gelen aracılık etkisinin anlamlılığını ölçmek amacıyla yapılan Sobel testi sonucunda aracı olarak güvenlik iklimi ($z=7,35$ $p<0,05$) hizmetkâr liderliğin iş tatmini ile ilişkisinde anlamlı olduğu bulunmuştur. İki uçlu Sobel testi için değer %95 güvenilirlik düzeyinde -1,96 ile +1,96 değerleri arasında yer almaktadır (Preacher ve Hayes, 2004).

V. SONUÇ VE TARTIŞMA

Hizmetkâr liderlik üzerine yayınlanmış 200’den fazla çalışmada; bireysel düzeyde; bireysel vatandaşlık davranışları, iş performansı, yaratıcılık, ekip düzeyinde; ekip gücü, ekip performansı ve organizasyonel seviyede; müşteri memnuniyeti, yatırımın geri dönüşü konularında hizmetkâr liderlik ile ilgili tutarlı pozitif ilişkiler bulunmuştur. Hizmetkâr liderler, tam potansiyellerine ulaşmaları, görevleri ve kararları kendi başlarına halletme yetkisi kazanmaları ve toplumsal paylaşım ve başkalarına hizmet etme kültürüne uyum sağlamaları için takipçiler sağlamaya odaklanır. Böyle bir kültür uygulandığında, müşterilere çalışanlar tarafından iyi hizmet verilir. Müşteri memnuniyeti, kuruma, tekrarlanan satın alma ve teşvik edici şekilde sadakatle sonuçlanır, bu da hasta memnuniyetini ön planda tutan sağlık işletmeleri için olumlu bir durumdur (Eva vd., 2019).

Çalışmada; hizmetkâr liderliğin iş tatmini ve güven iklimi ile anlamlı düzeyde pozitif korelasyona sahip olduğu görülmüştür. İş tatmininin güven iklimi ile pozitif yönde anlamlı düzeyde korelasyona sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcıların, hizmetkâr lider davranışlarının iş tatminini etkileyip etkilemediğine yönelik yapılan regresyon analiz sonucuna göre; hizmetkâr liderliğin iş tatmini üzerinde anlamlı pozitif bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır. Literatürde; hizmetkâr liderlik ile iş tatmini arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik yapılan araştırmalarda hizmetkâr liderlik ile iş tatmini arasında pozitif bir ilişki olduğu görülmüştür (Cerit, 2009; Mayer vd., 2008; Chiniara ve Bentein, 2016; Amah, 2018; Eren ve Yalçıntaş, 2017; Neubert vd., 2016; Aslan, 2020). Araştırma örneklemini oluşturan bireylerin; hizmetkâr liderliğin güven iklimi üzerindeki etkisine bakıldığında, anlamlı pozitif bir etkiye

sahip olduğu görülmektedir. Bulgular yapılan diğer çalışmaların sonuçları ile örtüşmektedir (Acar, 2018; Sakal, 2018; Yan ve Yigui, 2016; Sarkus, 1996; Gotsis ve Grimani, 2016; Walumbwa vd., 2012; Schaubroeck vd., 2011; Chughtai, 2016).

Model kapsamında yer alan güvenlik ikliminin hizmetkâr liderliğin iş tatmini ile ilişkisine aracılık etme durumunu analiz etmek için yapılan çoklu regresyon analizinde güven iklimi modele eklendiğinde; hizmetkâr liderliğin iş tatmini üzerindeki etkisi azalmıştır. Yine bu modelde güvenlik iklimi aracı iken hizmetkâr lider davranışlarının etkisi anlamlı olarak tespit edilmiştir. Bu durumda hizmetkâr liderliğin iş tatmini üzerindeki etkisinde güvenlik ikliminin kısmi aracı etkiye sahip olduğunu ifade etmek mümkündür. Aracı değişken eklendiğinde bağımlı ve bağımsız değişken arasındaki ilişkide meydana gelen düşüş ile ortaya çıkan aracılık etkisinin anlamlılığını ölçmek amacıyla yapılan Sobel testi sonucunda aracı olarak güvenlik ikliminin, hizmetkâr liderliğin iş tatmini ile ilişkisinde anlamlı olduğu bulunmuştur. Literatüre baktığımızda; güven iklimi aracı rolde iken hizmetkâr lider davranışları ile iş tatmini arasındaki ilişkideki rolüne yönelik herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Çalışmanın Üstün ve Zayıf Yönleri

Öncelikle güncel liderlik yaklaşımlarından bir tanesi olan hizmetkâr liderliğin, özellikle büyük bir hizmet anlayışını bünyesinde barındıran sağlık sektöründe uygulamalı bir araştırma ile incelenmesi bu çalışmanın önemli bir üstünlüğü olarak görülmektedir. Ayrıca, örgütsel davranış açısından tüm sektörlerde önem arz eden ancak sağlık sektöründe biraz daha ön plana çıkan güven ikliminin de modele dâhil edilmesi ve daha önce literatürde hiçbir araştırmacı tarafından hizmetkâr lider davranışları ve iş tatmini ilişkisinde aracı olarak nasıl bir etkiye bulunduğu ortaya konulmaması da bu çalışmanın literatüre sağlayacağı önemli bir kazanım olarak değerlendirilmektedir. Çalışmanın sınırlılığı olarak, verilerin genellenebilirliği açısından örneklem kapsamının yalnızca bir kamu hastanesinden oluşması sayılabilir.

Gelecek Çalışmalara Öneriler

Araştırmada katılımcıların hizmetkâr lider davranışlarının iş tatminini ve hizmetkâr liderliğin güvenlik iklimini nasıl etkilediği, ayrıca güven ikliminin, hizmetkâr lider davranışları ve iş tatmini arasındaki ilişkide aracı role sahip olup olmadığı belirlenmeye çalışılmıştır. Gelecek araştırmaların, elde edilen bu bulgular ışığında hizmetkâr liderliğin sağlık sektöründe özellikle ön plana çıkan diğer örgütsel davranış değişkenleri ile incelemeye almalarının literatüre anlamlı kazanımlar sağlayacağı değerlendirilmektedir.

Etik Kurul İzni: 28.05.2021 tarih ve 37 sayılı Kayseri Üniversitesi Etik Kurul Onayı alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Aboramadan, M., Dahleez, K., & Hamad, M.H. (2020). Servant leadership and academics outcomes in higher education: the role of job satisfaction. *International Journal of Organizational*, 29(3), 562-584.
- Abualrub, R.F., & Alghamdi, M.G. (2012). The impact of leadership styles on nurses' satisfaction and intention to stay among Saudi nurses. *Journal of Nursing Management*, 20(5), 668-678.
- Acar, A., Korkmaz, E., & Özgül, D. (2018). Yiyecek içecek işletmelerinde hizmetkar liderler ve örgütsel güven, Konya-Beyşehir örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (39), 151-159.
- Aij, K.H., & Rapsaniotis, S. (2017). Leadership requirements for lean versus servant leadership in health care: A systematic review of the literature. *Journal of Healthcare Leadership*, 9, 1-14.

- Al-Malki, M., & Wang, J. (2018). Leadership styles and job performance: a literature review. *Journal of International Business Research and Marketing*, 3(3), 40-59.
- Al-Shammari, M.M., (1992). Organizational climate. *Leadership & Organization Development Journal*, 13(6), 30-32.
- Amah, O. E. (2018). Determining the antecedents and outcomes of servant leadership. *Journal of General Management*, 43(3), 126-138.
- Aslan, Ş., & Özata, M. (2011). Sağlık çalışanlarında hizmetkâr liderlik: Dennis-Winston ve Dennis-Bocernea hizmetkâr liderlik ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirlik araştırması. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 18(1), 139-154.
- Aslan, H. (2020). Hizmetkâr liderliğin iş tatmini üzerindeki etkisinde psikolojik sahiplenmenin aracı rolü. *BMIJ*, 8(1), 96-212.
- Aziri, B. (2011). Job satisfaction: a literature review. *Management Research and Practice*, 3(4), 77-86.
- Başol, O., & Çömlekçi, M. F. (2020). İş tatmini ölçeğinin uyarlanması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 1(2), 16-29.
- Cerit, Y. (2009). The effects of servant leadership behaviours of school principals on teachers' job satisfaction. *Educational Management Administration, Leadership*, 37(5), 600-623.
- Chiniara, M., & Bentein, K. (2016). Linking servant leadership to individual performance: differentiating the mediating role of autonomy, competence and relatedness need satisfaction. *The Leadership Quarterly*, 27(1), 124-141.
- Chughtai, A.A. (2016). Servant leadership and follower outcomes: mediating effects of organizational identification and psychological safety. *The Journal of Psychology*, 150(7), 866-880.
- Clarke, S. (2010). An integrative model of safety climate: linking psychological climate and work attitudes to individual safety outcomes using meta-analysis. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83, 553-578.
- Collins, C.J., & Smith, K.G. (2006). Knowledge exchange and combination: the role of human resource practices in the performance of high-technology firms. *Academy of Management Journal*, 49(3), 544-560.
- Cooper, M.D., & Phillips, R.A. (2004). Exploratory analysis of the safety climate and safety behavior relationship. *Journal of Safety Research*, 35(5), 497-512.
- Dang-Pham, D., Pittayachawan, S., & Bruno, V. (2016). Impacts of security climate on employees' sharing of security advice and troubleshooting: Empirical networks. *Business Horizons*, 59(6), 571-584.
- Díaz, R.I., & Cabrera, D.D. (1997). Safety climate and attitude as evaluation measures of organizational safety. *Accident Analysis & Prevention*, 29(5), 643-650
- Dollard, M.F., & Bakker, A.B. (2010). Psychosocial safety climate as a precursor to conducive work environments, psychological health problems, and employee engagement. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 83(3), 579-599.
- Drucker, P.F. (2005). *Critical evaluations in business and management*. Taylor & Francis.

- Eren, F., & Yağcıntaş, M. (2017). Hizmetkar liderlik ile iş tatmini arasındaki ilişki: bir havayolu şirketi örneği. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 10(19), 851-864.
- Eva, N., Robin, M., Sendjaya, S., Dierendonck, D.V., & Liden R.C. (2019). Servant leadership: a systematic review and call for future research. *The Leadership Quarterly*, 30(1), 111-132.
- Farrington, S.M., & Lillah, R. (2019). Servant leadership and job satisfaction within private healthcare practices. *Leadership in Health Services*, 32(1), 148-168.
- Fiabane, E., Giorgi I., Musian, D., Sguazzin, C., & Argentero, P. (2012). Occupational stress and job satisfaction of healthcare staff in rehabilitation units. *Med Lav.*, 103(6), 482-92.
- Guillaume, O., Honeycutt, A., & Savage-Austin, A. R. (2013). The impact of servant leadership on job satisfaction. *Journal of Business and Economics*, 4(5), 444-448.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık.
- Gotsis, G., & Grimani, K. (2016). The role of servant leadership in fostering inclusive organizations. *Journal of Management Development*, 35(8), 985-1010
- Huang, Y.H., Lee, J., McFadden, A.C., Murphy L.A., Robertson, M.M., Janelle, H.C., & Zohar, D. (2016). Beyond safety outcomes: An investigation of the impact of safety climate on job satisfaction, employee engagement and turnover using social exchange theory as the theoretical framework. *Applied Ergonomics*, 55, 248-257.
- Koçel, T. (2020). *İşletme yöneticiliği*. Beta Yayıncılık.
- Landis, E.A., Hill, D., & Harvey, M.R. (2014). A synthesis of leadership theories and styles. *Journal of Management Policy and Practice*, 15(2), 97-100.
- Mayer, D. M., Bardes, M., & Piccolo, R.F. (2008). Do servant-leaders help satisfy follower needs? An organizational justice perspective. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 17(2), 180-197.
- Maslow, A.H. (1981). *Motivation and personality*. Prabhat Books.
- Morrow, P.C., & Crum, M.R. (1998). The effects of perceived and objective safety risk on employee outcomes. *Journal of Vocational Behavior*, 53(2), 300-313.
- Neubert, M.J., Hunter, E.M., & Tolentino, R.C. (2016). A servant leader and their stakeholders: when does organizational structure enhance a leader's influence? *The Leadership Quarterly*, 27(6), 896-910.
- Preacher, K., & Hayes, A.F. (2004). SPSS and SAS procedures for estimating indirect effects in simple mediation models. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 36(4), 717-731.
- Sarkus, D.J. (1996). Servant-leadership in safety: Advancing the cause and practice. *Professional Safety*, 41(6), 26.
- Sakal, O. (2018). Examining the relationships between servant leadership, psychological security and organizational identification in the perspective of "good management" in the public. *Ombudsman Academic, Special Issue/Principles of Good Management in the Public Service*, 259-293.
- Schwartz, R.W., & Tumblyn T.F. (2002). The power of servant leadership to transform health care organizations for the 21st-century economy. *Archives of Surgery*, 137(12), 1419-1427.

- Schaubroeck, J., Lam, S.S.K., & Peng, A.C. (2011). Cognition-based and affect-based trust as mediators of leader behavior influences on team performance. *Journal of Applied Psychology*, 96(4), 863-871.
- Stahl, G.K., Larsson, R., Kremershof, I., & Sitkin, S.B. (2011). Trust dynamics in acquisitions: a case survey. *Human Resource Management*, 50, 575-603.
- Trastek, V.F., Hamilton, N.W., & Niles, E.E., (2014). Leadership models in health care a case for servant leadership. *Mayo Clinic Proceedings*, 89(3), 374-381.
- Tischler, L., Giambatista, R., McKeage, R., & McCormick, D. (2016). Servant leadership and its relationships with core self-evaluation and job satisfaction. *The Journal of Values-Based Leadership*, 9(1), 8.
- Türen, U., Gökmen, Y., Tokmak, İ., & Bekmezci, M. (2014). Güvenlik iklimi ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(4), 171-190.
- Walumbwa, F., Aryee, S., Muchiri, M., Di Milia, V., & Cooksey, R. (2012). Servant leadership and safety citizenship behavior: examining mediating and moderating processes. *AMJ Conference*, 7-11.
- Wang L., Tao H., Ellenbecker C.H., & Liu X.H. (2012). Predictors of hospital nurses' intent to stay: a cross-sectional questionnaire survey in Shanghai, China. *International Nursing Review*, 59(4), 547-554.
- Yan, A., & Yigui, X. (2016). Servant leadership and employee voice behavior: A cross-level investigation in China. *SpringerPlus*, 5(1595), 2-11.
- Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *Journal of Applied Psychology*, 65(1), 96-102.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

MEDİKAL TURİZM POLİTİKASI İÇİN SAĞLIK HİZMETİ SUNUCULARININ PERSPEKTİFİ, İHTİYAÇLARI VE BEKLENTİLERİ: NİTEL BİR İNCELEME

Hüseyin KÜÇÜKALİ *
Ayşe Seval PALTEKİ **
Şeyda DÜNDAR EGE ***
Osman Erol HAYRAN ****

ÖZ

Medikal turizm, küreselleşme sonucu artan insan hareketliliği, bilişim teknolojilerinin yaygın kullanımı gibi nedenlerle hızla gelişen bir sağlık sektörüdür. Toplumların yaşlanması, sağlık hizmeti maliyetlerinin hızla artması, hizmet almak isteyenler için söz konusu olan uzun bekleme süreleri gibi nedenlerle önemi artan medikal turizm konusunda Türkiye önemli bir destinasyon konumundadır. Halen Sağlık Bakanlığı sorumluluğunda yürütülen medikal turizm hizmetleri için çok sayıda yetkilendirilmiş sağlık kurumu hizmet vermekte, çeşitli ülkelerle ikili anlaşmalar bulunmaktadır. Ne var ki bu konuda henüz bir devlet politikası bulunmamakta, ancak sorunlar ve ihtiyaçlar gündeme geldiğinde bazı düzenlemeler yapılmaktadır. Bu araştırmanın amacı, Türkiye'de ulusal medikal turizmi politikasına yol gösterici olabilmek için bu alanda faaliyet gösteren hizmet sunucularının bakış açılarını, mevcut duruma ilişkin değerlendirmelerini incelemek, ihtiyaç ve beklentilerini tespit etmektir. Bu nitel araştırmada medikal turizm hizmeti sunan kurumlardan 10 yönetici ile yapılan derinlemesine görüşme bulgularına göre, Türkiye'nin bu alanda çok sayıda güçlü yanlarının bulunduğu, çeşitli fırsatlarla karşı karşıya olduğu, ancak, politika ve uygulama eksiklikleri nedeniyle çeşitli sorunların ve tehditlerin de söz konusu olduğu görülmektedir. Özellikle Türkiye'nin coğrafi konumu, nitelikli sağlık insan gücü ve gelişmiş sağlık alt yapısından kaynaklanan güçlü yanlarından etkili biçimde yararlanabilmek için konuya ilişkin yasal boşlukların giderilmesi, medikal turizm hizmetlerinin iyi koordine edilerek denetlenmesi, gerçekçi politikalar oluşturulması gerekliliği ön plana çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Medikal turizm, sağlık turizmi, nitel araştırma, ihtiyaç değerlendirmesi

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, hkucukali@medipol.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0003-1669-3107>

** Öğr. Gör., İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, aspalteki@medipol.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-6593-7000>

*** İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, seyda.dundar@medipol.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0001-7860-8428>

**** Prof. Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, ohayran@medipol.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-9994-5033>

Gönderim Tarihi: 25.06.2021

Kabul Tarihi: 01.11.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Küçükali, H., Palteki, A.S., Dündar Ege, Ş. & Hayran, O.E. (2022). Medikal turizm politikası için sağlık hizmeti sunucularının perspektifi, ihtiyaçları ve beklentileri: nitel bir inceleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 99-126

PERSPECTIVES, NEEDS AND EXPECTATIONS OF HEALTHCARE PROVIDERS FOR MEDICAL TOURISM POLICY: A QUALITATIVE STUDY

Hüseyin KÜÇÜKALİ *
Ayşe Seval PALTEKİ **
Şeyda DÜNDAR EGE ***
Osman Erol HAYRAN ****

ABSTRACT

Medical tourism is a rapidly developing health sector due to increased human mobility as a result of globalization and the widespread use of information technologies. Turkey is an important destination for medical tourism, whose importance is increasing due to the aging of societies, the rapid increase in healthcare costs, and the long waiting times for those who want to receive services. Currently, many authorized health institutions provide services for medical tourism services carried out under the responsibility of the Ministry of Health, and there are bilateral agreements with many countries. However, there is no comprehensive state policy on medical tourism yet, and regulations are made when problems and needs arise. To inform national medical tourism policy of Turkey, this study aims to understand the perspectives, needs and expectations of healthcare providers working in this sector. According to the findings of in-depth interviews with 10 managers from medical tourism service provider institutions, this qualitative study shows that Turkey has many strengths in this field, faces various opportunities, but there are also various problems and threats due to policy and implementation shortfalls. To get the most out of strengths arising from Turkey's geographic location, qualified health workforce and advanced health infrastructure, it is required to fix the legal gaps, coordinate and supervise medical tourism services, and create realistic policies.

Keywords: medical tourism, health tourism, qualitative study, needs assessment

ARTICLE INFO

* Assist. Prof., İstanbul Medipol University, hkucukali@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1669-3107>

** Lecturer, İstanbul Medipol University, aspalteki@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6593-7000>

*** İstanbul Medipol University, seyda.dundar@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-7860-8428>

**** Prof. Dr., İstanbul Medipol University, ohayran@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-9994-5033>

Received: 25.06.2021

Accepted: 01.11.2021

Cite This Paper:

Küçükali, H., Palteki, A.S., Dündar Ege, Ş. & Hayran, O.E. (2022). Medikal turizm politikası için sağlık hizmeti sunucularının perspektifi, ihtiyaçları ve beklentileri: nitel bir inceleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 99-126

I. GİRİŞ

Küreselleşme ile ülkeler arası insan hareketliliği artmış, bilişim teknolojileri sayesinde dünyanın herhangi bir yerinde ortaya çıkan teknolojik gelişmeler ve verilen hizmetler anında izlenebilir hale gelmiştir. Sağlık turizmi ve medikal turizm bu gelişmelerin sonucu olarak hızla yaygınlaşan olgulardır. Artan ve yaşlanan dünya nüfusunun da etkisiyle hem sağlık hizmetine duyulan ihtiyaç hem de kaliteli sağlık hizmeti almanın maliyeti artmaktadır. Her türlü tedavi olanaklarına sahip pek çok ülkede (bazen uzun bekleme süreleri bazen de hizmetlerin yüksek maliyeti nedeniyle) çok sayıda kişi, ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetleri için başka ülkelere seyahat etmeyi tercih etmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi, yaygın olarak sağlık turizmi olarak bilinen yeni bir turizm biçimine yol açmıştır. Aslında sağlık nedenleri ile insanların yaşadıkları yerin dışındaki bölgelere seyahati yeni değildir. Örneğin, şifalı olduğu düşünülen kaplıca ve ılıcalardan yararlanma amaçlı seyahatler, yaz aylarında deniz kenarlarına, yaylalara yapılan seyahatler de sağlıklı olmak, iyi olmak amacına yönelik turizm faaliyetleridir. Yeni olan, bu işin ayrı bir sektör haline dönüşmüş olmasıdır.

Tanımlı konusunda farklı yaklaşımlar bulunmakla birlikte sağlık turizmi, bireylerin koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetleri almak amacıyla, yaşadıkları ülke dışında bir ülkeye seyahatleri olarak tanımlanmaktadır (Bookman ve Bookman, 2007; Carrera ve Bridges, 2006). Bu anlamda sağlık turizmi şemsiye bir kavram olup termal turizm, ileri yaş turizmi, engelli turizmi ve medikal turizm gibi kavramları kapsamaktadır.

Sağlık turizminin tedavi hizmeti ağırlıklı alanı olan medikal turizm, son yılların hızlı büyüyen sektörüdür (Heung vd., 2011). Medikal turizm, tedavi için yurtdışına giden hastaların kendi ülkelerinden daha düşük fiyatlara daha kaliteli tıbbi hizmeti almalarına olanak sağlamaktadır (Connell, 2006; Connell 2015; Heung vd., 2011; Ye vd., 2011; Yu ve Ko, 2012). Tedavi amacıyla yurtdışına seyahat eden kişi sayısının son yıllarda artmış olması tüm dünyada büyüyen bir küresel eğilim ve turizmin yeni bir türü kabul edilmektedir.

Medikal turizm, turizm ve sağlık sektörlerinin mevcut düzenlemelerinin ötesinde bir hizmet ve düzenlemeyi gerektirdiği için yeni bir hareketlik türü ortaya çıkmıştır (Rokni vd., 2017). Türkiye’de de hızla gelişmekte olan medikal turizm sektörü çok sayıda iş kolunu içine alan çok paydaşlı bir sektör görünümündedir. Hastaneler, doktorlar, hemşireler, diğer sağlık çalışanları, hastane yöneticileri, otel, motel, pansiyon gibi konaklama yerleri ve çalışanları, turizm acentaları ve çalışanları, yeme-içme yerleri ve çalışanları, tıbbi cihaz üreticileri, uçak, otobüs, tren, vapur firmaları, yasa koyucular, uygulayıcılar gibi çok farklı iş kollarını ilgilendiren medikal turizm, iyi bir koordinasyon gerektirmektedir.

Connell (2006) medikal turizmi “insanların medikal tedavi, diş, ameliyat gibi nedenler için genellikle uzun mesafeler ve denizaşırı ülkelere seyahat ettikleri ve aynı zamanda tatil yaptıkları, dünya çapında hızla büyüyen endüstriden doğan bir niş alan” şeklinde tanımlamaktadır (Connell, 2006). Medikal turizm ile ilgili üzerinde uzlaşmış net bir tanım bulunmamaktadır. Mevcut tanımlar, medikal turizmi sağlık turizmi ile karıştırmaya çok açık, hatta turizmin geneli ile ilgili bazı yanlışları dahi içermektedir. Bazı tanımlar seyahat süresine vurgu yapsa da bu vurgu sınır komşusu ülkelerin birbirlerine kısa sürelerle tıbbi tedavi seyahatini dışarıda bırakmaktadır (Connell, 2015).

Medikal turizm ve turist sağlığı kavramlarını da karıştırmamak gerekir. Medikal turizm; hastaların, sağlık hizmeti almak amacıyla ikamet ettikleri yerlerin dışında gerçekleşen bir turizm çeşidi iken, turist sağlığı sağlık dışı bir nedenle (turizm, kongre, ziyaret vb.) farklı bir ülkede bulunan kişilerin sağlığında ortaya çıkacak sorunlara yönelik hizmetleri kapsamaktadır (Connell, 2016).

Medikal turizm kavramı ilk kullanılmaya başlandığında özelleşen ve kurumsallaşan hastane zincirleriyle birlikte, seçkin hastaların, kozmetik ameliyatlara için yaptığı seyahatler olarak algılanmaktaydı. Fakat sonraları medikal turistlerin profilinin genellikle gelir seviyesi orta veya düşük

olan, basit tıbbi işlemler için daha ucuz ve daha kaliteli tedavi arayışında olan kişiler olduğu anlaşılmaktadır. Bu kişilerin genellikle yakın mesafedeki, çoğunlukla sınır komşularını, kültürel olarak kendilerine yakın ülkeleri tercih ettikleri ve ülke seçiminde sosyal ağların belirleyici rol oynadığı görülmektedir (Connell, 2016).

COVID-19 pandemisi sürecinde, dünya genelinde medikal turizm seyahat sayısı azalmış ancak akut hastalar için daha yüksek maliyetli ve daha nitelikli bakım hizmetlerine talep artmıştır. Ayrıca bu dönemde kullanımı artan teletıp teknolojilerinin, medikal turizm sektörü için önemli bir faktör olacağı düşünülmektedir. Teletıp teknolojilerinin önümüzdeki dönemde medikal turizm destinasyonu tercihinde, hastane ve hekim seçiminde ve maliyet araştırmalarında daha fazla kullanılacağı öngörülmektedir (Chhabra, 2021; Patients Beyond Borders, 2021).

Medikal turizm konusunda uluslararası bir yayıncı olan Patients Beyond Borders günümüzde dünya medikal turizm pazarının her yıl %15-25 oranında büyüdüğünü tahmin etmekte ve medikal turizm alanında en çok tercih edilen ülkeler olarak Kosta Rika, Hindistan, İsrail, Malezya, Meksika, Singapur, Güney Kore, Tayvan, Tayland, Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri'ne (ABD) yer vermektedir (Patients Beyond Borders, 2021). Aynı kuruluşa göre 2021 yılında medikal turizm pazar hacminin 125 milyar ABD doları olması beklenmektedir. Tüm ülkelerde genellikle Turizm Bakanlığı sorumluluğunda yürütülen medikal turizm hizmetleri için Türkiye'de henüz merkezi bir örgütlenme bulunmayıp Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan Uluslararası Sağlık Hizmetleri AŞ. bu hizmetleri koordine etmektedir.

Bu araştırmanın amacı, Türkiye'de ulusal medikal turizmi politikasına yol gösterici olabilmek için bu alanda faaliyet gösteren hizmet sunucularının bakış açılarını, mevcut duruma ilişkin değerlendirmelerini incelemek, ihtiyaç ve beklentilerini tespit etmektir.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma nitel türde bir araştırmadır. Araştırmanın evreni Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından medikal turizm konusunda yetkilendirilmiş 985 sağlık kurumunun medikal turizmden sorumlu yöneticileridir. Söz konusu kurumların listesi Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı'nın internet sitesinden temin edilmiştir (Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı, 2020).

Araştırmada amaçlı örnekleme kullanılmıştır. Triangülasyonu güçlendirmek amacıyla örnek grubunda yer alacak yöneticiler, farklı şehirdeki ve farklı türdeki sağlık kurumlarından seçilmiştir. Şehir olarak, bakanlık tarafından yetkilendirilmiş en çok sayıda sağlık kurumu bulunan üç şehir (İstanbul, Ankara, Antalya) tercih edilmiştir. Kurum türü olarak, devlet ve özel sektörden; birinci, ikinci ve üçüncü basamak tedavi edici sağlık hizmeti verenlerden; genel hastane ile ağız ve diş sağlığı alanında çalışanlardan olmak üzere toplam 18 kurum seçilmiştir.

Veriler, nitel araştırma yöntemleri konusunda deneyim sahibi araştırmacılar tarafından derinlemesine görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Görüşmeler 11 Ocak- 26 Ocak 2021 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Belirlenen kurumların medikal turizmden sorumlu bir yöneticisiyle yapılan derinlemesine görüşmeler Zoom uygulaması üzerinden görüntülü arama yoluyla gerçekleştirilmiştir. Görüşmeler, araştırmacılar tarafından önceden hazırlanmış ve yarı yapılandırılmış soru formu doğrultusunda yönlendirilmiştir. Hazırlanan soru formunda Türkiye'nin medikal turizm açısından stratejik durumu, dünyada medikal turist gönderen ve alan ülkelerin özellikleri, Türkiye'ye gelen medikal turistlerin özellikleri, konunun çeşitli paydaşlarının yapması gereken eylemler, Türkiye'deki sağlık kurumlarının medikal turizm açısından durumu ve ek görüşler olmak üzere 6 konu başlığı altında toplam 24 açık uçlu takip sorusu yer almaktaydı. Görüşmeler en az 24 en çok 66 dakika sürmüştür. Görüşme sırasında ses ve görüntü kaydı alınmıştır. Görüşme öncesinde ve görüşmenin başında katılımcılar araştırma hakkında sözlü olarak bilgilendirilmiş, katılım ve kayıt için rızaları

alınmıştır. Araştırma, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 24.12.2020 tarih ve 970 sayılı onayı ile yürütülmüştür.

Beşinci ve onuncu görüşme sonrasında verilerin doyuma ulaşma durumu değerlendirilmiş ve onuncu görüşmede doyuma ulaşılması nedeniyle araştırma tamamlanmıştır. Alınan kayıtlar yazıya geçirilmiş ve Atlas.ti nitel veri analizi yazılımına aktarılmıştır. Veri analizi 2 farklı araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Veri analizinde tematik çerçeve analizi yöntemi izlenmiştir. Araştırmacılar arasında görüşülerek bir kodlama çerçevesi üzerinde uzlaşmış ve iki araştırmacı bu çerçeveye göre veriyi analiz etmiştir. Kodlama tamamlandığında araştırmacıların analizleri birleştirilmiş ve çelişkiler tartışılarak giderilmiştir. Sonrasında bir araştırmacı tarafından bulgular sentezlenmiş ve örnek alıntılarla desteklenmiştir. Araştırma bulguları paydaşlara sunulmuş ve alınan geribildirimler doğrultusunda güncellenerek son şeklini almıştır.

Bulguların hangi katılımcılarla yapılan görüşmenin verilerine dayandığına işaret etmesi için bulgular ilgili katılımcıların kurum türünü belirten kısaltmalarla birlikte verilmiştir. Özel hastane ÖH; vakıf üniversitesi hastanesi VÜH; devlet üniversitesi hastanesi DÜH; özel ağız ve diş sağlığı merkezi ÖADSM; özel ağız ve diş sağlığı polikliniği ÖADSP olarak kısaltılmıştır. Özel hastaneler birden fazla olduğu için numara verilmiştir. Katılımcıların kodları ve çalıştıkları kurumların tür ve şehirleri Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların Kodları ve Çalıştıkları Kurumların Tür ve Şehirleri

Sıra	Kod	Kurum Türü	Şehir
1	DÜH	Devlet Üniversitesi Hastanesi	Ankara
2	ÖH1	Özel Hastane	Antalya
3	VÜH	Vakıf Üniversitesi Hastanesi	İstanbul
4	ÖH2	Özel Hastane	Ankara
5	ÖADSM	Özel Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi	Birden çok
6	ÖH3	Özel Hastane	İstanbul
7	ÖH4	Özel Hastane	Birden çok
8	ÖH5	Özel Hastane	Birden çok
9	ÖADSP	Özel Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği	Antalya
10	ÖH6	Özel Hastane	İstanbul

III. BULGULAR

Araştırma bulguları analiz çerçevesine paralel başlıklar şeklinde ele alınmış bu başlıklarda öne çıkan temalar örneklerle irdelenmiştir.

3.1. Medikal Turizmde Türkiye'nin Durumu

Katılımcılara göre Türkiye'de medikal turizm özel sektör öncülüğünde gelişmiştir (VÜH, ÖH3, ÖADSM). Katılımcılar bu sürecin zaman zaman "devlete rağmen" yürüdüğünü, kurumların çoğu zaman "dertlerini" devlete anlatamadıklarını ifade etmiştir (ÖH3). Bununla beraber Türkiye'yi bir sonraki seviyeye taşımak için devlete (ve USHAŞ'a) anahtar roller düşüğünü düşünmektedirler (VÜH). Görüşülenlerin tamamına yakını Türkiye'nin yüksek bir potansiyelinin olduğu fakat şu anda istenilen seviyede olmadığını belirtmiştir. Medikal turizmde Türkiye'nin güçlü ve zayıf yanları, fırsat ve tehditleri Şekil 1'de özetlenmiş olup her bir başlığa ait bulgular aşağıda açıklanmıştır.

Şekil 1. Medikal Turizmde Türkiye'nin Güçlü ve Zayıf Yanları, Fırsat ve Tehditleri



3.1.1. Güçlü Yanlar

İnsan kaynağı

Hemen hemen tüm katılımcıların vurguladığı güçlü yan insan kaynağının kalitesidir. Bu durumun özellikle hekimler üzerinden ele alındığı, sağlık çalışanlarının iyi eğitilmiş, bilgili ve tecrübeli olmalarının ön plana çıktığı görülmüştür (ÖH5, DÜH).

Sağlık sistemi

Sağlık sistemini güçlü yapan özellikler arasında altyapı (ÖH3, ÖH4, ÖH6), yatırımlar (ÖH5), dijitalleşme (ÖH5) sayılmıştır. Hastanelerin sayıca ve teknolojik donanım olarak yeterli olmasından bahsedilmiştir (ÖH3, ÖH5). Özel hastanede yönetici olan birden fazla katılımcı, Türkiye'nin sağlık sisteminin özellikle son 10-20 yılda çok geliştiğini belirtmiştir (ÖH5, ÖH6).

Devlet üniversitesi hastanesinde yönetici olan bir katılımcının Türkiye'nin markalaşmış özel hastaneleri olmasından gururla bahsetmesi dikkat çekmiştir (DÜH).

Hizmet kalitesi

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin, özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında kamu ve özel tüm sağlık kurumlarında yükseldiği belirtilmektedir (VÜH, ÖH1, ÖH6). Bir katılımcı artık kalite konusunda herkesin bilinçli olduğunu vurgulamış (ÖH2), bir başkası hem tıbbi hem destek hizmetlerinin kaliteli olduğundan söz ederek “hastanelerimize güveniyorum” diye eklemiştir (ÖH4).

Türkiye'nin Avrupa ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri'ne göre düşük fiyatlarda hizmet sunduğu ifade edilerek hizmet kalitesinin de düşük olmadığı aksine daha iyi olduğu vurgulanmıştır (ÖH3, ÖH6).

Kültür

Türkiye halkının kültürel özellikleri de bir güçlü yan olarak ifade edilmiştir. Bu kapsamda misafirperverlik (ÖH5, DÜH), empati (ÖH5), sıcakkanlılık (ÖH1) gibi sosyal becerilerin yanı sıra yemek çeşitleri (ÖH5) de önem taşımaktadır. Bir katılımcı bir medikal turistin kendisine ismiyle hitap eden ve sarılan bir hemşireden duyduğu memnuniyeti şu şekilde yorumlamıştır:

“Avrupa’da şöyle bir durum var insanların çocukları bile büyüklerine bu sıcak ziyaretleri, yaklaşımları bulunmuyor. Bizim bir hemşiremiz bir hastaya böyle candan yürekte bakınca ya yani olağanüstü etkileniyorlar onlar. Çünkü bunu görev olarak yapıyorlar bizimkiler. İşin içine yüreğini katıyorlar. Hekim de böyle hemşire de böyle.” (ÖH1)

Yine başka bir katılımcı hekimlerin hastalara yaklaşımını şöyle tanımlamıştır:

“Doktorların sanki kendi babasını tedavi ediyormuş gibi yaklaşımını hissediyor onlar. Bu his çok kıymetli.” (ÖADSP)

Kültürün farklı ülkelerden hastalar tarafından algılanması hakkında ise farklı görüşler öne sürülmüştür. Bir katılımcı Avrupa hem Arap kültürüne yakın olduğumuzu ifade ederken başka bir katılımcı Avrupalı hastaların beklentilerini karşılarken Arap hastaların beklentilerinde yetersiz kalılabildiğinden söz etmiştir.

“Kültürümüz işte doğu-batı sentezine uygun bir yer. Hani İngiliz de gelebiliyor Arap da gelebiliyor. İkisi de az çok aradığını bulabiliyor diye düşünüyorum.” (ÖH4)

“Avrupa ülkelerine hem çok daha rahat hizmet verebiliyorsunuz. Arap ülkelerinde birazcık tabi sosyal açıdan farklılıklarımız olduğu için beklenti çok daha farklı olabiliyor. Onlarda şey de zorlanabiliyoruz, Türk hasta ve uluslararası hasta birbirine karıştığında sıkıntı yaşanabiliyor.” (VÜH)

Sektör içi işbirliği

Sektör içi işbirliğinin çok sistemli olmadığı düşünülse de katılımcılar tarafından iyi olarak değerlendirildiği görülmüştür. Sağlık İş Konseyi (SAİK) ve Özel Hastaneler Derneği'nin (OHSAD) bu işbirliğinde önemli zeminler olduğu anlaşılmaktadır.

Bir özel hastane yöneticisi işbirliğini uzun süre aynı görevde kalan hastane yöneticileri arasındaki iletişime dayandırmıştır.

*“Biraz zayıftık şimdi bence daha da bir yere geldik. Tabi bunun şeyle de alakası var. Sektördeki kişiler bir süre sabit kalınca daha kolay oluyor bu. Sürekli değişen bi yapıda değiliz şu anda benim düşüncem. Hani ***'ın yöneticileri, ***'ın yöneticileri belki ***'un*

yöneticileri vesaire uzun zamandır o pozisyonlardır. Dolayısıyla uzun zamandır aynı pozisyonda olunca insanlar birbirleriyle daha rahat konuşabiliyorlar. Herkes birbirini tanıyor ve haberleşebiliyoruz. O anlamda çok kötü değiliz bence. Birçok sektörden iyi durumda bile olabiliriz.” (ÖH4)

Ankara’da bir devlet üniversite hastanesinin yöneticisi sağlık turizmindeki tecrübelerini ve uyguladıkları yöntemleri sürekli olarak Ankara ve diğer şehirlerdeki üniversite hastaneleriyle paylaştıklarından bahsetmiştir (DÜH).

“Tek başımıza değil de topyekun olarak bu işin altına girmemiz gerektiğini düşündüğümüz için hep birlikte düzgün yapalım istiyoruz. Yani bu sağlık turizminde üniversitelere de düşen rol var o rolü de hakkıyla yerine getirelim istiyoruz açıkçası.” (DÜH)

Sağlık dışı paydaşlar

Antalya’da bir özel ağız ve diş sağlığı polikliniğinin yöneticisi sağlık turizminin konaklama ve sosyal faaliyetler için bir turizm altyapısını da gerektirdiğini belirtmiş ve Türkiye’nin bir turizm ülkesi olmasını güçlü bir yan olarak değerlendirmiştir (ÖASDP).

Bir katılımcı farklı güçlü yanların tek başına yeterli olmadığını fakat Türkiye’nin birçok güçlü yanı bir araya getirdiğini şu şekilde ifade etmiştir:

“Yani çok iyi binalarınız olsa hekimleriniz, hemşireleriniz olmasa bir işe yaramıyor. Çok iyi hekimleriniz, hemşireleriniz olsa teknolojiniz olmasa kötü bir konumda olsanız uçuş olmasa vesaire yine buraya kimseyi getiremezsiniz. Dolayısıyla sağlığa ulaşılabilir bir noktadayız ama hepsinden önemlisi sağlıkla ilgili ekosistemi de ülke olarak oluşturmuş durumdayız.” (ÖH5)

3.1.2. Zayıf Yanlar

Yasal düzenlemeler

Yasa ve yönetmeliklerde eksiklikler olduğu (DÜH), özellikle hastanın kendini güvende hissetmesini sağlamaya yönelik düzenlemelere acilen ihtiyaç bulunduğu anlaşılmaktadır.

Türkiye’nin medikal turizmle ilgili uluslararası hukuka hâkim olmadığı (ÖH2), malpraktis durumlarında hangi yasaların geçerli olacağına dair belirsizliklerin olduğu ifade edilmektedir (DÜH).

Politika eksikliği

Her ne kadar 11. Kalkınma Planı’na girmişse de devletin bir sağlık turizmi politikası bulunmamaktadır (ÖH3). Devlet politikası olmaması, devletin farklı kurumlarının eş güdümlü hareket edememesiyle sonuçlanmaktadır. Bir katılımcı bu duruma şöyle bir örnek vermiştir:

“Devletin bir kurumu sağlık turizmi için çok ciddi çaba sarf ederken diğer kurumunun politikasının da bunu destekliyor olması lazım. Mesela (...) hedef ülkeler arasında Afrika ülkeleri geçiyor değil mi? Türkiye devleti orada bir çalışma yapıyor. Ama TİKA [Türkiye İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı] gidiyor oraya hastane açıyor. Şimdi orada hastane açıldığı zaman ben sağlık turizmini nasıl çekeceğim? Birinci basamağı açsın tanı orada konulsun... (o zaman aynı politikaya hizmet eder.). Devlet kurumları arasındaki politikaların bütünleşik olması lazım.” (ÖH2)

Hizmet kapasitesi

Özel sektörün altyapısı, yatak kapasitesi ve insan kaynağı yetersiz bulunmaktadır (ÖH3). Bir üniversite hastanesi yöneticisi yerli hastaya bile zaman zaman yatak bulamadıklarını hatırlatarak, yabancı hastaya bulmanın bazen zor olabildiğinden bahsetmiştir (DÜH). Devlet hastanelerinin (şehir hastaneleri) insan kaynağı, altyapı ve teknolojileriyle birlikte medikal turizme girmesi ile Türkiye'nin hizmet kapasitesinin artabileceği ifade edilmektedir (ÖH3).

“Özel sektöre benim serzenişte bulunduğum... Bütün kapıları açsalar bile Türkiye'nin ekonomik konjonktürü nedeniyle yatırım kapasitesi de iş yapma gücü de kısıtlı. Yani dediğim gibi çok az sayıda dünyadan hasta kabul ediyoruz. Bunun iki katı hasta 'geliyorum' dese cevap veremez ki özel sektör. Hadi duyuru yaptık, devlet politikası haline geldi, devlet dedi ki 'istediğin güvenceleri verdim, çık sahaya özel sektör getirebildiğin kadar getir bende arkandayım'. Geldi iki katı hasta, cevap veremez.” (ÖH3)

Tercüman ve dil bilen çalışan yetersizliği

Farklı dillerde tercüman ihtiyacından önemli bir eksiklik olarak bahsedilmekte, tercümanların sağlık konusunda da temel bilgi sahibi olması gerektiğine dikkat çekilmektedir (VÜH). Dil sorunun ülkedeki büyük bir eksiklik olduğu kabul edilmekte, tercümanın da çözüm olmayacağı, tıbbi ekibin dil bilmesi gerektiği savunulmaktadır (ÖH6).

“Hastalarda şu yorumu çok sık duyuyorsunuz 'Evet, Türkiye'de sağlık çok güzel, kaliteli, gerçekten diğer Avrupa ülkeleri ile kıyaslanmayacak durumda.'. Hani, buna inançları tam. Ama 'Ben doktorla İngilizce konuşmak istiyorum ve kendi sorularımı kendim yöneltip cevabını kendim almak istiyorum ama hastanelerin geneline baktığım zaman bu ortamın çok çok düşük olduğunu görüyorum' diye söylüyorlar.” (ÖH6)

Devlet kurumlarının kısıtlılıkları

Özel hastanelere kıyasla devlet hastaneleri ve üniversite hastanelerinin medikal turizmde tecrübesinin kısıtlı olduğu belirtilmektedir. Hastanelerin altyapısının eski ve yetersiz olması, özellikle medikal turizm hastalarına özel bir servis ve polikliniklerinin olmaması, tanıtım faaliyetleri ve acentelerle çalışma konusunda hareket kabiliyetlerinin azlığı, yasal olarak yapılabilecek şeylerin bile henüz yapılamaması sıralanan başlıca kısıtlılıklardır (DÜH).

Devlet kurumlarının başka bir eksiği olarak hekim dışı personel yetersizliği ön plana çıkmaktadır (VÜH).

Fiyatlandırmada devlet hastanelerinin değişen şartlara göre esnekliğinin düşük olması da kısıtlılık olarak görülmektedir. Devlet üniversitesinde yönetici olan katılımcı durumu şu şekilde tarif etmiştir:

“Devlette biraz fark oluyor hep Sayıştay denetimine tabiyiz. Şimdi biz fiyat listemizi belirliyoruz ve herkese aynı fiyatı uyguluyoruz. Yani bir hastada şu kadar öbürüne bu kadar deme şansımız yok. Yani fiyat değiştirme şansımız yok. Çünkü birine indirim yapsanız bu sefer diyecek ki 'Buna neye göre indirim yaptın? Tanıdığın mıydı? Aradaki farkı sen mi aldın?' falan denilmemesi açısından fiyatlarımızı biz her bir işlem açısından belirliyoruz. (...) Ama bunların revizyonları altı ayda bir ya da yılda bir yapabiliyoruz. Fiyat değiştikçe dolar arttıkça şeyler arttıkça bu değişiklikleri yapıyoruz. Yani bu konularda biraz daha yavaşız mecburen yavaşız. Özel hastanenin şeyi hızlı kararları burada olmuyor. Böyle şeylerimiz var bizim de kendimizce.” (DÜH)

Sağlık dışı paydaşların yetersizliği

Otellere hasta kabul etmede, ağırlamada ve hasta transferinde yetersizlikler söz konusudur (ÖH3).

İstanbul dışındaki şehirlere yurtdışından doğrudan uçuşların çok az olması (DÜH), turistik imkanların görece az olması, halkın ve otellerin yabancı turiste alışık olmaması (ÖH2) gibi sebepler İstanbul dışındaki şehirlerde (Ör. Ankara) medikal turizmi kısıtlamaktadır.

3.1.3. Fırsatlar

Fiyat avantajı

Sağlık hizmetlerinin fiyatı en çok söz edilen fırsattır. Fiyatların özellikle Avrupalı, Amerikalı ve Kanadalı hastalar için cazip olduğu ifade edilmektedir (DÜH, ÖH1, ÖADSM, ÖH3, ÖH6).

Bir katılımcı fiyat avantajını şu şekilde özetlemiştir:

“Avrupa ülkelerinin pahalılık sebebiyle sağlık hizmeti satın alma ihtiyacı var. İşte diğer ülkeler de imkansızlıklar sebebiyle, sağlık hizmetine ulaşmayı amaçlıyorlar. Onların da daha ziyade daha zengin olanları veya imkânı biraz daha iyi olanları Türkiye'ye veya sağlık turizmi amacıyla başka ülkelere gitme eğilimi taşıyorlar.” (ÖADSM)

Coğrafi konum

Coğrafi konum avantajı sık söz edilen bir konudur (ÖH5, ÖH3). Bu fırsat iki boyutuyla ele alınmaktadır: Türkiye'nin sağlık hizmetlerinde çevresindeki ülkelere daha iyi olması (DÜH, ÖH1, ÖH4, ÖH6) ve büyük bir nüfus için kısa uçuş mesafesinde bulunmasıdır (ÖADSM, ÖH6).

“Dünyanın pek çok gelişmekte olan ülkesinin göbeğindeyiz. Dolayısıyla bu coğrafyada herhangi bir konuda biraz öne çıkınca diğerlerinden hasta alabiliyorsunuz.” (ÖH4)

Turistik imkanların çok olması da bir fırsat olarak görülmektedir. (ÖH6)

Diğer ülkelerdeki randevu bekleme süreleri

İngiltere (ÖADSP, ÖH1), Fransa (ÖH1) gibi bazı Avrupa ülkelerinde hastaların çeşitli hizmetler için bekleme sürelerinin uzun olması fırsat olarak görülmektedir (ÖH6).

Bekleme sürelerinin uzunluğu nedeniyle vatandaşlarının medikal turizm harcamalarını karşılamakta olan İngiltere daha önce bu uygulamayı Avrupa Birliği üyesi ülkelerle sınırlamakta iken Brexit sonrası anlaşmaları yenilemektedir. İkili ilişkiler kapsamında bu alanda İngiltere ile anlaşma yapılarak Brexit bir fırsata dönüştürülebilir (ÖH1).

Türkiye'ye dair algı

Pandemi sürecinde Türkiye'nin sağlık sisteminde tedavi kapasitesi yönünden sorun yaşanmadığı ve bunun Türkiye ile ilgili olumlu algıyı desteklediği ifade edilmekte ve bu durumun pandemi sonrasında sağlık turizmine olumlu yansıtacağı düşünülmektedir. (ÖADSM) Özellikle Türkiye'nin çevresindeki ülkelerin nezdinde, Avrupa ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri'nin pandemi sürecindeki yetersizliklerin prestij kaybına yol açacağını ve Türkiye lehine bir algıyı destekleyeceği tahmin edilmektedir (ÖH4).

Sağlık turizmine ilgi

Birçok katılımcı mevcut durumda devlet otoritesinin sağlık turizmine ilgisinden (DÜH), 11. Kalkınma Planı'nda yer almasından ve teşviklerden (ÖADSM) memnuniyetini ifade etmiştir. Medikal turizmin Türkiye'de yalnızca sağlık değil dolaylı olarak etkilediği her sektörün ilgisini çeken bir alan haline geldiği belirtilmektedir. (ÖH5)

Gelişmiş havayolları ağı

Türk Hava Yolları'nın geniş bir coğrafyaya uçuşlar gerçekleştirmesinin önemli bir fırsat olduğu vurgulanmaktadır. (ÖH5, ÖADSM)

İletişim teknolojileri

Yeni iletişim teknolojilerinin kurumlara yeni pazarlara ulaşmak, hiç gitmedikleri ülkelerden bile hasta getirmek, mevcut pazarlardaki hastaları daha kolay ikna etmek gibi imkanlar sağlayabileceği belirtilmekte (ÖH4), ancak, aynı şekilde rakip ülkelerin de Türkiye'ye gelebilecek hastaları kendilerine yönlendirebileceğine dikkat çekilmektedir (ÖH4).

3.1.4. Tehditler

Kar odaklı yaklaşım ve ülke içindeki rekabet

Devlet üniversitesi hastanesinde yönetici olan bir katılımcı, medikal turizm konusunda son zamanlarda insanların kar odaklı bir yaklaşım gösterdiklerinden yakınmaktadır:

“Son zamanlarda sağlık turizmi denildiği zaman hani biraz gözlerde dolar işareti görülmeye başlandı. Yani bu bence rahatsız edici buralara çok kaymamak lazım yani bizim temeldeki primer şeyimiz katkı olmalı diye düşünüyorum yani insanlara, hastalara sağlık sorunlarını çözmek konusunda onlara faydalı olabilmeyi ilk hedef haline koymalıyız. Eee para da olacak tabi ama o sonraki aşama diye düşünüyorum.” (DÜH)

Katılımcılar rekabetin “fiyat savaşına” dönüşüp Türkiye'nin medikal turizm gelirini düşürdüğünü ifade etmektedir.

“Bir hastaya önce iki yüz bin dolar (fiyat) teklif(i) veriliyor, Iraklı bir hastaya... Arkasından bir başka rakip hastane yüz yirmi bin dolar (...) Daha sonra diğer bir hastane devreye giriyor, seksen bin dolar veriyor. Hasta sonunda, Iraklı hasta bana 'Burası nasıl bir ülke? Bu işin bir fiyatı yok mu?' aradı dedi 'Bakın bin, on bin, yirmi bin dolar oynamadı, yüz yirmi bin dolar oynadı!' dedi ya (...) 'Ben burada bu işi yaptırmıyorum!' dedi ve gitti. Günün sonunda kim kaybetti? Türkiye kaybetti. Çünkü kimse hastane adını hatırlamıyor.” (ÖH2)

Bazı katılımcılar bu durumun yaşanmaması için devletin “taban fiyat” belirlemesini önermektedir (ÖH4, ÖH6). Ortak kanaat bunun Türkiye'nin geneli için bir tehdit olduğu yönündedir. Bir katılımcı sektör adına şöyle bir özeleştiri getirmiştir:

“Aramızdaki o rekabet sebebiyle hepimiz kazanma(yı), yani daha çok bireyselliği ön plana alınca bu arada ülkenin genelini unutmuş oluyoruz. Bunun olmaması gerektiğini düşünüyorum.” (ÖH6)

Bir özel hastane yöneticisi de Türkiye'deki sağlık kurumlarının birlikte hareket edemediğini belirterek pazarın sınırlı olmadığını ve pazarı birlikte büyütmek gerektiğini vurgulamıştır (ÖH2).

Katılımcılar, rekabetin ülke içinde değil, diğer ülkelerle olması gerektiği üzerinde durmaktadır (ÖH4, ÖH6).

Muhtemel tıbbi hatalar (malpraktisler)

Tıbbi hataları olmaması için önleyici çalışmalar yapılması, olduğunda da iyi yönetilmesi gerekmektedir. Katılımcılar her ne kadar şimdiye kadar bu konuda ciddi bir sorun yaşamadıklarını ifade etmişlerse de muhtemel tıbbi hatalardan tedirgin oldukları görülmüştür. Yalnızca kendi kurumlarında değil diğer kurumlarda yaşanacak tıbbi hatalar ve bunların yönetilmesindeki belirsizlikler endişe vericidir. Birçok katılımcı birkaç kötü örneğin bile medikal turizmle ilgili Türkiye'ye ilişkin algıya ciddi şekilde zarar verebileceğinden söz etmiştir (DÜH, ÖH4). Obezite cerrahisi için Türkiye'ye gelip hayatını kaybeden bir İngiliz turist ile ilgili haberin internette durduğu ve hala etkili olduğu aktarılmıştır (ÖH1).

*“Yani ‘Türkiye’de hastaları öldürüyorlarmış’ gibi bir şey hepimizden götürür. Sadece birinden götürmez. Çünkü insanlar olaya *** Hastanesi diye bakmıyor, ‘Türkiye’ye tedaviye gittim’ diye bakıyor çoğu zaman. Bu böyle olduğu sürece çok daha dikkatli olmamız gerekiyor.” (ÖH4)*

Şehir hastaneleri

Bir katılımcı altyapı açısından çok iyi olmalarına rağmen şehir hastanelerinin karşılama, otelcilik, uğurlama gibi hizmetler konusunda yetersiz kalacağını düşündüğünü ifade etmiştir:

“Şimdi tabii şehir hastaneleri var çok güzel yapılmış efendim dizayn edilmiş gerçekten kaliteli hizmet veren şehir hastanelerimiz var. Devlet hastanelerin birçoğu beş yıldızlı hizmet veriyor yani. Fakat şunu yapabilecekleri kanaati bende yok: yani işte otelcilik hizmeti tarzında hizmetler... İyi organize olurlarsa verebilirler mi, bilmiyorum. Ama şu ana kadar... Düşünün siz yurt dışından bir hasta geldi, bir şehir hastanesine yönlendirildi iyi hizmet verilemezse o hastayı tamamen kaybediyorsunuz ama özel sektör bunu başarıyor. (...)” (ÖADSM)

Başka bir katılımcı da benzer şekilde şehir hastanelerinin medikal turistlere yaklaşımının ve hasta getirme yönteminin nasıl olacağını merakla izlediğini ve burada potansiyel bir tehdit gördüğünü belirtmiştir. (ÖH4)

Geç kalmak ve inovasyon

Türkiye'nin çevre ülkelere göre avantajlarının yarattığı fırsatlar bulunmakla birlikte, diğer ülkelerde sağlık altyapı ve imkanlarının gelişmesi sektör açısından bir tehdit olarak görülmektedir.

“10 sene sonra dünyanın en uzak coğrafyasında bile olağanüstü güzel hastane yatırımları yapılacak. Dolayısıyla elimizi çabuk tutmalıyız.” (ÖH1)

Başka bir özel hastane yöneticisi aynı sorunu bir “inovasyon” problemi olarak ele almıştır:

“Yani kendimizi yeterince geliştiriyor muyuz, çok emin değilim. Yarın öbür gün... Bize hasta gönderen ülkeler onlar kendilerini geliştiriyorlar sürekli. Bizim sürekli üstüne koyup yani sürekli onlardan bir adım önde durmayı zorlamamız lazım. Bu yatırım gerektiriyor. (...). Şu anda geçmiş dönemde yapılanların meyvelerini topluyoruz ama ileride nasıl olacak soru işareti benim açımdan. Çünkü bu işin bir ömrü var yani.” (ÖH4)

Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içinde sağlığın payı

Bir katılımcı Türkiye'nin Gayri Safi Yurtiçi Hasılası'nın yalnızca %4,1'ini sağlığa ayırarak kaliteyi ve dolayısıyla hasta memnuniyetini sürdürmeyeceğini, mevcut başarının sağlık çalışanlarının fedakarlığının eseri olduğunu, fakat bunun bu şekilde devam edemeyeceğini belirtmiştir (ÖH1).

“Türkiye'nin sağlık turizminde önünü kesecek en önemli husus bu aslında. Şu çok net, 4,1'i arttırmalıyız, eğer Türkiye'de bu hasta memnuniyetini bu kaliteyi devam ettirmek istiyor isek. Çünkü gerçekçi bir rakam değil. (...) Almanya'yı (ele) alalım işte o zaman için 88 milyon nüfuslu onların da %78 idi hasta memnuniyeti fakat onlar o memnuniyeti sağlamak için 2017'de harcadığı rakam 420 milyar dolar bizim harcadığımız rakam 34 milyar dolar. Sistem(imiz) tamamen hekimlerin ve sağlık çalışanlarının fedakarlıkları ve çok çalışmasının sırtına binmiş durumda.” (ÖH1)

Rakip ülkeler

Avrupa'dan gelenlerden farklı olarak Ortadoğu ülkelerinden gelen hastaların Hindistan ve Güney Kore'yle kıyasladığında fiyatları yüksek buldukları belirtilmektedir (VÜH, ÖH6).

Sorunların itibara zarar vermesi

Bir sonraki bölümde ayrıntılı bir şekilde ele alınacak sorunların ülkenin itibarına zarar vermesi de ayrı bir tehdit olarak değerlendirilmektedir.

3.2. Sorunlar

3.2.1. Yönetmel Sorunlar

Ulusal düzeyde koordinasyon eksikliği sıklıkla dile getirilen bir sorundur. Kurumlar açısından, Sağlık Bakanlığı'ndaki yönetici ve çalışanların çok sık değişmesi önemli bir sorun olup, mevzuatın sık değişmesi, prosedürlerin karışık olması ve uzun sürmesi de hizmetlerin sürdürülebilirliğini zorlaştıran faktörler olarak görülmektedir (DÜH, VÜH).

Sık dile getirilen başka bir yönetmel sorun da yetkisiz olarak medikal turizm yapan veya kurallara uymayan kurumlara yönelik denetim ve yaptırım eksikliğidir (DÜH, ÖADSM).

3.2.2. Finansal Sorunlar

Türkiye'ye gelen medikal turizm hastaları içerisinde sigortalarıyla hizmet alanların payı düşüktür (ÖH5, ÖH1). Yurtdışında da birçok sigorta şirketi tarafından kapsamadığı için ağız ve diş sağlığı tedavileri içinde bu pay daha da düşüktür (ÖADSM).

Alacağın tahsil edilememesi sorunu ile sık karşılaşılmaktadır (ÖADSM). Bu sorun özellikle küçük ve orta ölçekli kurumlar için ciddi sonuçlar doğurabildiğinden, bunlar için bir çeşit sigorta sisteminin faydalı olabileceği ifade edilmektedir (ÖH5). Ödemenin yapılmaması hastadan kaynaklanabileceği gibi (ÖADSM), eğer anlaşmalar yoluyla gelmişse, geldiği ülkenin sağlık bakanlığı faturadaki bazı kalemlerde kesintiye gidebilmektedir (ÖH4).

Yine medikal turizm kapsamında bir özel hastanede tedavisi başlayan fakat tedavi sürecinde artan masrafları karşılayamaması nedeniyle devlet hastanelerine yönlendirilen hastalar olmaktadır (DÜH). Azerbaycan'dan medikal turizm kapsamında gelenler hastalar tedavi sürecinde masraflar artınca Türk soylu olduğuna dair belge sunarak Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) kapsamında (daha düşük fiyatlar üzerinden) hizmet almaya başlamaktadır. Bu durum, hem hastanenin planlamasında sorunlara yol

açmakta, hem de kapsam değişmesine rağmen aynı ilgiyi bekleyen hastaların memnuniyetini etkilemektedir (DÜH).

3.2.3. Anlaşmalarla İlgili Sorunlar

Kurumlar kendileri doğrudan diğer ülkelerdeki devlet kurumları ve sigorta şirketleri ile anlaşmalar yapabilmektedir. Bunun dışında ülkelerin hükümetleri arasındaki anlaşmalar üzerinden gelen hastalar da söz konusudur. Ülkeler arası anlaşmaların koordine edilmesi ve gelecek hastaların adil bir şekilde dağıtılması kurumların açık bir beklentisidir (VÜH).

Bazı ülkelerle yapılan anlaşmalarda fiyatlandırma önemli bir sorun olarak durmaktadır. Katılımcılar müttekabiliyet anlaşması olan 30 kadar ülke ile yapılan ve yapılacak medikal turizm anlaşmalarının Türkiye'nin aleyhine bir durum yarattığını ve yaratacağını örneklerle açıklamıştır (ÖH1, ÖH2). Almanya'ya çalışmaya giden Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının döndüklerinde mağdur olmaması için iyi niyetlerle konulan bazı avantajlardan Alman vatandaşlarının istifade ettiği ve bu ilişkide Türkiye'nin dezavantajlı olduğu ifade edilmektedir (ÖH2, ÖH1). Katılımcılara göre bu anlaşmaların sağlık boyutu medikal turizm göz önünde bulundurularak yeniden düzenlenmelidir.

“Almanya'dan bir hasta geliyor Türkiye'de SUT (Sağlık Uygulama Tebliği) fiyatlarından hizmet alıyor ve buna göre Almanya devleti ödeme yapıyor. Benim Türk vatandaşım Almanya'ya gidiyor hem Euro ile hem de Alman sistemi içerisinde fiyatlar ile ödeniyor. Dolayısıyla on tane nerdeyse on beş tane hastaya karşı bir tane hasta denk geliyor.” (ÖH2)

3.2.4. Hukuki ve Etik Sorunlar

Bu başlık altında Türkiye'nin itibarını etkileyebilecek bazı kötü uygulamalara işaret edilmiştir.

Bir katılımcı bazı kurumların kendi yapmadıkları hatta yapmaya ruhsatlı olmadıkları hizmetler için yurtdışından hasta getirip, işlemleri başka hastaneye havale ettiklerini aktarmıştır (ÖH2). Bazı kurumlar ise hastaya işlem için baz fiyatları teklif olarak verip tedavi sürecinde fiyatları arttırmaktadır (ÖH2).

Ülkeye gelme aşamasında hastalar yurtiçindeki ve yurtdışındaki simsarlar tarafından mağdur edilebilmektedir (DÜH, ÖH3). Bazı kurumlar aracı şirketlerin kötü uygulamalarından yakınmaktadır. Birçok şirket bu alandaki ticari potansiyeli gördüklerinden, yetkin olmamalarına rağmen bu alanda faaliyet yürütmektedir. Devlet tarafından yakın zamanda bazı belgeler istenmeye başlanmışsa da aracı şirketlerin ehliyetinin iyi değerlendirilmemesi, yetersiz denetim ve yaptırımlar ülkenin imajı için bir tehdit oluşturmaktadır (VÜH).

Medikal turizm gerekçesi, ülkeye giriş vizesi almak için, özellikle bazı ülkelerden (Ör. Somali, Afganistan) insan kaçakçılığı için kullanılabilir (DÜH, VÜH, ÖH4). Başka bir katılımcı ise tersine bu ülkelerden hasta getirirken vize süreçlerinde çok zorlandıklarından yakınmıştır (ÖH2).

Medikal turistin ülkesinden çıkıp tekrar dönene kadarki tüm sürecin iyi planlanması gerektiği anlaşılmaktadır.

Bir özel hastane yöneticisi Türkiye'deki kurumların normalde birbirlerine karşı karalama yapmayacaklarını, ancak, yurtdışında onlar adına çalışan aracı şirketlerin pazarlama faaliyetlerinde diğer kurumlar aleyhine konuştuğunu aktarmıştır (ÖH4).

Bilgilendirilmiş onam formlarının kullanımı konusunda zorluk yaşandığı anlaşılmaktadır. Yapılmakta olan çok sayıda işlemin her biri için ayrı bir onam formu gerekip gerekmediği konusundaki belirsizlikten ve bunların hazırlanmasındaki zorluktan yakınılmaktadır. Çözüm olarak,

çok sayıda dil ve farklı durumlar için hazırlanmış onam formu şablonlarının bulunduğu ortak bir havuz kurulması önerilmektedir (DÜH).

Organ nakli hastalarının iki haftada bir olan etik kurul onayları için beklemek zorunda kalmaları bir sorun olarak görülmektedir. Belgelerde bir eksik olması halinde bir sonraki etik kurul toplantısına kalan hastaların Türkiye'deki prosedürler sebebiyle bir ay bekledikleri belirtilmektedir (ÖH2).

Katılımcıların şimdiye kadar önemli bir tıbbi hata olayı yaşamadıkları (ÖH5, ÖH2, ÖH4), ancak, muhtemel olaylar için malpraktis ve komplikasyon sigortalarının önemli olduğu vurgulanmıştır (ÖH2, ÖH6). Bir katılımcı bazı Avrupalı hastalara, hekimlerinin sigortalı olduğunu söylediklerinde dahi Türk sigortalarına güven duyulmaması sorunundan bahsetmiştir (ÖH2). Bazı katılımcılar medikal turizm için devletin güvence vermesinin gerektiğini düşünmektedir (ÖH2, ÖH4).

3.2.5. Medikal Turistin Deneyimi

Bazı medikal turistler vize almakta zorlanmakta veya hiç alamamaktadır. Özellikle Türkiye'nin büyükelçiliği olmayan ülkelerden gelmek isteyen hastaların vize süreçleri zor olmaktadır. Diğer taraftan tedavi süreci uzun olacak hasta, refakatçisi ve diğer yakınlarının vize süresi dolduğunda kalış sürelerini uzatmak için Göç İdaresi'nde çok fazla evrak işi olmaktadır (ÖH2, ÖH5).

Vize sorunlarıyla ilgili süreçlerin iyileştirilmesi ve standardize edilmesi gerektiği anlaşılmaktadır.

Başka bir katılımcı kolluk kuvvetlerinin medikal turistlerin deneyimini olumsuz etkilediğini şu şekilde ifade etmiştir:

"Hasta ülkenin içine girdiği andan itibaren havalimanından hastaneye gidinceye kadar bizleri 3-4 farklı kolluk kuvveti durduruyor. Jandarma bölgesinde jandarma durduruyor. Efendime söyleyeyim polis bölgesine polis durduruyor. Karayolları durduruyor. Jandarma silahlarıyla birlikte minibüsün içine biniyor. Şimdi burada her şey tamam olduğu halde 'Bu yabancılar kim? Nereye geliyor?'... Bu tarz şeyler ülke imajımızı hep aşağı çeken şeyler." (ÖH5)

Medikal turistin deneyimini iyileştirmek için dikkat edilmesi gereken alanları bir katılımcı aşağıdaki şekilde sıralamıştır:

"Türkiye'ye geldiğinden, havalimanından itibaren hastanın tedavi süreçleri artı tedaviden sonra havalimanına kadar, gidinceye kadar sizin sorumluluğunuzda oluyor bu iş. O hizmetlerin hepsini uygun bir şekilde vermek zorundasınız. Hatta hasta hastanede kalmıyorsa bile ona konaklama imkanları sağlamak zorundasınız, hastane dışında da. (...) İşte bu işin tercüman ayağı var, yani onun dışında işte bir takım acente ayağı var, acenteler aracılığıyla gelebiliyor. Onun dışında işte hastane içerisinde sunduğunuz otelcilik hizmetlerinden yemeğinden, yemeğin kalitesinden, onun damak tadına uygun olup olmamasından tutunuz da, yani işte hastane içinde sunduğunuz hizmete kadar... yani bunların hepsi çok etkiliyor, çok önemli şeyler. Dolayısıyla bunlarda iyi durumda olmanız lazım, hasta memnuniyetini sağlamanız lazım ki bu işin devamlılığı olabilsin." (ÖH6)

Hastanın deneyiminde beklentileri, beklentilerinin şekillenmesinde de içinden geldikleri kültür etkili olmaktadır. Bir katılımcı kültürler arasında beklentilerin farkını şu şekilde örneklendirmiştir:

"Avrupa'dan bir hasta kabul ediyorsanız, ilk soracağı soru 'Başıma bir şey geldiği zaman hangi mahkemede beni nasıl, kim temsil edecek?' oluyor. Ama Orta Doğu ya da diğer, daha doğu tarafından hasta kabul ediyorsanız o 'Nasıl bir otelde kalacağım? Kalacağım otel 5 yıldızlı mı? İşte bana hastane nasıl yemek sağlayacak?'... Tamamen aslında kültürler arası değişiklik. Bunları iyi analize etmek lazım." (ÖH6)

Medikal turizmde ağızdan ağıza pazarlama önemli bir pazarlama yöntemidir, bu nedenle medikal turistin deneyimi gelecekteki hastalar için önemlidir. Bir katılımcı bu durumu şöyle özetlemiştir:

*“Ben şimdi size şey desem ‘ya bu telefon çok iyi bir telefon değil, pili bitiyor’ falan desem siz yine de o markayı kullanabilirsiniz. Ama ben desem ki ‘*** çok kötü bir hastane benim enişteme şöyle yaptılar, böyle yaptılar, kolu morardı işte bir iğne yaparken...’. O zaman kapısından bile geçmezsiniz.” (ÖH4)*

Bir katılımcı Türkiye’de diğer sektörlerde (kuyum, halı, deri gibi) kandırılan turistlerin sağlık için Türkiye’ye güvenemeyeceğini belirtmiştir. (ÖH1)

3.3. Hedef Belirleme

Ulusal hedefler belirlenirken faydalı olabileceği düşünülerek, katılımcıların ülkeler ve hizmetler konusundaki görüşleri bu başlık altında derlenmiştir.

3.3.1. Hedef Ülkeler

Çoğu katılımcı halihazırda medikal turistlerin çoğunun geldiği ülkelerden memnun olmakla birlikte, harcama gücü daha yüksek olan İngiltere, Batı Avrupa ve Amerika Birleşik Devlet’lerine odaklanmak gerektiğini vurgulamıştır (VÜH, ÖH1, ÖH4, ÖH2, ÖADSM, ÖADSP). Bir katılımcı bu ülkelerden gelen hastaları “daha nitelikli hastalar” olarak adlandırmıştır (VÜH). Bu ülkelerden gelen hastalar kendi ülkeleriyle kıyaslayarak (ÖH4), aynı veya daha yüksek kalitede hizmeti daha düşük fiyat ve bekleme süresiyle almaktan memnun ve ödemeye isteklidirler (ÖADSP).

Görüşmelerde farklı yönleriyle hedef ülke olarak değerlendirilen ülkeler **Hata! Başvuru kaynağı bulunamadı.**’de gösterilmiştir.

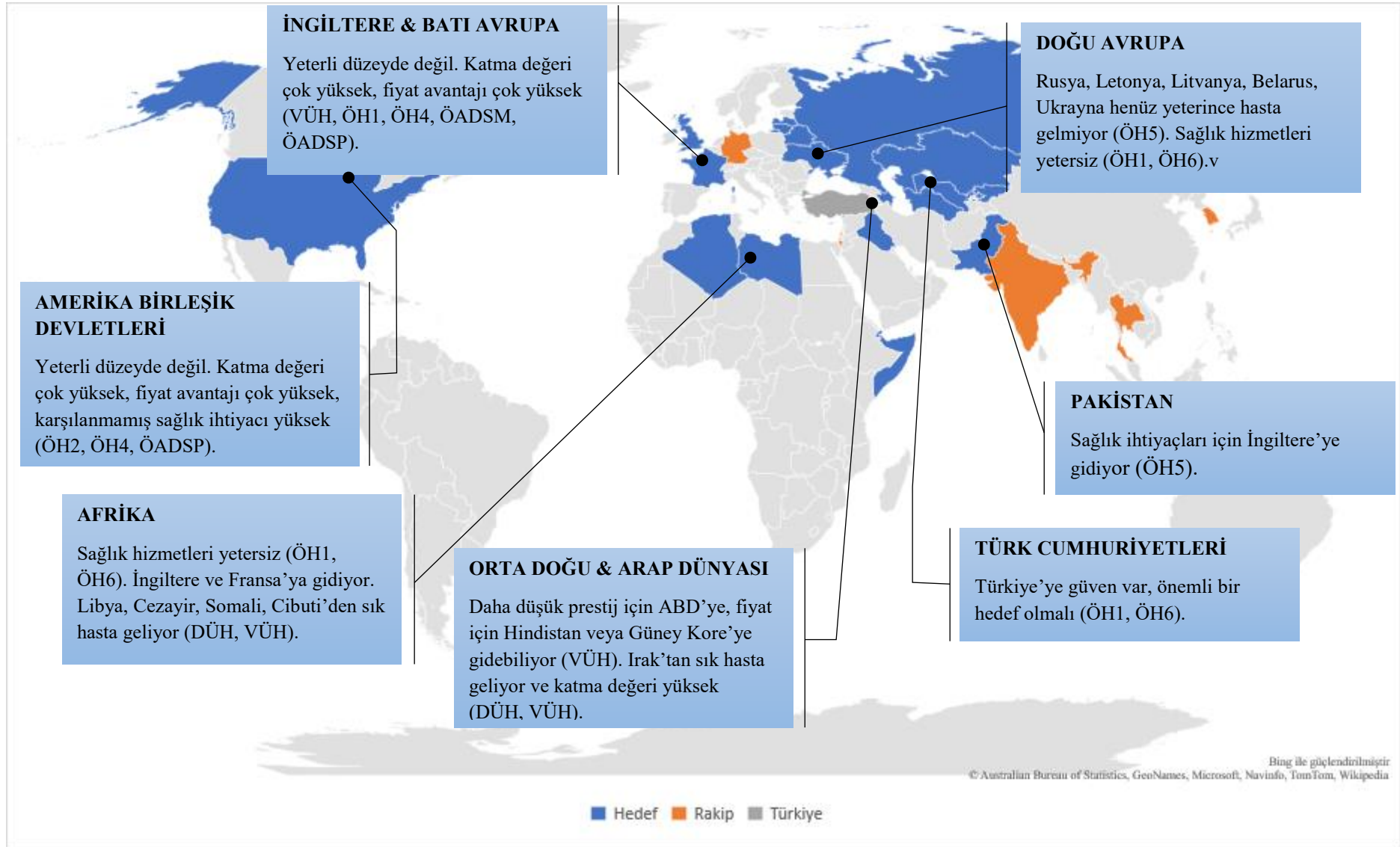
Genel bir yaklaşım olarak, çevre ülkelerden sağlık hizmetlerinin (altyapı, teknoloji gibi farklı yönleriyle) yetersiz olduğu ülkeler hedef olarak belirlenmesi önerilmektedir (ÖH1, ÖH6). Doğu Avrupa ülkeleri, Türk Cumhuriyetleri ve Afrika ülkeleri bu kapsamda sayılan ülkelerdir (ÖH1).

Bir katılımcı düşük gelirli ülkelerin de medikal turizm için hedef olabileceğini şu şekilde açıklamıştır:

“Afrika, mesela, genelde fakir ülkeler diye biliyoruz ama, zenginleri de var. Bunlar, yani mesela %10-15 nüfusu zengin, hem de iyi zengindirler. Ve bunların hepsi kendi ülkelerinde tedavi imkanları bulamıyor ve hep yurtdışına tedavi olmak için gidiyorlar. (...) %80-90’ı fakirse de %10’u da iyi zengin. Oralarda sosyal dengesizlikler çok daha fazla, zengini çok zengin, fakiri de çok fakir. Ya onun için biz buralarda, özellikle Afrika’da mesela, çok ciddi tanıtımlar yapabiliriz.” (ÖH6)

Başka bir katılımcıya göre yine de etkili bir tanıtım için Batı Avrupa ve Amerika’ya odaklanmak lazımdır, zira diğer bölgelerde (Örn. Özbekistan) çok iyi bir tanıtım yapılsa dahi o bölge ile sınırlı kalacaktır (ÖH5).

Şekil 2. Medikal Turizmde Türkiye'ye Göre Hedef ve Rakip Ülkeler



3.3.2. Diaspora (Medikal) Turizmi

Yurtdışında yaşayan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ilk zamanlarda medikal turizmde önemli bir paya sahipken, vatandaşlara uygulanan fiyatlar üzerinden hizmet aldıkları için katma değeri çok yüksek olmayıp medikal turizm açısından hedef grup olarak değerlendirilmemektedir (ÖH1, ÖADSM). Bununla birlikte birçok hekimin ilk medikal turizm hastalarının “gurbetçiler”den olduğu, sonrasında onlardan duyan Almanlar ve Hollandalıların da geldiği belirtilerek yurtdışında yaşayan Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının tanıtımdaki rolüne dikkat çekilmiştir (ÖH4).

3.3.3. Rakip Ülkeler

Ortadoğu ülkeleri sağlık ihtiyaçları için, prestiji gözeterek Amerika Birleşik Devletleri’ne veya düşük fiyatları gözeterek Hindistan ve Güney Kore’ye gidebilmektedir (VÜH). Avrupa ülkeleri ve körfez ülkeleri açısından bir diğer rakip ise Almanya’dır (ÖH5, ÖH4). Afrika ülkeleri, geçmişten gelen irtibatları nedeniyle İngiltere ve Fransa’yı tercih etmektedir (ÖH5). Benzer şekilde Pakistan da İngiltere’yi tercih etmektedir (ÖH5). Bazı Afrika ülkelerindeki hastalar yine düşük fiyatlar nedeniyle Hindistan, Güney Kore, Singapur ve Tayland’a gitmektedir (ÖH4, ÖH6). İsrail (ÖH5, ÖH4) de çeşitli hizmetler için rakip olarak değerlendirilmektedir.

Görüşmelerde belirtilen bu rakip ülkeler Şekil 2’deki harita üzerinde gösterilmiştir.

Bu ülkeler için Türkiye’nin hizmet kalitesi ve mesafe gibi avantajları söz konusudur (ÖH6). Bir katılımcı fiyatlar nedeniyle rekabet etmekte güçlük çektikleri Hindistan gibi ülkelerle rekabette şehir hastanelerinin bir boşluğu doldurabileceğini belirtmiştir (ÖH4). Bir başkası medikal turizmde başarılı olan Singapur, Güney Kore ve Hindistan’ın stratejilerinden incelenip dersler çıkarılabileceğine dikkat çekmiştir (ÖH3).

3.3.4. Hizmetler

Hemen tüm katılımcılar zihinlerinde medikal turizm kapsamında verilen tıbbi hizmetleri iki ana gruba ayırmakta ve bu iki grup için ayrı stratejiler gerektiğini düşünmektedir. Sınırları çok net olmayan bu gruplar araştırmacılar tarafından “basit” ve “karmaşık” olarak adlandırılmış, katılımcıların kullandığı tanımlayıcı ifadeler de beraberinde verilmiştir.

Ayrıca, kurumların yoğunlaştığı hizmetlerin çok çeşitli ve birbirlerinden farklı olması da dikkat çekmiştir.

Basit hizmetler

Bu hizmetlerin en sık bahsedilen örnekleri saç ekimi ve plastik cerrahidir. Katılımcılar bu hizmetleri “kozmetik” (ÖH5), “hafif” (ÖH5), “ufak tefek” (VÜH), kelimeleriyle tarif edilmiştir. Ortak özelliği isteğe bağlı sağlık ihtiyacına (veya talep) karşılık sunulan hizmetler olmalarıdır.

Bu hizmetlerin ortopedi, beyin ve sinir cerrahisi hizmetleri gibi karmaşık hizmetlere kıyasla daha az malzeme ve uzmanlık gerektirmesi nedeniyle karlı oldukları vurgulanmaktadır (ÖH5, VÜH). Talebin ve memnuniyetin de yüksek olması nedeniyle birçok kurum tarafından sunulmaktadır. Hastalar açısından bakıldığında Avrupa’dan gelen medikal turizm hastalarının çoğunlukla sosyal güvenliğin kapsamadığı hizmetler için geliyor olması (ÖH1) bu hizmetlerin tüm hizmetler içerisindeki payını artırmış olabilir. Fakat katılımcıların uzun vadede kurumları adına karmaşık hizmetlere yönelmeyi istedikleri görülmüştür. Bu yönelimde söz konusu hizmetlerin daha düşük prestijli olmasının da etkisi olabilir.

Bir katılımcı bu hizmetlere dair düşüncelerini şu şekilde ifade etmiştir:

“Yani günün sonunda biz saç eken bir ülke olup çıkabiliriz. Bu doğru olmaz. O zaman insanlar yine Amerika’ya kalp ameliyatına, Almanya’ya kemik iliğine, onkoloji tedavisine gider. Gelir saçını bizde ektirir. Bu istediğimiz bir şey mi? Bence değil. Dolayısıyla bunları belki ayırmak lazım.” (ÖH5)

Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde ise malzeme faktörü olmasına rağmen, toplu yapılan işlemler olduğu için “protetik ve estetik tedaviler”in katma değeri daha yüksek görülmekte ve sunulan hizmetlerin büyük kısmını (tahminen %80) oluşturmaktadır (ÖADSM).

Karmaşık hizmetler

Bu grubun en sık bahsedilen örnekleri onkoloji, kemik iliği ve organ nakilleri, ortopedi, kalp ve beyin cerrahisidir. Katılımcılar bu hizmetleri “ağır” (ÖH5), “özellikli” (ÖH6), “ciddi” (DÜH) sözcükleriyle ifade etmektedir. Ortak özellikleri hayati sağlık ihtiyaçlarına karşılık sunulan hizmetler olmalarıdır.

Bu hizmetlerde vakanın ağırlığına göre ücretler çok artmaktadır, fakat kar marjları düşüktür (ÖH5).

Üniversite hastanesinde yönetici olan bir katılımcı bu hizmetlerin içinde çok daha karmaşık olan, ileri teşhis ve tedavi, çok disiplinli değerlendirme gerektiren hizmetlerin özel hastaneler tarafından yapılamayacağını, üniversite hastanelerinin medikal turizme tam da bu noktada katkı sunabileceğini ifade etmiştir (DÜH).

3.4. Beklenti ve Öneriler

3.4.1. Devletin Yapması Gerekenler

Katılımcıların devlet kurumları tarafından yapılmasını bekledikleri ve önerdikleri hususlar Tablo 2’deki başlıklarda toplanmaktadır.

Tablo 2. Medikal Turizm Alanında Hizmet Sunan Kurumların Devletten Beklentileri

Devletten Beklentiler	Ulusal medikal turizm politikası hazırlamak
	Yasal eksiklikleri tamamlamak
	Bürokrasiyi azaltmak
	Tanıtım faaliyetleri yürütmek
	Hastalara güvence vermek
	Kapsamlı uluslararası anlaşmalar yapmak
	Hastaları kurumlara adilce paylaşmak
	Kurumların kalitesini sorgulamak
	Fiyat politikası belirlemek
	Medikal turistin deneyimin iyileştirmek
	Sektöre yön göstermek ve teşvik etmek
	Denetlemek ve yaptırım uygulamak
	Eğitim zeminleri oluşturmak
	Sektörle sürekli iletişim halinde olmak

Medikal turizmle ilgili devlet politikası oluşturulması (ÖH), devletin tüm kurumlarının, özellikle Türkiye İşbirliği ve Koordinasyon Ajansı, Yurtdışı Türkler ve Akraba Topluluklar gibi uluslararası alanda faaliyet gösteren kuruluşların aynı politika doğrultusunda hareket etmesi önerilmektedir (ÖH2).

Yasa ve yönetmeliklerdeki eksiklerin giderilmesi (DÜH, ÖH5, ÖADSP), sık değiştirilmemesi (VÜH), malpraktis başta olmak üzere medikal turistlerin yaşayacağı muhtemel sorunları düzenleyen mevzuatın netleştirilmesinin gerekliliği (DÜH), komplikasyon sigortası devreye sokulma ihtiyacı vurgulanmıştır (ÖH2). Medikal turizm alanındaki: yabancıların çalışma izinleri (ÖH5), teşviklere başvuru (VÜH), sağlık turizmi portalına kayıt (DÜH, VÜH) gibi prosedürlerin kolaylaştırılması gerekmektedir.

Tanıtım faaliyetleri, katılımcıların en önemli beklentilerinden biridir (ÖADSM, ÖH6). Çatı bir marka oluşturma (DÜH), doğrudan yurtdışında yaşayan insanlara yönelik tanıtımlar yapma ve fuarlar düzenleme, mevcut fuarlara katılma (ÖH5), diğer ülkelere sağlık ataşeleri atama (ÖH3) ve irtibat ofisleri açma (VÜH), dijital pazarlama (VÜH) gibi çok çeşitli yöntemlerin kullanılması önerilmektedir. Televizyon reklamları, sosyal medya, internet arama motorları (ÖDSM), uçaklardaki ekranlar (ÖH5) da etkili tanıtım kanalları olarak görülmektedir.

Türkiye’de (özellikle sağlık alanında) eğitim alan yabancı uyruklu öğrencilerin Türkiye’nin tanıtımına katkı sağlayacak “elçiler” olmalarını sağlamak için öğrenci ağı kurulması ve ülkelere döndükten sonra da iletişimin sürdürülmesi, benzer şekilde iyi deneyimle ülkelere dönen hastaların da “fahri temsilciler” olmaları için yöntemler geliştirilmesi önerilmektedir (ÖH1).

Spesifik tıbbi konularda alanında yetkin hekimler tarafından diğer ülkelerdeki hekimlere yönelik olarak düzenlenecek seminer, uygulamalı çalıştay, canlı ameliyat, çevrimiçi görüntülü eğitimler veya birkaç haftalık eğitim programları, diğer ülkelerdeki hekimlere Türkiye tıbbıyla ilgili olumlu bir algı oluşturmak üzere çeşitli içerikler gönderilmesi (ÖH1) tanıtım için sıralanan diğer önerilerdir.

Devletin medikal turizmde, hizmet veren kurumların arkasında durması ve hastalara kurumların kalitesi ile ilgili güvence vermesi, bir sorun olduğunda da devletin haklarını koruyacağını hissetmesi önemli görülmektedir (ÖADSM, ÖH3, ÖH4). Devletin bu güvenceyi belli akreditasyonlara sahip kurumlara verebileceği ifade edilmektedir (ÖH2, ÖH4).

Yabancı hastaların bir sorun yaşamaları durumunda nasıl bir yol izlenebileceği, gerekirse Sağlık Bakanlığı’na nasıl başvurabileceğinin açıkça gösterilmesi önemli görülmektedir (ÖH4, ÖADSP). Bir katılımcı bu husustaki eksiği şu şekilde ifade etmiştir:

“Bu hastalar(ın) şikayet edecekleri bir merci de yok. Yani hasta birazcık o anlamda boşlukta. Tabi ki Türkiye’de Sağlık Bakanlığı var ama yabancı bir hasta Sağlık Bakanlığı’na nasıl ulaşacak, hangi departman bu işe bakıyor, ben bile bilmiyorum.” (ÖH4)

Ülke adına diğer ülke hükümetleri (VÜH, ÖH3, ÖH4, ÖH6), büyük sigorta şirketleri (ÖH6) ve finans kurumlarıyla (ÖH2) anlaşmalar yapılması önerilmektedir. Sağlık hizmeti sağlayan kurumlar kendi tüzel kişilikleriyle birtakım anlaşmalar yapsa da bunların sınırlı kaldığı ve daha kapsamlı olmaları için devlet adına anlaşmalara ihtiyaç olduğu belirtilmektedir (VÜH).

Ülkeler arası anlaşmalar ve yurtdışı temsilcilikleri aracılığı ile gelecek hastaların, kurumların imkan, yetkinlik ve kurumsal tercihlerini dikkate alarak adil bir şekilde paylaştırılması önemli görülmektedir (DÜH, VÜH, ÖADSM, ÖH2).

Şehir hastanelerinin, özel sektörün rekabet etmekte zorlandığı ülkelerle rekabet etme (ÖH4) ve hastanelerin kendi stratejilerine göre öncelikli görmedikleri hizmetleri verme açısından (ÖH2) önemli bir boşluğu doldurabilecekleri belirtilmektedir.

Medikal turizm kapsamında belirli bir hizmeti sunabilmek için kurumların belirli yetkinliklere sahip olduğunu kanıtlamaları gerekmektedir (ÖH1, ÖH6, ÖADSP). Basit hizmetler verecek bir kurumun kriterleri ile karmaşık bir hizmeti verecek kurumun kriterleri farklı olmak durumundadır ve tüm bunların belgelenmesi gerekmektedir (ÖH2, ÖH4).

Turizm acenteleri ve otellerin medikal turist için ayrı bir sertifikası olması (ÖH3), bu sertifikanın - şu anda olduğu gibi- bir teminat bedeli yatırılabilenlere değil hastayı konaklatacak bilgi, beceri ve tecrübeye sahip olanlara verilmesi önerilmektedir (ÖH3).

Özellikle karşılama, otelcilik, konaklama gibi hizmetlerde yetersiz kalabilecekleri göz önünde bulundurularak şehir hastanelerine medikal turizm hastası yönlendirmeye başlarken temkinli olunması, memnuniyet izlenerek kademeli olarak artırılması önem taşımaktadır (ÖADSM).

Kötü örnekler oluşmasını engellemek ve hizmet kalitesini takip etmek için hastaların ülkelerine dönüşten sonra aranarak sağlık durumları ve memnuniyetlerinin sorulması öneri olarak ifade edilmektedir (ÖH1).

Ülke içi rekabetin fiyatları aşağı çekmesi tehdidine karşı çözüm olarak taban fiyat belirlenmesi, hastaların paylaştırılması gibi çözümler önerilmektedir (ÖH4, ÖH6, ÖADSP).

Ülkeye girişte vize işlemlerinde kolaylık sağlanması veya özel bir “sağlık vizesi” imkanı getirilmesi (ÖH3, ÖH5, ÖH6), havaalanlarında hızlı geçiş imkanları sağlanması (ÖH5), Göç İdaresi’nde kalış süresi uzatma işlemlerinde kolaylaştırılması (ÖH2), kolluk kuvvetlerinde turizme özel personel (“Turizm Polisi”) görevlendirilmesi (ÖH5) gibi medikal turistin deneyiminin farklı yönlerini iyileştirecek çözümler uygulanmalıdır.

Sağlık Bakanlığı bu alanda çalışan farklı türdeki kurumlara özel olarak hangi alanlara yönelmesi, yatırım yapması gerektiği konusunda yol gösterebilir ve teşvik edebilir (DÜH, ÖH2).

Türkiye’nin yıllık olarak hizmet verilen ülke sayısını belli bir miktarda artırmak gibi objektif hedefleri olmalı, teşvik sistemi de bunlarla ilişkilendirilmelidir (VÜH). Verilen teşvikler sonrasında Ticaret Bakanlığı bu teşviklerin ne kadar verimli olduğunu, yapılan faaliyetleri ve çıktılarını sorgulamalıdır (ÖH2).

Medikal turizm alanında çalışan sağlık tesisleri ve aracı kuruluşlar daha iyi denetlenmeli, yetkisiz olarak medikal turizm yapan, kurallara uymayan, hastaları mağdur eden kurumlara etkili yaptırımlar uygulanmalıdır (ÖADSM, DÜH, ÖADSP, ÖH6).

Ayrıca medikal turizm kapsamında gelen hastaların ülke içindeki süreçlerinin takip edilmesi ve sürecin sonunda hastanın ülkeden çıktığından emin olunması için önlemler alınmalıdır (DÜH).

Kısa vadede kurumların medikal turizm kapasitelerini geliştirmek ve kalitelerini iyileştirmek için periyodik eğitimler düzenlenmelidir (DÜH). Bunlar fiziksel buluşmalar şeklinde olabileceği gibi çevrimiçi iletişim imkanları da kullanılmalıdır (VÜH). Özellikle yurtdışında temsilci olarak görev yapacak kişilerin eğitilmesinde sektördeki kurumlar da destek verebilir (ÖH2).

Uzun vadede ise medikal turizm alanında ihtiyaç duyulan niteliklerde insan kaynağının yetiştirilmesine yönelik olarak daha kurumsallaşmış bir eğitim gereklidir (ÖH6), devlet buna zemin hazırlayabilir (VÜH). Sektördeki kurumlar insan kaynağı yetiştirilmesine yönelik bu eğitimlere de destek verebilir (ÖADSP).

3.4.2. Sağlık Hizmeti Sunucularının Yapması Gerekenler

Katılımcılar devletin yapması gerekenlerin yanı sıra görece daha az olsa da sektörün yapması gerekenlerden de bahsetmiştir.

Medikal turizmde başarılı olmak için sağlık kurumlarının kadrosunun yetkin, teknolojik altyapısının üst düzeyde ve fiziki mekanlarının güzel olması, spesifik hizmetlere odaklanması gerekliliği vurgulanmaktadır (ÖH6). Hizmet içi eğitimler, kalite ve performans yönetimi hasta memnuniyetini artırmaktadır (ÖADSM). Kurumlar hizmet kalitesini sürekli iyileştirmeli, hasta memnuniyetini takip etmelidir (ÖH6). Damak tadı gibi hususlarda bile hastayı memnun etmenin yolları aranmalıdır (ÖH4, ÖH6). Şehir hastaneleri ve diğer kamu sağlık hizmet sunucuları bu alana görece yeni girdiğinden özel sektörün tecrübesinden faydalanmalıdır (ÖADSM).

Kurumların diğer ülkeler karşısında avantajlarını korumak için sürekli kendilerini geliştirmeleri, hep onlardan bir adım önde olmaya çalışmaları önemli görülmektedir (ÖH4). Bilgi teknolojilerinin hem yeni pazarlara ulaşma hem de mevcut pazarlardaki hastaları daha kolay ikna etme imkanı sağlayabileceği ifade edilmektedir (ÖH4). Kurumların kendi iç işlerinde dijitalleşmeye önem vermesi, tele-tıp, uzaktan muayene gibi teknolojilerden yararlanması gerekmektedir (ÖADSM).

Dil bilen hekim ve diğer sağlık personelin sayısının artırılması önem taşımaktadır (ÖH6). Diğer taraftan tercümanlara da temel düzeyde tıbbi bilgiler öğretilmelidir (VÜH).

Katılımcıların farklı bağlamlarda söylediği ve sektör için etik ilkeler olarak kabul edilebilecek bazı ifadeleri Tablo 3'te verilmiştir. Daha kapsamlı bir liste için konuya özel bir çalışma yapılması faydalı olacaktır.

Tablo 3. Medikal Turizm Sektörü için Görüşmelerde Değınilen Bazı Etik İlkeler

Etik İlkeler	Kârını değil, sağlık faydasını öncelemeli (DÜH)
	Ulusal politika doğrultusunda diğer kurumlarla koordineli hareket etmeli (ÖH4, ÖH6)
	Diğer ülkelerle rekabet etmeli ve yeni pazarlarla “pastayı büyötmeyi” amaçlamalı (ÖH2, ÖH4, ÖADSM)
	Rekabet için kaliteli hizmetin gerektirdiğinden daha düşük fiyat vermemeli (ÖH4, ÖH6)
	Tanıtım yaparken diğer sağlık kurumlarını karalamamalı (ÖH4)
	Diğer ülkelerdeki çalışmalarında da etik yaklaşımdan ödün vermemeli ve (rüşvet gibi) gayrimeşru işlere tenezzül etmemeli (ÖH4)
	Medikal turizm alanında nitelikli insan yetiştirmeli (ÖH6, ÖADSM)
	Çalıştığı aracı kurumların da etik ilkelere uygun çalıştığını kontrol etmeli (VÜH)

IV. TARTIŞMA

Çalışmada Türkiye’de medikal turizmin güçlü yanlarından biri olarak nitelikli insan kaynağının, özellikle hekimlerin eğitim, bilgi ve tecrübesinin vurgulandığı görölmektedir. Benzer şekilde Antalya’da gerçekleştirilen nitel bir çalışmada da hekim kalitesi güçlü yanlar arasında yer almıştır (Kurar ve Baltacı, 2021).

Sağlık sisteminin güçlü yanları arasında altyapı, yatırımlar ve dijitalleşmeye verilen önem vurgulanmıştır. Bu sonuç, bir başka çalışmada güçlü yan olarak ortaya çıkan “Medikal turizm için önem taşıyan teknolojik gelişmelerin takip edilmesi ve bu teknolojiye ulaşılabilmesi” ile uyumludur (Dinçer vd., 2016).

Sağlık hizmetlerinin kalitesinin özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı sonrasında tüm sağlık kuruluşlarında yükselmesinin güçlü yan olarak belirtilmiştir. Bu özellik başka çalışmalarda da karşılaşılan bir özelliktir (Sevim ve Sevim, 2019).

Türkiye halkının misafirperverlik, empati ve sıcakkanlılık gibi sosyal becerileri ve yemek çeşitleri gibi kültürel özellikleri, turizm ülkesi olunmasından kaynaklanan avantajları da güçlü yanlar olarak vurgulanmaktadır. Buna karşın, hastaların konaklaması ve transfer sorunları, İstanbul dışındaki şehirlerde halkın turiste alışık olunmaması ve doğrudan uçuşların az olması gibi durumlar zayıf yanlar olarak dikkati çekmektedir. Türkiye’de gerçekleştirilmiş olan diğer çalışmalarda da paydaşlar arası koordinasyon eksikliği ve sağlık dışı paydaşların yetersizliği ile İstanbul dışındaki illere ulaşım olanaklarının yetersizliği, zayıf yanlar olarak değerlendirilmiştir (Daştan, 2014; Dinçer vd., 2016; Kurada ve Baltacı, 2021).

Medikal turizm açısından başlıca zayıf yanlar, mevcut yasal düzenlemelerin yetersizliği, politika eksikliği, hizmet kapasitesi, tercüman ve dil bilen çalışan yetersizliği, devlet kurumlarının kısıtlılıkları ve sağlık dışı paydaşların yetersizliği başlıkları altında toplanmaktadır. Politika eksikliği, Türkiye’de gerçekleştirilen bir başka çalışmada da öne çıkan bir konudur (Yiğit ve Demirbaş, 2020). Güney Kore’de gerçekleştirilen bir çalışmada, hükümetin sektörü teşvik yönündeki politikalarının medikal turist çekmede önemli bir etken olduğu belirtilmiştir (Kim vd., 2019).

Yasa ve yönetmeliklerin yetersizliği ve olası bir malpraktis durumunda yasal belirsizlikler olması bir başka öne çıkan zayıf yandır.

Tercüman ve dil bilen çalışan yetersizliği zayıf yan olarak ön plana çıkmaktadır. Bu başlıkta, farklı dillerde tercüman bulma zorluğunun yanı sıra tercümanların sağlık konusundaki bilgi eksikliği ve özellikle hekimlerle İngilizce anlaşamadığından şikâyetçi olan hastaların varlığı ifadeleri yer almaktadır. Türkiye’de bu alanda gerçekleştirilmiş birçok çalışmada da çalışanlardaki yabancı dil sorunu farklı şekillerde vurgulanmıştır (Özsarı ve Karatana, 2013; Dinçer vd., 2016; Yiğit ve Demirbaş, 2020; Kurar & Baltacı, 2021).

Fiyat avantajı, coğrafi konum, diğer ülkelerin randevu bekleme süreleri, Türkiye’ye dair algı, sağlık turizmüne ilgi, gelişmiş havayolları ağı ve iletişim teknolojileri fırsat başlıkları olarak ele alınırken; kar odaklı yaklaşım ve rekabet, muhtemel malpraktisler, şehir hastaneleri, gecikme ve inovasyon, GSYH içindeki sağlığın payı, rakip ülkeler ve sorunların itibara zarar vermesi ise tehdit başlıkları altında yer almıştır.

Fırsat olarak öne çıkan başlıklardan biri olan coğrafi konum, Türkiye’deki diğer çalışmalarda fırsat, güçlü yan ya da avantaj olarak ifade edilmiştir (Özsarı ve Karatana, 2013; Akbolat ve Deniz, 2017; Yiğit ve Demirbaş, 2020; Kurar ve Baltacı).

Fiyat avantajı başlığında değerlendirilen fırsat, Türkiye’deki diğer çalışmalarda; güçlü yan, uygun fiyata yüksek kalitede hizmet alınabilmesi ve fiyatların ortalama fiyatların altında olması şeklinde ele alınmıştır (Özsarı ve Karatana, 2013; Dinçer vd., 2016; Akbolat ve Deniz, 2017). Ayrıca bir çalışmada AB ülkelerinin fiyat politikası fırsat, fiyat farklılıkları ise tehdit olarak nitelendirilmiştir (Kurar ve Baltacı, 2021).

Randevu bekleme süreleri fırsat olarak değerlendirilen bir diğer başlıktır. Hem tercih sebeplerinin araştırıldığı hem de mevcut durumun değerlendirildiği çalışmalarda, Türkiye’deki tedavi ve operasyon bekleme sürelerinin daha kısa olmasının önemli tercih sebeplerinden biri olduğu görülmüştür (Özsarı ve Karatana, 2013; Daştan, 2014; Kurar ve Baltacı, 2021).

Türk Hava Yolları’nın geniş uçuş ağının da önemli bir fırsat olduğu anlaşılmaktadır. Kar odaklı yaklaşım ve ülke içindeki rekabet tehdit olarak algılanmaktadır. Bu bulgu başka çalışmalarda da öne çıkan bir bulgudur (Kurar ve Baltacı, 2021).

Şehir hastaneleri karşılama, otelcilik ve uğurlama gibi hizmetler ve hasta getirme yöntemi açısından tehdit olarak görülmeyle birlikte bir başka çalışmada bunun aksine, medikal turizmin markalaşmasındaki olası rolüne vurgu yapılmıştır (Yiğit ve Demirbaş, 2020).

Rakip ülkeler hem bir tehdit unsuru hem de sorun olarak değerlendirilmektedir. Özellikle Ortadoğu ülkelerindeki hastaların bir kısmının, Türkiye'deki fiyatları Hindistan ve Güney Kore'ye kıyasla daha yüksek bulduğundan bu ülkeleri tercih ettiği, bir kısmının ise daha prestijli olduğu düşüncesiyle ABD'de hizmet aldığı; Avrupa ülkeleri ve körfez ülkelerinde Almanya'nın; Afrika ülkeleri ve Pakistan'da İngiltere'nin, Afrika ülkelerinde ayrıca Fransa'nın ve düşük fiyatları nedeniyle Hindistan, Güney Kore, Tayland ve Singapur'un ayrıca çeşitli pazarlar açısından İsrail'in rakip ülke olduğu anlaşılmaktadır.

Bu ülkelere karşın Türkiye, kalite ve ulaşılabilirlik avantajı ile ön plana çıkmaktadır. Söz konusu ülkelerle rekabet avantajının sağlanabilmesi adına; Singapur, Güney Kore ve Hindistan modellerinin incelenmesi önerilmektedir. Güney Kore modelinin incelendiği bir çalışmada, ülkenin medikal turizm alanında rekabetini güçlendiren etkenler arasında, dünya çapında tanınan ve güvenilen markalara sahip olmasının, hükümetin medikal turizme katılım göstermesinin ve yapılan yatırımların önemli rolü olduğu belirtilmiştir. Ayrıca refakat hizmeti ve takip bakımları (follow-up care) ve kontrollerinin çevrimiçi olarak ya da yerel hastane ortaklıklarıyla sağlanmasının da payının olduğu ifade edilmiştir (Kim vd., 2019).

Medikal turistler özellikle Türkiye'nin büyükelçiliğinin olmadığı ülkelerde vize süreçleri konusunda zorlanmakta, tedavi süreci uzun hastaların vize süresinin dolması da bir başka sorun olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle vize süreçlerinin standardize edilmesi ve iyileştirilmesi önerilmektedir.

Hedef ülke olarak harcama gücü yüksek olan İngiltere, Batı Avrupa, ABD'ye odaklanılması ön plana çıkarken, Doğu Avrupa Ülkeleri, Türk Cumhuriyetleri ve Afrika ülkelerinin de kapsama alınması da önerilmektedir.

Diaspora medikal turizminin hedef olarak görülmediği anlaşılmaktadır. Ancak bu gruptakilerin yurtdışındaki tanıtım rolünün dikkate alınması gerekmektedir. Diaspora turizmi bir hedef olarak görülme de Danimarka'da gerçekleştirilen bir çalışmada, Danimarka'da yaşayan Türklerin Türkiye'de sağlık hizmetine başvurusunun sık karşılaşılan bir durum olduğu belirtilmiştir (Nielsen vd., 2012).

Medikal turizm konusunda devlet kurumlarından beklenen eylemlerden biri ulusal medikal turizm politikasının hazırlanması bir diğeri ise tıbbi hatalar başta olmak üzere hastaların yaşayabileceği muhtemel sorunlarla ilgili yasal eksikliklerin tamamlanmasıdır. Türkiye'de 2014 yılında yayınlanmış bir çalışmada da benzer öneriler yer almaktadır (Daştan, 2014). Tanıtım faaliyetleri kapsamında fuarlara katılma ve yurtdışında yaşayanlara yönelik fuarlar düzenleme önerileri benzer başka çalışmalarda da öne çıkan önerilerdir (Özsarı ve Karatana, 2013; Dinçer vd., 2016; Akbolat ve Deniz, 2017). Bu tip organizasyonların yanı sıra; sağlık ataşeleri, irtibat ofisleri, dijital tanıtım faaliyetleri ve Türkiye'de eğitim alan yabancı uyruklu öğrencilerin elçi vazifesi görmesi ve alanında yetkin hekimlerin seminer, uygulamalı eğitim programları yoluyla gerçekleştirecek tanıtımlar önerilmektedir.

Hastalara güvence verilmesi yani medikal turistlerin bir sorunla karşılaştığında devletin haklarını koruyacağını hissetmesi, bu tip durumlarda başvurabileceği bir makamın olması önemli görülmektedir. Benzer şekilde, bir başka çalışmada da medikal turistlerin sağlık güvencesi ile ilgili kuşku ve problemlerini en aza indirgeyecek şekilde sigorta şirketleriyle koordinasyonun sağlanması öneri olarak yer almaktadır (Özsarı ve Karatana, 2013). Devlet kurumlarından beklenen bir diğer eylem, diğer hükümetlerle ve büyük sigorta kurumlarıyla anlaşma yapılması olup; bir başka çalışmanın önerisi ile benzerlik göstermektedir (Yiğit ve Demirbaş, 2020).

Kurumların hizmet envanterinin çıkarılması yoluyla medikal turistlerin kurumlara adilce paylaşılması; "basit" hizmetlerin sunulduğu kurumlarla "karmaşık" hizmetlerin sunulduğu

kurumların kriterlerinin farklı olması; devletin farklı türdeki kurumlara özel olarak yönlenecekleri alan konusunda yol gösterici ve teşvik edici rol üstlenmesi; turizm acente ve otellerin medikal turistlere hizmet verebilmeleri için ayrı bir sertifikaya sahip olması ve sağlık tesisleri ve aracı kuruluşların iyi şekilde denetlenmesi ve etkili yaptırımların uygulanması da devlet kurumlarından beklenen diğer eylemlerdir. Bir tehdit unsuru olarak ele alınan fiyat farklılıklarının önlenmesi adına taban fiyat belirlenmesi, başka çalışmalarda da karşılaşılan bir öneridir (Yiğit ve Demirbaş, 2020).

Turistin deneyimini iyileştirmek adına öne çıkan bir diğer beklenti sağlık vizesi imkânının sağlanmasıdır. Bu imkân hem vize süreçleri nedeniyle istekli olan medikal turistlerin ülkeye girişinin olumsuz etkilenmemesi, hem de tedavi süresi uzayanlara vize süresini uzatmada kolaylık sağlanması açısından önem taşımaktadır. Sağlık vizesi uygulaması ve medikal turizm talebini artırmaya yönelik olarak işlemlerin kolaylaştırılması önerileri başka çalışmalarda da yer almaktadır (Dinçer vd., 2016; Kurar ve Baltacı, 2021).

Önceki çalışmalarda da yetersiz bulunan insan kaynaklarının kapasitesini geliştirmeye ve kaliteyi artırmaya yönelik eğitim zeminin oluşturulması da devlet kurumlarından beklenen bir başka eylemdir. Tehdit olarak görülen şehir hastanelerinin, medikal turizm konusunda rekabette zorlanılan ülkelere yönelik boşluğu doldurma konusunda bir fırsata dönüştürülmesi de diğer bir eylem önerisidir.

Çalışmanın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Amaçlı örnekleme kullanıldığı için sonuçlar evrene genellenemez. Veriler sadece derinlemesine görüşme yoluyla toplanmıştır. Bu nedenle bu çalışmadaki bulguların diğer kalitatif yöntemlerden elde edilecek bulgularla birlikte değerlendirilmesi faydalı olacaktır. Ayrıca çalışmanın bulgularının derinlemesine görüşmelerin yapıldığı tarih aralığı ile sınırlı olması da kaçınılmazdır.

V. SONUÇ

Bu araştırma, Türkiye’de ulusal medikal turizm politikasına yol gösterebilmek adına, alanda faaliyet gösteren hizmet sunucularının bakış açılarını, ihtiyaç ve beklentilerini nitel yöntemlerle inceleyip ortaya koymaktadır. Araştırmada Türkiye’nin medikal turizm açısından güçlü ve zayıf yanları, fırsat ve tehditleri tespit edilmiştir. Güçlü yan olarak nitelikli insan gücü, altyapı, yatırımlar, dijitalleşme ve turizm ülkesi olunması; zayıf yan olarak ise yasal düzenlemeler ile tercüman ve yabancı dil bilen çalışan yetersizliği öne çıkmaktadır. Analiz sonucunda başlıca fırsatlar fiyat avantajı, coğrafi konum, gelişmiş havayolu ağı ve diğer ülkelerin randevu bekleme süreleri olarak; başlıca tehditler ise kar odaklı yaklaşım, ülke içi rekabet ve muhtemel malpraktisler olarak sıralanabilir. Ayrıca araştırmada sektörün karşılaştığı yönetsel, finansal, anlaşmalarla ilgili, hukuki ve etik sorunlar ile medikal turistlerin deneyimindeki sorunlar tanımlanmıştır. Türkiye’deki medikal turizm faaliyetlerinde hedef ve rakip olabilecek ülkeler listelenmiştir. En sonunda da hem devletin hem de sağlık hizmet sunucularının yapması gereken eylemlere yer verilmiştir. Katılımcıların ortak görüşüne göre Türkiye’nin bir ulusal medikal turizm politikasına ihtiyacı vardır. Bu araştırmanın bulguları bu politikanın şekillenmesine katkı sağlayabilir.

Etik Kurul İzni: Araştırma, İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu’nun 24.12.2020 tarih ve 970 sayılı onayı ile yürütülmüştür.

KAYNAKLAR

Akbolat, M., & Deniz, N. G. (2017). Türkiye’de medikal turizmin gelişimi ve bazı ülkelerle karşılaştırılması. *International Journal of Global Tourism Reserch*, 1(2), 128–132.

Bookman, M. Z. & Bookman, K. R. (2007). Introduction to medical tourism. In *Medical tourism in developing countries* (pp. 1-19). Palgrave Macmillan, New York.

- Carrera, P. M., & Bridges, J. F. P. (2006). Globalization and healthcare: Understanding health and medical tourism. *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 6(4), 447–454. <https://doi.org/10.1586/14737167.6.4.447>
- Chhabra, A., Munjal, M., Mishra, P. C., Singh, K., Das, D., Kuhar, N., & Vats, M. (2021). Medical tourism in the COVID-19 era: Opportunities, challenges and the way ahead. *Worldwide Hospitality and Tourism Themes*, 13(5), 660-665. <https://doi.org/10.1108/WHATT-05-2021-0078>
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093–1100. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2005.11.005>
- Connell, J. (2015). Medical tourism: The newest of niches. *Tourism Recreation Research*, 31(1), 99–102. <https://doi.org/10.1080/02508281.2006.11081252>
- Connell, J. (2016). Reducing the scale? From global images to border crossings in medical tourism. *Global Networks*, 16(4), 531–550. <https://doi.org/10.1111/glob.12136>
- Daştan, İ. (2014). Türkiye’de sağlık turizmi: Türkiye ve özelinde İzmir’de sağlık turizminin mevcut durum analizi ve strateji önerileri - health tourism in Turkey: swot analysis of health tourism in Turkey and Izmir, and strategy recommendations. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(10), 143-163. <https://doi.org/10.20875/sb.46715>
- Dinçer, Z. M., Aydoğan Çifçi, M., & Karayılan, E. (2016). Gelişmekte olan ülkelerde medikal turizm: Türkiye’nin Tayland, Malezya ve Hindistan’a göre potansiyelinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1, 34–60.
- Gönenç, İ. F. (2016). Hukuki ve etik boyutuyla sağlık turizmi. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, 22(3), 1173–1184.
- Heung, V. C. S., Kucukusta, D., & Song, H. (2011). Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management*, 32(5), 995–1005. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2010.08.012>
- Kim, S., Arcodia, C., & Kim, I. (2019). Critical success factors of medical tourism: The case of south korea. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24). <https://doi.org/10.3390/ijerph16244964>
- Kurar, İ., & Baltacı, F. (2021). Medikal turizm potansiyeli üzerine nitel bir araştırma: Antalya örneği. *Türk Turizm Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 176–199. <https://doi.org/10.26677/tr1010.2021.659>
- Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Stephen, T., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). Medical tourism : Treatments , markets and health system implications : Scoping review. *Directorate for Employment, Labour and Social Affairs*, 1–55. <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>
- Medical Tourism Association. (2021, Şubat). Medical Tourism Association: <https://www.medicaltourism.com/destinations/turkey> adresinden alındı.
- Nielsen, S. S., Yazici, S., Petersen, S. G., Blaakilde, A. L., & Krasnik, A. (2012). Use of cross-border healthcare services among ethnic Danes, Turkish immigrants and Turkish descendants in Denmark: A combined survey and registry study. *BMC Health Services Research*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-390>

- Özsarı, S. H., & Karatana, Ö. (2013). Health tourism situation of turkey. *The Journal of Kartal Training and Research Hospital*, 24(2), 136–144. <https://doi.org/10.5505/jkartaltr.2013.69335>
- Patient Beyond Borders. (2021, Şubat). Patient Beyond Borders. <http://patientsbeyondborders.com>
- Rokni, L., Avcı, T., & Park, S. H. (2017). Barriers of developing medical tourism in a destination: A case of South Korea. *Iranian Journal of Public Health*, 46(7), 930–937.
- Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı (2020, Aralık). Yetkili sağlık tesisleri ve aracı kuruluşlar. Sağlık Bakanlığı. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-25360/yetkili-saglik-tesisleri-ve-araci-kuruluslar.html>
- Sevim, E., & Sevim, E. (2019). Medikal turizm tercihini etkileyen faktörlerin incelenmesi: Türkiye örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 633–652. <https://orcid.org/0000-0001-5656-6351>
- Ye, B. H., Qiu, H. Z., & Yuen, P. P. (2011). Motivations and experiences of mainland Chinese medical tourists in Hong Kong. *Tourism Management*, 32(5), 1125–1127. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2010.09.018>
- Yiğit, A., & Demirbaş, M. B. (2020). Türkiye’de medikal turizmin gelişimine etki eden faktörlerin swot-ahp yöntemi ile tespit edilmesine yönelik bir araştırma. *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 496, 173–192. <https://doi.org/10.38155/ksbd.693841>
- Yu, J. Y., & Ko, T. G. (2012). A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management*, 33(1), 80–88. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2011.02.002>

SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİNİN SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI VE SAĞLIKLI YAŞAM TARZI DAVRANIŞLARINA ETKİSİ

Fatma MANSUR*
Refika ÜLKE ŞİMDİ**

ÖZ

Bu çalışmanın amacı Sağlık Yönetimi Bölümünde okuyan öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemektir. Araştırma evrenini bir devlet üniversitesinin Sağlık Yönetimi Bölümünde okuyan öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçekler Google Formlar üzerinden düzenlenip URL si öğrencilerin e-posta adreslerine gönderilmiştir. Araştırmayı kabul edip online anketi dolduran öğrenci sayısı 314' tür. Araştırma veri toplama aracı olarak Sorensen ve diğerleri (2013) tarafından geliştirilen, Aras ve Bayık (2017) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği", Kıraç (2019) tarafından doktora tezinde geliştirilen "Sağlık Arama Davranışı Ölçeği" ve Walker ve diğerleri (1996) tarafından geliştirilen, Bahar ve diğerleri (2008) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" kullanılmıştır. Verilerin analizi için istatistik programı kullanılmış ve değişkenler arasındaki etkiyi incelemek için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Araştırma bulgularına göre sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını %17 ve sağlık arama davranışını %12 oranında etkilemektedir. Sağlık arama davranışı da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını %21 oranında etkilemektedir. Sonuç olarak sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve sağlık arama davranışını etkilerken sağlık arama davranışı da sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilemektedir.


Anahtar Kelimeler: Sağlık okuryazarlığı, sağlık arama davranışı, sağlıklı yaşam biçimi davranışı

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğr. Üyesi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, fatma.mansur@hvbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0336-6329>

** Arş. Gör., Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, refika.ulke@erzincan.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-8394-2383>

Gönderim Tarihi: 13.07.2021

Kabul Tarihi: 18.11.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Mansur, F., & Ülke Şimdi, R. (2022). Sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1): 127-138

THE EFFECT OF HEALTH LITERACY LEVEL ON HEALTH SEARCH BEHAVIOR AND HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS

Fatma MANSUR*
Refika ÜLKE ŞİMDİ**

ABSTRACT

The aim of this study is to determine the effect of health literacy level of students studying in the Department of Health Management on health seeking behavior and healthy lifestyle behaviors. The population of the research consists of students studying in the health management department of a state university. The scales used in the research were arranged via Google Forms and the URL was sent to the e-mails of the students. The number of students who accepted the research and filled out the online questionnaire is 314. "Health Literacy Scale" developed by Sorensen et al. (2013) and adapted into Turkish by Aras and Bayık (2017) as research data collection tool, "Health Seeking Behavior Scale" developed by Kırac (2019) in his doctoral thesis, and Walker et al. (1996) and adapted into Turkish by Bahar et al. (2008), "Healthy Lifestyle Behaviors Scale II" was used. A statistical program was used to analyze the data and simple linear regression analysis was performed to examine the effect between variables. According to the research findings, health literacy affects healthy lifestyle behaviors by 17% and health-seeking behavior by 12%. Health seeking behavior also affects healthy lifestyle behaviors by 21%. As a result, while health literacy affects healthy lifestyle behaviors and health-seeking behavior, health-seeking behavior also affects healthy lifestyle behaviors.

Keywords: Health literacy, health seeking behavior, healthy lifestyle behavior

ARTICLE INFO

* Assist. Prof., Ankara Hacı Bayram Veli University, fatma.mansur@hbv.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0336-6329>

** Erzincan Binali Yıldırım University, refika.ulke@erzincan.edu.tr,

 <https://orcid.org/0000-0001-8394-2383>

Received: 13.07.2021

Accepted: 18.11.2021

Cite This Paper:

Mansur, F., & Ülke Şimdi, R. (2022). Sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1): 127-138

I. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığını; “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” olarak tanımlamıştır (World Health Organization [WHO], 1998). Sağlık okuryazarlık seviyesinin yüksek olması bireysel davranışlarda olumlu değişimlerin yaşanmasını ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların etkin kullanılmasını sağlar (Sezgin, 2014: 85). Sağlık arama davranışı, insanların hem mevcut hem de potansiyel sağlık problemlerine ilişkin uygun çözümü bulmak için gerçekleştirdikleri eylemleri ifade etmektedir (Kıraç, 2019). İnsanlar sağlık problemi yaşadıklarında problemin çözümünü farklı yollarla ararlar (Akman, 2015). Sağlık bilgi kaynakları formal, informal ve ticari ve medya kaynakları olarak üç grupta ele alınmaktadır. Sağlık hizmetini sunanlar tarafından edinilen bilgiler formal; aile, arkadaş ve akrabalar tarafından edinilen bilgiler informal; TV, gazete, dergi ve internet aracılığıyla edinilen bilgiler medya kaynaklı bilgi olarak tanımlanmaktadır (Kilit ve Eke, 2019). Sağlıklı yaşam biçimi, bireyin sahip olduğu iyilik halini koruması, devam ettirmesi ve geliştirmesi için gerekli davranışları gerçekleştirmesidir (Sezer ve Amarat, 2018). Hastalıklardan korunmada, hastalıklara erken tanı koyulmasında ve mevcut sağlığın devam ettirilmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları temel oluşturmaktadır (Bahar vd., 2008).

Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi ilişkisini ve sağlık okuryazarlığı ile sağlık arama davranışı ilişkisini inceleyen çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Ancak sağlık okuryazarlığı, sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının bir arada ele alınıp incelendiği araştırmalar sınırlıdır. Bu çalışma bir devlet üniversitesinin Sağlık Yönetimi Bölümünde okuyan öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin, sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Böylece literatürde konu ile ilgili boşluğa katkı sağlanacağı düşünülmektedir.

1.1.Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı terimi ilk kez 1974 yılında “Health Education as Social Policy” adlı bir çalışmada Simond tarafından kullanılmıştır (Selden vd., 2000). Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığının tanımını; “sağlığın korunması ve sürdürülmesi için bireyin sağlık bilgisine ulaşma, anlama ve kullanma becerisi” şeklinde yapmıştır (WHO, 1998). Amerikan Tıp Derneği ise sağlık okuryazarlığını; “bireylerin sağlıkla ilgili mesajları okuyabilmesi, ilaç kutularının üzerini okuyup anlaması, sağlık çalışanları tarafından söylenenleri anlayıp yapabilmesi” olarak tanımlamıştır (The American Medical Association, [AMA], 1999). Sağlık okuryazarlığı sağlık davranışlarını olumlu yönde etkilemektedir (Jeremy Barsell vd., 2018). Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, kendi sağlıklarına ek olarak aile sağlığı ve toplum sağlığı için de sorumluluk alma bilincine sahiptir (Sorensen vd., 2012). Sağlık okuryazarlık seviyesinin yüksek olması bireysel davranışlarda olumlu değişimlerin yaşanmasını ve sağlık hizmetlerine ayrılan kaynakların etkin kullanılmasını sağlar (Sezgin, 2014). Yetersiz sağlık okuryazarlığı ise sağlığı geliştiren etkinliklere katılımı azaltmakta, kronik hastalıkların kontrolünü zayıflatmakta, hastanede yatış süresini uzatmakta ve daha fazla erken ölümlere sebep olmaktadır (Kickbuchs vd., 2015). Sınırlı sağlık okuryazarlık seviyesi sağlıkla ilgili verilen talimatları anlamayı zorlaştırır, daha sık hastaneye gitmeye, daha fazla sağlık harcamasına ve sağlık durumunun kötüleşmesine neden olabilir (Sezgin, 2014). Algılanan sağlık düzeyi yükseldikçe bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi de artmaktadır (Çimen ve Bayık Temel, 2017). Bireylerin kişisel gelişim düzeyleri üniversite döneminde hız kazanmaktadır. Özellikle sağlık alanında öğrenim gören bireylerin sağlık bilincinin ve dolayısıyla sağlık okuryazarlığı bilgisinin yüksek olması beklenmektedir (Yılmaz ve Günay, 2020). Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerin sağlık okuryazarlığı durumunun incelendiği çalışmada kız öğrencilerin ve Sağlık Bilimlerinde okuyan öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (İnkaya ve Tüzer, 2018). Güven vd., (2018); sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerini belirlemek için yaptıkları çalışmada; öğrencilerin %55,7’sinin “yeterli ya da mükemmel bir sağlık okuryazarlığı düzeyine”, % 44,4’ünün ise “yetersiz ve sorunlu sağlık okuryazarlığı düzeyine” sahip olduğunu belirlemiştir.

1.2.Sağlık Arama Davranışı

Sağlık arama davranışı, insanların mevcut ve potansiyel sağlık problemlerine ilişkin uygun çözümü bulmak için gerçekleştirdikleri eylemleri ifade etmektedir (Kıraç, 2019). İnsanlar sağlık problemi yaşadıklarında problemin çözümünü farklı yollarla ararlar. Doktora başvurma, kendi kendine ilaç tedavisi, güvenilen bir kişinin önerisi gibi eylemler söz konusu çözüm yollarından bazılarıdır (Akman, 2015). Geleneksel yöntem olarak bilinen hocalarla, sihirbazlarla ve bitkisel ilaçlarla sağlık problemi çözümü aramak da başvurulan yollardandır (Bahar vd., 2010). Bireylerin hastalıklarının çözümü için başvurdukları diğer yöntem ise profesyonel yöntemdir. Bu yöntemde sağlık kuruluşuna giderek tedavi hizmeti alınır. Hekim, hemşire, eczacı, diyetisyen ve fizyoterapist gibi resmi makamlarca kabul edilen ve sağlık alanında belirli bir eğitim almış etik değerlere sahip meslekler profesyonel yöntemde sağlık hizmeti veren mesleklerdir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte internet, her sektörde olduğu gibi sağlık sektöründe de bilgi arama şeklinde değişikliğe gidilmesini sağlamıştır (Kıraç ve Öztürk, 2021). İnternet hem daha geniş sağlık bilgisine ulaşmayı hem de tedavi hizmetlerine daha fazla katılabilmeyi kolaylaştırmıştır (Rice, 2006). İnternet, sağlık bilgisine kolay erişim, geniş bir yelpazede resimli ve görsel-işitsel sağlık kaynakları ve uzmanların görüşlerini alma fırsatı sunmaktadır (Gallagher ve Doherty, 2009). Baker vd., (2003), çalışmalarında on yetişkin bireyden dördünün sağlık bilgilerine erişmek için interneti kullandığı sonucuna ulaşmışlardır. Aynı çalışmada kadınların interneti bir sağlık bilgisi kaynağı olarak kullanma olasılığının erkeklerden daha yüksek olduğu da belirtilmiştir. Shuyler ve Knight, (2003) ise hastaların internette ne aradıklarını belirlemeye yönelik yaptıkları niteliksel içerik analizi çalışmalarında hastaların; bir durum hakkında bilgi, tedavi hakkında bilgi, semptomlar hakkında bilgi, semptomlar hakkında tavsiye ve tedavi hakkında tavsiye için interneti kullandıkları sonucuna ulaşmışlardır. Schwartz vd., (2006) tarafından aile hekimliği hastalarının sağlık bilgileri için internet kullanım durumlarını tespit etmek amacıyla yaptıkları çalışmada katılımcıların % 74'ünün kendileri veya aile bireyleri için sağlık bilgileri elde edebilmek amacıyla interneti kullandıklarını belirtmişlerdir. İnternet sağlık bilgisi araştırması, sağlık hizmeti eşitsizliğinin azaltılmasına, hastalar ve doktorlar arasındaki aktif etkileşimleri teşvik ederek sağlık hizmeti sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunabilir (Welch vd., 2007). Sağlık arama davranışını bireylerin sağlık ve hastalığı algılama biçimleri etkileyebilir. Bireylerin sağlık kurumuna olan uzaklıkları, sosyo-ekonomik koşullar, kültür, inançlar, sosyal normlar vb faktörler de sağlık arama davranışını etkileyebilmektedir (Aslan vd., 2004). 1 Aralık 2019 tarihinde Çin'in Hubei bölgesinin başkenti olan Vuhan'da ortaya çıkan Koronavirüs korkusu da sağlık arama davranışını etkileyen güncel bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Bozkurt ve Elmaoğlu, 2021). Kıraç (2019) yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık arama davranışı arasında pozitif ilişki tespit etmiştir. Sezgin (2013), çalışmasında internette sağlık bilgisi aramanın ve ulaşılan sağlık bilgileri arasında doğru olanının seçebilmesinin yüksek sağlık okuryazarlığı gerektirdiğini ifade etmiştir. Suri vd., (2016) üniversiteye giden yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık bilgisi aramak için kullanılan kaynaklar arasında ilişki olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

1.3. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Sağlık davranışı, sağlıklı bireylerin hastalıklardan korunmak için yaptıkları aktivite ve davranışlardır (Çelebi vd., 2017). Sağlıklı yaşam biçimi, “bireyin sağlığını etkileyebilecek olan tüm davranışlarını kontrol etmesi ve günlük aktivitelerini kendi sağlık statüsüne uygun olarak seçmesidir” (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, çocukluk ve ergenlik döneminde kazanılmaya başlamaktadır (Kelly vd., 2011). Sağlıklı yaşam tarzı sadece hastalıktan korunmaya değil aynı zamanda yaşam boyu refahı artıran davranışlara da katkı sağlamaktadır (Çelebi vd., 2017). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları, bireyin “sağlık sorumluluğu, kendini gerçekleştirme, sağlık kontrolü, stres yönetimi, beslenme ve egzersiz” davranışlarını kapsamaktadır (Şen vd., 2017). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları sayesinde bireyler mevcut sağlık durumlarını koruyabilir, sürdürebilir ve geliştirebilirler (Sezer ve Amarat, 2018). Sağlıklı yaşam biçimi davranışı sergileyen bireyler, sağlıklı beslenmeye dikkat etmekte, kalp damar hastalıklarından korunmakta, bağımsızlık düzeyini artırmakta, kilo dengesini korumakta ve stresle uygun bir şekilde baş edebilmekte, böylece kaliteli bir yaşam sürdürmektedirler (Şimşekoğlu ve Mayda, 2016). Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmada sigara içmeyen, sağlıklı beslenen ve yeterli fiziksel aktivitede bulunan yetişkinlerin, erken

ölüm riskini önemli ölçüde azaltabileceği sonucuna ulaşılmıştır (Ford vd., 2012). Jeremy-Barsell vd., (2018) yaptıkları çalışmada daha yüksek düzeylerde sağlık okuryazarlığı ve öz-yeterliliği, genel sağlık davranışları ve sağlıklı yaşamın sürdürülmesi ve daha az madde kullanım davranışı ile önemli ölçüde ilişkilendirmişlerdir. Elâziğ ilinde liselerde okuyan lise öğrencilerinin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışma, öğrencilerin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını orta düzeyde benimsediklerini göstermiştir. Cinsiyet, okul türü, sınıf, aile geliri, baba eğitim durumu gibi değişkenlerin sağlıklı yaşam tarzı davranışları üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Çelebi vd., 2017). Sezer (2012) tarafından yapılan çalışma, sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları arasında ilişki olduğunu göstermiştir. Sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı yaşam biçimi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimine düşük etkisi olduğunu ancak bireylerin daha sağlıklı olmalarında sağlık okuryazarlığının önem arz ettiği belirtilmiştir (Sezer ve Amarat, 2018). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu 1.sınıf öğrencilerinin sağlıklı yaşam davranışı biçimlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları puan ortalamalarının orta düzeyde olduğu tespit edilmiş ve öğrencilerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının annenin eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır (Şen vd., 2017). Hansen vd., (2015), sağlık okuryazarlığı ve sigara, nargile, alkol gibi kötü madde kullanımı arasında anlamlı bir fark bulamamışlardır.

II. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın gereç ve yöntem bölümünde araştırmanın; amacı, önemi, etik boyutu, evreni, örnekleme, verileri toplama aracı, modellemesi, hipotezleri ve ölçüm güvenilirliğine yer verilmiştir.

2.1.Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırma için Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuru yapılmıştır. Araştırma önerisi komisyonun 29.05.2021 tarih ve E.24384 sayılı yazısının 20.5.2021 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülmüş ve araştırmanın etik açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

2.2.Araştırmanın Amacı

Bu çalışma bir devlet üniversitesinin Sağlık Yönetimi Bölümünde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2.3.Araştırmanın Önemi

Literatür incelendiğinde sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam biçimi ilişkisini (Sezer ve Amarat, 2018; Doğan ve Çetinkaya, 2019; Sezer, 2012; Baker vd., 2004) ve sağlık okuryazarlığı sağlık arama davranışı ilişkisini (Suri vd., 2016; Kıraç, 2019) inceleyen çalışmaların yapıldığı görülmektedir. Ancak sağlık okuryazarlığı, sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının birlikte ele alınıp incelendiği araştırmalar sınırlıdır. Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesine yönelik olarak yapılan çalışmalar literatürde oldukça fazladır. Üniversite eğitimi ve özellikle de sağlık alanında eğitim alan bireylerin sağlıkla ilgili farkındalığının yüksek olması beklendiğinden bu çalışma Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencileri üzerinde yapılmıştır. Bu çalışmanın literatürdeki boşluğa katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2.4.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Çalışmanın evrenini bir devlet üniversitesinde Sağlık Yönetimi Bölümünde okuyan öğrenciler oluşturmaktadır. Sağlık Yönetimi Bölümünde okuyan toplam öğrenci sayısı 495'tir. %95 güven aralığı ile örneklem büyüklüğü 218 olarak hesaplanmıştır. Araştırmada evrenin tamamına ulaşılmak hedeflenmiş ve anket formu Sağlık Yönetimi Bölümünde okuyan tüm öğrencilere gönderilmiştir. Ancak araştırmaya katılmayı kabul edip anket formunu dolduran öğrenciler araştırmanın örneklemini

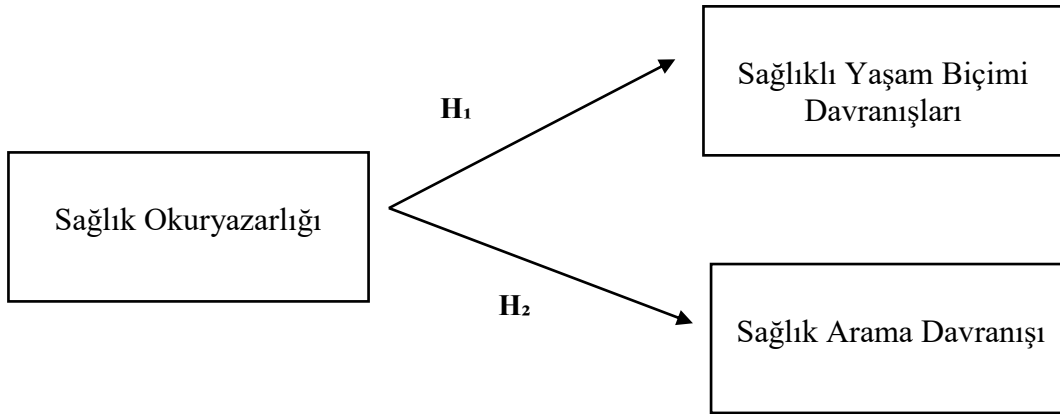
oluşturmuştur. Araştırmaya katılmayı kabul eden ve online anketi dolduran öğrenci sayısı 314'tür. Araştırma verileri 05.04.2021-31.05.2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

2.5.Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Araştırma verileri anket yoluyla elde edilmiştir. Anket formu Google Formlar üzerinden hazırlanmıştır ve katılımcıların e-posta adreslerine yollanmıştır. Katılımcılar e-posta adreslerine gelen URL üzerinden anket formunu online olarak doldurmuşlardır. Anket formu dört bölüme ayrılmıştır. Birinci bölümde sosyo demografik sorular, ikinci bölümde sağlık okuryazarlık düzeyini ölçmek amacıyla Sorensen ve diğerleri (2013) tarafından geliştirilen, Aras ve Bayık (2017) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan "Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği", üçüncü bölümde sağlık arama davranışını ölçmek için; Kıraç (2019) tarafından doktora tezinde geliştirilen "Sağlık Arama Davranışı Ölçeği" ve dördüncü bölümde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ölçmek için; Walker ve diğerleri (1996) tarafından geliştirilen, Bahar ve diğerleri (2008) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" kullanılmıştır. Verilerin analizi için SPSS istatistik programı kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki etkiyi incelemek için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

2.6.Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi ve Hipotezleri

Şekil 2.1: Araştırma Modeli



H₁: Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyi sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etki etmektedir.

H₂: Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyi sağlık arama davranışına etki etmektedir.

2.7. Ölçüm Güvenirliği

Güvenilirlik, "bir testin veya ölçeğin ölçmek istediği şeyi tutarlı ve istikrarlı bir biçimde ölçme derecesidir" (Altunışık vd., 2012). Tabloda sağlık okuryazarlığı ölçeği, sağlık arama davranışı ölçeği ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlik katsayısı yer almaktadır. Sağlık okuryazarlık ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,93, sağlık arama davranışı ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,83 ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeğinin Cronbach alfa değeri 0,87 olarak hesaplanmıştır.

Tablo 1. Güvenirlik Değeri

Ölçekler	Ölçeğin Cronbach Alfa Değeri
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği	0,93
Sağlık Arama Davranışı Ölçeği	0,83
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışı Ölçeği	0,87

III. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında yapılan analizler doğrultusunda elde edilen bulgular sınıflandırılarak tablolar halinde sunulmuştur.

3.1. Bireylerin Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Araştırmaya 314 katılımcı dahil olmuştur. Araştırmaya katılan öğrencilerin cinsiyet dağılımı incelendiğinde %52,9' unun kadın, %47,1' inin erkek olduğu görülmüştür. Araştırmaya katılan öğrencilerin %76,8' i çekirdek aile yapısına %23,2' si geniş aile yapısına sahiptir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %85,7' si bir yıl içinde en fazla 5 kez hekime başvuru yaparken %2,9' u son bir yıl içerisinde en az 11 kez hekime başvuru yapmıştır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %8,9' unun kronik bir rahatsızlığı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %59,2' sinin ailesinde kronik bir rahatsızlık bulunmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %10,8' inin sürekli kullandığı bir ilacı bulunmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin %72,6'sının sosyal güvencesi SGK iken %10,5' inin herhangi bir sosyal güvencesi bulunmamaktadır.

3.2. Normallik Analizi Sonuçları

Tablo 2. Normallik Analizi Sonuçları

	Standart Sapma	Skewness	Kurtosis
SOY	0,50369	-1,409	-1,138
SAD	0,68110	-0,316	0,276
SYBD	0,48593	0,089	-0,254

Skewness ve Kurtosis değerlerinin -1,5 ile 1,5 değerleri arasında yer alması verilerin normal dağıldığını göstermektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Sonuçlar incelendiğinde tüm değerlerin -1,5 ile 1,5 arasında olduğu görülmektedir. Dolayısıyla veriler normal dağılım gösterdiği için parametrik testler kullanılmıştır.

3.3. Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 3. Korelasyon Analizi Sonuçları

Korelasyon sonuçları	SOY	SAD	SYBD
SOY	-		
SAD	0,403**	-	
SYBD	0,448**	0,461**	-

**: $p < 0,01$

SOY: Sağlık Okuryazarlığı

SAD: Sağlık Arama Davranışı

SYBD: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

Korelasyon katsayısının, “mutlak değer olarak, 0,70-1,00 arasında olması yüksek; 0,70-0,30 arasında olması, orta; 0,30-0,00 arasında olması ise, düşük düzeyde bir ilişki” olarak ifade edilmiştir (Büyüköztürk, 2019). SOY ve SAD arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,01$) pozitif yönde orta şiddette ($r = 0,403$) bir ilişki bulunmuştur. SOY ve SYBD arasında istatistiksel olarak anlamlı ($p < 0,01$)

pozitif yönde orta şiddette ($r= 0,448$) bir ilişki bulunmuştur. SAD ve SYBD arasında ise yine istatistiksel olarak anlamlı ($p<0,01$) pozitif yönde orta şiddette ($r= 0,461$) bir ilişki söz konusudur.

3.4. Regresyon Analizi Sonuçları

Tablo 4. SOY ve SYBD Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	SH	β	t	p
SYBD (Sabit)	1,321	0,194		6,824	0,000
SOY	0,365	0,045	0,418	8,122	0,000

$R^2=0,175$; Düzeltilmiş $R^2=0,172$; $F_{(1,313)}=65,973$; $p<0,01$

Tabloda sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerindeki etkisi basit doğrusal regresyon analizi ile test edilmiş ve analiz sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($F=65,973$ $p=0,000$). t değerine göre pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmaktadır ($t=8,122$). Düzeltilmiş R^2 değeri modelin genellenabilirliğini göstermektedir ve oluşturulan model toplam varyansın %17'sini açıklamaktadır. β değeri incelendiğinde ($\beta=0,418$ $p<0,05$), sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi değişkenini açıklamada anlamlı katkısı bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını %17 oranında etkilemektedir. H_1 hipotezi kabul edilmiştir.

Tablo 5. SOY ve SAD Regresyon Analizi Sonuçları

Değişken	B	SH	β	t	p
SAD (Sabit)	1,171	0,280		6,114	0,000
SOY	0,428	0,065	0,350	6,593	0,000

$R^2=0,122$; Düzeltilmiş $R^2=0,119$; $F_{(1,313)}= 43,469$; $p<0,01$

Tabloda sağlık okuryazarlığının sağlık arama davranışı üzerindeki etkisi basit doğrusal regresyon analizi ile test edilmiş ve analiz sonucu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. ($F=43,469$ $p=0,000$). t değerine göre pozitif yönlü anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna varılmaktadır ($t=6,593$). Düzeltilmiş R^2 değeri modelin genellenebilirliğini göstermektedir ve oluşturulan model toplam varyansın %11'ini açıklamaktadır. β değeri incelendiğinde ($\beta=0,350$ $p<0,05$), sağlık okuryazarlığının sağlık arama davranışı değişkenini açıklamada anlamlı katkısı bulunmaktadır. Sağlık okuryazarlığı arama davranışını %12 oranında etkilemektedir. H_2 hipotezi kabul edilmiştir.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada, bir devlet üniversitesinin Sağlık Yönetimi Bölümünde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisi incelenmiştir.

Yapılan analiz sonucunda sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyi, onların sağlığı bir sorumluluk olarak görmesini ve bu durumu somut eylemlere dökerek harekete geçmelerini ifade eden fiziksel aktiviteler ile desteklemesini sağlamaktadır. Öğrenciler için sağlıklı olmanın sürdürülebilir kılınması, bilgiye erişim ve bilgiyi anlama ile sağlanabilir. Sadece bununla da sınırlı kalmayarak bilgiyi etkin değerlendirme ile davranış değişikliği meydana getirebilme, öğrencilerin beslenme tarzında kalıcı olumlu sonuçlar sağlayabilir. Bu olumlu değişiklikler, sağlık okuryazarlığının önemli bir ölçütü olan bilginin kullanımı sonucunda ortaya çıkabilir. Sağlık okuryazarlığının davranışlarda olumlu değişimler yaşatma potansiyeli kişilerarası ilişkilere de yansıtılabilmekte ve akranlar birbirini olumlu yönde güdüleme cesareti gösterebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı bireylerin daha sağlıklı olmalarında önemli rol oynamaktadır. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşan araştırmalar bulunmaktadır. Baker ve diğerleri (2004) sağlık okuryazarlığı düzeyi yeterli olan bireylerin sigara ve alkol tüketiminin daha az fiziksel sağlıklarının daha iyi durumda olduğunu saptamışlardır. Sezer (2012) çalışmasında sağlık okuryazarlığı ile sağlıklı

yaşam biçimi davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulmuştur. Sun ve diğerleri (2013) yaptıkları çalışma ile sağlık okuryazarlığının sağlıklı davranışlar üzerinde doğrudan etkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Jeremy-Barsell ve diğerleri (2018) yaptıkları çalışmada daha yüksek sağlık okuryazarlığı düzeyinin sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını olumlu yönde açıkladığı sonucuna ulaşmışlardır. Doğan ve Çetinkaya (2019) yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyinde olan akademisyenlerde; sigara içmeme, alkol tüketmeme, normal kiloda olma, yeterli fiziksel aktivite ve yeterli sıvı tüketme gibi olumlu sağlıklı yaşam davranışları gösterme oranının daha yüksek olduğunu tespit etmişlerdir.

Yapılan diğer analiz sonucunda sağlık okuryazarlığının sağlık arama davranışı üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu görülmüştür. Bireyler herhangi bir rahatsızlık yaşadıklarında bu rahatsızlığa çözüm bulmak için arayış içine girmektedirler. Bireylerin çözüm arayış biçimi sağlık okuryazarlık düzeyine göre değişebilmektedir. Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyi de onların sağlık arama davranışını etkilemektedir. Öğrencilerin sağlık arama biçimi onların bilgiye erişim, eriştikleri bilgileri anlama, anladıkları bilgileri değerlendirebilme ve bilgileri kendilerine faydalı olacak şekilde kullanabilme becerileri ile ilişkilidir. Öğrenciler belirtilen beceriler ile geleneksel sağlık arama, profesyonel sağlık arama ve online sağlık arama davranışı göstermektedirler. Veriler incelendiğinde öğrencilerin geleneksel sağlık arama davranışını daha az tercih ettikleri tespit edilmiştir. Bu durum öğrencilerin eğitim düzeyi ile ilişkilendirilebilir. Teknolojinin gelişmesiyle birlikte internet hem daha geniş sağlık bilgisine ulaşmayı hem de tedavi hizmetlerine daha fazla katılabilmeyi kolaylaştırmıştır. Öğrenciler de internetten araştırma yapma, internetten hekimlerle iletişime geçme, ilaçların yan etkilerini internetten araştırma, hastalıklarıyla ilgili internet formlarını takip etme davranışını daha fazla göstermektedirler. Literatür incelendiğinde araştırma sonucunu destekleyen çalışmalar bulunmaktadır. Türkiye’de üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %71’i sağlık bilgisi kaynağı olarak interneti kullandıklarını belirtmişlerdir (Arslan ve Demir, 2017). Suri ve diğerleri (2016) üniversiteye giden yetişkinler üzerinde yaptıkları çalışma ile sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık bilgisi aramak için geleneksel kaynaklar ile internet kaynaklarının kullanımı arasında önemli ölçüde ilişki tespit etmişlerdir. Bu sonuç, sağlık okuryazarlığı becerilerinin farklı boyutlarındaki farklılıkların, katılımcıların interneti mi yoksa geleneksel medyayı mı tercih ettikleri konusunda önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Kıracı (2019) yaptığı çalışmada sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık arama davranışı arasında pozitif ilişki tespit etmiştir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışını etkilediğini ve sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışını etkilemesinde sağlık algısı ve öz yeterliğin aracılık etkisinin olduğu sonucuna ulaşmıştır.

Sağlık Yönetimi Bölümünden mezun olan bireyler sağlık alanında görev yapacaklardır. Sağlık alanında görev yapacak olan bireylerin davranışlarıyla topluma örnek olmaları gerekmektedir. Sağlık personeli adaylarının sağlık okuryazarlık düzeyinin yüksek olması da önem arz etmektedir (Yılmaz ve Günay, 2020). Güven ve diğerleri (2018) Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine yönelik yapmış oldukları sağlık okuryazarlığı çalışmasında öğrencilerin %55’inin yeterli ve mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip oldukları sonucuna ulaşmışlardır. Uysal ve diğerleri (2020) yaptıkları çalışmada öğrencilerin %13,9’unun yetersiz, %45,0’inin sınırdaki, %33,5’inin yeterli, %7,6’sının ise mükemmel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık okuryazarlık düzeyinin düşük olması, sağlığı geliştiren etkinliklere katılımı azaltır, kronik hastalıkların kontrolünü zayıflatır, hastanede yatış süresini uzatır, daha fazla erken ölümlere sebep olur, daha sık hastaneye gitmeye, daha fazla sağlık harcamasına ve sağlık durumunun kötüleşmesine neden olur. Sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça hekime başvuru oranı azalır, sağlık hizmetine gereksiz talep azalır, maliyetler düşer. Sağlık okuryazarlığı sağlık hizmeti talebi için belirleyici rol oynamaktadır. Dolayısıyla özellikle sağlık alanında eğitim veren bölümlerin müfredatlarına sağlık okuryazarlık düzeyini artıracak derslere yer verilmesi yararlı olabilir. Üniversite mezunu bireylerin sağlık okuryazarlık seviyesinin artması toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin yükseltilmesine katkı sağlayabilecektir. Sağlık okuryazarlığının yüksek olması bireylerin kendi sağlıklarını daha iyi yönetmesini sağlayacak ve tedaviye katılımını artıracaktır. Genel sağlık durumunun farkında olan birey, sağlığını korumaya daha çok önem verecek ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileyecektir. Böylece sağlık hizmetlerinin yükü azalacaktır. Eğitim düzeyi yüksek olan bireyler

profesyonel sağlık hizmeti arayışına girmeden önce online sağlık bilgisi aramaktadırlar. İnternet sitelerinde yer alan tüm bilgiler gerçeği yansıtmadığı için insanları yanlış yönlendirebilmektedir. Sağlık internet siteleri devlet kontrolünde denetlenir olmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından internet, sosyal medya ve mobil sağlık uygulamalarında yer alan sağlık bilgilerinin denetimi yapılırsa bu kaynaklarda yer alan bilgilerin güvenilirliği, doğruluğu ve bilimselliği kontrol edilerek topluma ulaştırılmış olacaktır. Doğru ve bilimsel sağlık bilgisine ulaşan bireyler sağlıklı yaşam biçimi davranışları geliştirmeye daha fazla katılım göstereceklerdir.

Etik Kurul İzni: Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Etik Komisyonunun 29.05.2021 tarih ve E.24384 sayılı yazısının 20.5.2021 tarih ve 05 sayılı toplantısında görüşülmüş ve araştırmanın etik açıdan uygulanabilir olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.

KAYNAKLAR

- Akman, M. (2015). Sağlık arama davranışı. *Türk Aile Hekim Dergisi*, 19(2), 53-54.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2012). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri spss uygulamalı*, 7. Basım, Adapazarı: Sakarya Kitabevi.
- American Medical Association (1999). Health Literacy: Report of the council on scientific affairs. ad hoc committee on health literacy for the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association*, 281(6): 552-557.
- Aras, Z., & Bayık-Temel, A. (2017). Sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğinin değerlendirilmesi. *F.N. Hem. Dergisi*, 25(2), 85-94.
- Arslan, E.T., & Demir, H. (2017). Üniversite öğrencilerinin mobil sağlık ve kişisel sağlık kaydı yönetimine ilişkin görüşleri. *Aksaray Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Dergisi*, 9(2), 17-36.
- Aslan, D., Boztaş, G., Kılıç, E., Öztürk, İ., Erkan, K., Günbey, L., Balcı, M., & Akın, L. (2004). Bir spor merkezine kayıtlı olan kadınların sağlık-hastalık kavramları ile ilgili görüşleri ve sağlık arama davranışlarını etkileyen faktörler. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi (E.Ü. Journal of Health Sciences)*, 13(2), 30-38.
- Bahar, A., Savaş, H. A., & Bahar, G. (2010). Psikiyatri hastalarında tıp dışı yardım arama davranışının değerlendirilmesi. *New Symposium Journal*, 48(3), 216-222.
- Bahar, Z., Beşer, A., Gördes, N., Ersin, F., & Kıssal, A. (2008). Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *C.Ü.Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12(1), 1-13.
- Baker, D.W., Gazmararian, J.A., Williams, M.V., Scott, T., Parker, R.M., Green, D., Ren, J., & Peel, J. (2004). Health literacy and use of outpatient physician services by medicare managed care enrollees. *J Gen Intern Med*, 9, 215-220.
- Baker, L., Wagner, T. H., Singer, S., & Bundorf, M. K. (2003). Use of the internet and e-mail for health care information: results from a national survey. *JAMA*, 289(18), 2400-2406.
- Bozkurt İ. & Elmaoğlu E. (2021), *The effect of coronavirus fear on health seeking behavior*. 1. International Marmara Scientific Research and Innovation Congress, Istanbul /Turkey, Congress Book, ISBN: 978-625-7562-70-6.
- Büyüköztürk, Ş. (2019). *Sosyal bilimler için veri analizi kitabı: İstatistik, araştırma deseni spss uygulamaları ve yorum*. 26. Baskı, Pegem Akademi: Kızılay/ANKARA.

- Çelebi, E., Gündoğdu, C., & Kızılkaya, A. (2017). Determination of healthy lifestyle behaviors of high school students. *Universal Journal of Educational Research*, 5(8), 1279-1287.
- Çimen, Z., & Bayık Temel, A. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
- Doğan, M., & Çetinkaya, F. (2019). Akademisyenlerde sağlık okuryazarlığı düzeyinin olumlu sağlık davranışlarıyla ilişkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 28(3), 135-141.
- Ford, E.S., Bergmann, M.M., Boeing, H., Li, C., & Capewell, S. (2012). Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. *Preventive Medicine*, 55, 23-27.
- Gallagher, S., & Doherty, D.T. (2009). Searching for health information online: characteristics of online health seekers. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 2(2), 99-106.
- Güven, D.Y., Bulut, H., & Öztürk, S. (2018). Sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Journal of History Culture and Art Research*, 7(2), 400-409.
- Hansen, H. R., Shneyderman, Y., & Belcastro, P.A. (2015). Investigating the association of health literacy with health knowledge and health behavior outcomes in a sample of Urban Community College undergraduates. *American Journal of Health Education*, 46, 274-282.
- İnkaya, B., & Tüzer, H. (2018). Bir üniversitenin sosyal ve sağlık bilimlerinde okuyan öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı durumunun incelenmesi. *Kocaeli Med J*, 7(3), 124-129.
- Jeremy-Barsell, D., Evenhart, R.S., Miadich, S.A., & Trijullo, M.A. (2018). Examining health behaviors, health literacy, and self-efficacy in college students with chronic conditions. *American Journal of Health Education*, 49(5), 305-311.
- Karagöz, Y. (2019). *Spss, Amos Meta Uygulamalı İstatistiksel Analizler*. 2. Baskı, Ankara: Nobel Yayınları.
- Kelly, S.A., Melnyk, B.M., & Jacobson, D.L. (2011). Correlates among healthy lifestyle cognitive beliefs, healthy lifestyle choices, social support, and healthy behaviors in adolescents: implications for behavioral change strategies and future research". *Journal of Pediatric Health Care*, 25(4), 216-223.
- Kıraç, R. (2019). *Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler: yapısal eşitlik modellemesine dayalı bir çalışma*. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Kıraç, R., Öztürk, Y.E. (2021). Health seeking behavior: scale development study. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(29), 224-234.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., & Apfel, F., & Tsouros, A.D.(Ed). (2015). *Sağlık okuryazarlığı sağlam kanıtlar*. Türkiye Sağlıklı Kentler Birliği.
- Kilit, D.Ö., & Eke, E. (2019). Bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarının değerlendirilmesi: Isparta ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 401-436.
- Şen, M.A., Ceylan, A., Kurt, M.E., Palancı, Y., & Adın, C. (2017). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörler. *Dicle Medical Journal*, 44(1), 1-11.

- Rice, R. E. (2006). Influences, usage, and outcomes of internet health information searching: multivariate results from the pew surveys. *International Journal of Medical Informatics*, 75(1), 8-28.
- Schwartz, K. L., Roe, T., Northrup, J., Meza, J., Seifeldin, R., & Neale, A. V. (2006). Family medicine patients' use of the internet for health information: a metronet study. *J Am Board Fam Med*, 19(1), 39-45.
- Selden, C.R., Zorn, M., Ratzan, S., & Parker, R.M. (2000). Health literacy; current bibliographies in medicine; National Institute of Health CBM". *U.S. Department of Health and Human Services*, 1-33.
- Sezgin, D. (2014). Sağlık okuryazarlığını anlamak. *Galatasaray Üniversitesi İletişim Dergisi*, 3, 73-92.
- Sezer, C., & Amarat, M. (2018). Sağlık okuryazarlığı ve sağlıklı yaşam biçimi ilişkisi bir çalışma. 2. Uluslararası 12. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, <https://www.researchgate.net/publication/329917533>
- Sezer, A. (2012). Sağlık okuryazarlığının sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile ilişkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Shuyler, K. S., & Knight, K. M. (2003). What are patients seeking when they turn to the internet? qualitative content analysis of questions asked by visitors to an orthopaedics web site. *Journal of medical Internet research*, 5(4), e24.
- Sorensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic re-view and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13.
- Sun, X., Shi, Y., Qingqi, Z., Wang, Y., Du, W., Wei, N., Xie, R., & Chang, C. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health*, 13, 261-68.
- Suri, V.R., Majid, S., Chang, Y.K., & Foo, S. (2016). Assessing the influence of health literacy on health information behaviors: a multi-domain skills-based approach. *Patient Education and Counseling*, 99, 1038–1045.
- Şimşekoğlu, N., & Mayda, A.S. (2016). Bir üniversite hastanesinde görevli hemşirelerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve sağlık kaygısı düzeyleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(1), 19-29.
- Tabachnick, B.G. & Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics*. (sixth ed.). Boston: Pearson.
- Uysal, N., Ceylan, E., & Koç, A. (2020). Health literacy level and influencing factors in university students. *Health & Social Care in the Community*, 28(2), 505-511.
- Yılmaz, S., & Günay, A.M. (2020). Bir vakıf üniversitesi sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlık düzeyi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(4), 547-560.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

SAĞLIK PROFESYONELLERİNİN MERHAMET YORGUNLUĞU DÜZEYİNİN HASTA GÜVENLİĞİNE ETKİSİ *

Ayşe Gülen ERTÜMER **
Elif KAYA ***

ÖZ

Merhamet, en basit tanımıyla acıma ve şefkat hissi anlamına gelmektedir. İnsan yaşamının söz konusu olduğu sağlık alanında en mühim görevi üstlenen sağlık profesyonellerinin hastalarına merhamet etmesi oldukça doğal bir durumdur. Gün içerisinde bakılan hasta sayısının fazla olması, hastaların acı ve ağrılarına sürekli tanık olma bu durumu etkilemektedir yani bu durum sağlık profesyonellerinde merhamet etmekten doğan bir yorgunluğa sebep olmaktadır. Oluşan bu yorgunluğun hasta güvenliği üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin hasta güvenliği üzerine etkisinin incelenmesi hedeflenmiştir. Bu amaçla hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri ve hasta güvenliği tutum algulamaları değerlendirilmiştir. Araştırmanın evreni, Isparta il merkezinde sağlık hizmeti sunan Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesinde çalışmakta olan 1579 hekim ve hemşire oluşturmaktadır. Bu kapsamda 415 sağlık profesyoneline ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak seçilen Adams ve diğerleri tarafından geliştirilen Hür tarafından (2018) Türkçe'ye uyarlanan 13 maddeden oluşan "Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek" ve Sexton ve diğerleri tarafından geliştirilen, Baykal ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanan 46 maddelik "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. Araştırmanın sonuçlarına göre, sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin hasta güvenliği tutumunu negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Merhamet, merhamet yorgunluğu, hasta güvenliği, sağlık profesyonelleri

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma Ayşe Gülen ERTÜMER'in "Sağlık Profesyonellerinin Merhamet Yorgunluğu Düzeyinin Hasta Güvenliğine Etkisi" adlı tez çalışmasından türetilmiştir.

**Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, ertumer95@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3949-4848>

***Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, elifakkas@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1401-9947>

Gönderim Tarihi: 17.07.2021

Kabul Tarihi: 27.09.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Ertümer, A. G. & Kaya, E. (2022). Sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin hasta güvenliğine etkisi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 139-154

THE EFFECT OF COMPASSION FATIGUE LEVEL OF HEALTH PROFESSIONALS ON PATIENT SAFETY *

Ayşe Gülen ERTÜMER **
Elif KAYA ***

ABSTRACT

Compassion, in its simplest definition, is a feeling of pity and kindness. It is quite natural that healthcare professionals, who assume the most important role in the field of health where human life is concerned, have compassion on their patients. The fact that the number of patients cared during the day is high and the constant witness to the pain and soreness of the patients affects this situation, so this causes a fatigue caused by compassion in the health professionals. This fatigue is thought to have an effect on patient safety. In this study, investigate the effect of compassion fatigue level on health safety culture of health was aimed. For this purpose, compassion fatigue levels and patient safety attitude perceptions of physicians and nurses were evaluated. The population of the study consists of 1579 physicians and nurses working in Süleyman Demirel University Research and Application Hospital and Isparta City Hospital, which is active in Isparta city center. In this context, 415 health professionals were reached. "Compassion Fatigue-Short Scale" which is consist of 13 items, developed by Adams et al adaptation by Hür (2018) to Turkish and "Safety Attitudes Questionnaire" which is consist 46 items, developed by Sexton et al and adaptation by Baykal (2010) were used as data collection tools. According to the results of the research, it is shown compassion fatigue level of health professionals has a negative affects patient safety attitude. It was determined that compassion fatigue of health professionals did not differ according to age, gender, marital status, income status, number of years in the profession and hospital service period. On the other hand, it was found that the health care professionals' patient safety attitude differ according to the variables of age, marital status, income status and number of years in the profession.

Keywords: : Compassion, compassion fatigue, patient safety, health professionals

ARTICLE INFO

* This study was produced from Ayşe Gülen ERTÜMER's thesis named " The Effect of Compassion Fatigue Level of Health Professionals on Patient Safety"

** Phd Student, Süleyman Demirel Üniversitesi, ertumer95@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3949-4848>

***Assistant Professor, Süleyman Demirel Üniversty, elifakkas@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1401-9947>

Recieved: 17.07.2021

Accepted: 27.09.2021

Cite This Paper:

Ertümer, A. G. & Kaya, E. (2022). Sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin hasta güvenliğine etkisi, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 139-154

I. GİRİŞ

Hayatın vazgeçilmez bir parçası olan iletişim, her alanda olduğu gibi sağlık alanında da oldukça önemlidir. Sağlık profesyonelleri; hasta, hasta yakını ve hastane personeli gibi pek çok kişi ile iletişim halinde olduğu karmaşık bir yapıda görev yapmaktadır. Yani sağlık profesyonelleri her gün birçok hasta ve hasta yakını ile isteği dışında veya isteyerek iletişim kurmak durumundadır. Kurulan bu iletişim; sağlık profesyonellerinin, hastayı ve hasta yakınına daha iyi anlamasında ve empati kurmasında etkilidir. Empati kuran ve hastasının acısına tanık olan sağlık profesyonellerinin merhamet duygusundan yoksun olması beklenemez. Hastaların ihtiyaç ve endişelerine yoğunlaşmak merhamet hissini ortaya çıkaracaktır. Oluşan bu merhamet hissi zaman içerisinde yorgunluğa dönüşerek hekim ve hemşireler üzerinde bir yük oluşturmaktadır. Merhamet yorgunluğu olarak adlandırılan bu yük, sağlık profesyonellerinin meslekleri gereği oluşan doğal bir durumdur.

Merhamet yorgunluğunun bazı belirtilerine bakılacak olursa bu belirtiler; baş ağrısı, uyku bozukluğu, anksiyete, tıbbi hatalar, işkoliklik, sinirlilik, depresyon, öfke, suçlama, tükenmişlik, duygu paylaşımından kaçınmadır (Aycock ve Boyle, 2009; Lombardo ve Eyre, 2011; Pfifferling ve Gilley, 2000; Todaro-Franceschi, 2013). Merhamet yorgunluğunu önlemek için yapılması gerekenlerden bazıları ise sağlıklı ve düzenli bir hayat, düzenli egzersiz, yürüyüş, iş yoğunluğunu kabul etme ve acıyı normal karşılamadır (Showalter, 2010).

Her yıl çok sayıda hasta, güvensiz ve kalitesiz sağlık hizmeti nedeniyle yaralanmalara maruz kalmaktadır. Bu sebeple hasta güvenliği tüm dünyada önem arz eden küresel bir konudur. İnsanları kendilerini güvende hissedecekleri bir yerde tedavi etmek, onların sağlıkla ilgili önlenbilir zararlara maruz kalmasını önlemek ortak ulusal ve uluslararası çabalar gerektiren bir öncelik olmalıdır. Sağlık alanında önlenbilir tüm hatalar engellenmeli ve yapılmamalıdır. Yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmak için her hastanın güvenliğine en yüksek seviyede dikkat edilmelidir (World Health Organization [WHO], 2017).

Hasta güvenliği giderek önem kazanan güncel bir konu haline gelmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında kurum kültürü oldukça önemlidir. Kurum içerisinde hasta güvenliği ile ilgili kural ve prosedürlere uyulması, hataların göz ardı edilmemesi, ortaya çıkan hatalardan dolayı kişilerin suçlanmaması hasta güvenliği kültürünü olumlu yönde etkileyecek unsurlardır. Hasta güvenliği kültürü için kurum içerisinde oluşan ortak çaba, hastaların güvenli sağlık hizmeti almasında etkilidir.

Teknolojinin ilerlemesi ile sağlık alanında kullanılan cihazlarda da değişiklikler olmuştur. Bu durum hem insan hatalarının hem de cihaz hatalarının ortaya çıkmasına sebep olmuştur. İnsanların gelişen hızlı değişimlere ayak uyduramaması, aşırı uzmanlaşma ile hekimlerin hastaları bir bütün olarak ele alamaması, yoğun iş yükünden dolayı ortaya çıkan yorgunluk hasta güvenliğini tehlikeye atan kişisel sebeplerden bazılarıdır. Ayrıca sağlık hizmeti sunulan ortamların karmaşık, baskılı, yoğun olması hasta güvenliğinin sağlanmasını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu tür ortamlarda yanlış yapma ihtimalinin daha fazla olduğu söylenebilir fakat insan hayatının söz konusu olduğu bu ortamlarda hasta güvenliğini en üst seviyede tutmak gerekliliktir.

II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Merhamet ve Merhamet Yorgunluğu

Merhamet, koruma duygusu ile iç içe geçmiş acıma duygusudur. Acıma duygusu zayıflığın değil aksine güçlü bir ruhun emaresidir (Altuntaş, 2011). Schopenhauer (2007)'a göre merhametin sağladığı şey, kısa süreliğine acıları hafifletmektir. Çünkü gerçek sevginin özünde merhamet duygusu yer almaktadır. Merhametle alakası olmayan sevginin özünde ise bencillik duygusu bulunmaktadır. Bencillikten arınmış merhamet duygusu ile karşıdaki kişinin sevinç ve acıları paylaşılmaktadır. Kişinin acılarına, ihtiyaç ve endişelerine yoğunlaşmak, beraberinde şefkat ve merhamet hissini getirmektedir (Schopenhauer, 2009). Yapılan tüm bu tanımlar ışığında merhamet; bireyin doğuştan sahip olduğu,

büyüdükçe çevresine göre şekillenen, özünde sevgi bulanana bencillikten uzak acıma ve şefkat hissi olarak tanımlanabilir.

Sağlık profesyonelleri ve merhamet ilişkisine kısaca bakılacak olursa, yardım amaçlı mesleklerden olan tıp mesleğinin temelinde yer alan itici güç ilgidir. Hekimler, hastalarına olan ilgileri arttığı sürece gelişmekte, azaldığı sürece de tükenmektedirler. Bu noktada gösterilen ilgi hekimin şefkat gösterme düzeyini yansıtmaktadır (Özkan, 2011). Diğer yandan toplumun hekimden beklentisi hoşgörülü, şefkatli, karşısındaki kişiyi anlayabilen, merhametli ve kendi menfaatlerini hastasının ihtiyaçlarının önünde tutmayan bir insan olmasıdır (Özmen, 2012). Hemşirelik mesleğinde ise acı çeken hastalara merhamet duyma, hastalara hem özen hem de saygı gösterme üzerine kurulmalıdır. Merhamet etme duygusu hemşirelerin karakterlerine göre de şekillenmektedir. Kişilerin hastalandıklarında oluşan hassasiyetleri ve sağlık profesyonellerine duydukları bağımlılık, hemşirelere hastalarına bakmak için ahlaki açıdan da bir sorumluluk yüklemektedir. Ahlaki açıdan oluşan bu sorumluluğu yerine getirmeyen hemşirelerde hem suçluluk hem de yetersizlik duygularının arttığı gözlemlenebilmektedir (Hem ve Heggen, 2004).

Merhamet yorgunluğu kavramı ilk kez 1992 yılında Joinson tarafından yapılan araştırma ile ortaya çıkmıştır. Joinson, merhamet yorgunluğunu kriz danışmanı Doris Chase'in yaptığı tanımdan yola çıkarak bir kavram haline getirmiştir. Tükenmişliğin benzersiz bir şekli olarak tanımlanan merhamet yorgunluğunun bakım hizmeti sunan mesleklerdeki kişileri etkilediği vurgulanmıştır (Joinson, 1992). Tükenmişlik, kişinin işiyle ilgili stresin kronik bir seviyeye ulaşmasından sonra ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel enerjisinin azalması olarak tanımlanır (Öznel ve Koçak, 2004). Tükenmişliğin aksine merhamet yorgunluğu, doğrudan belirli mesleklerle bağlantılıdır. Bu meslekler; hemşireler, bakanlar, danışmanlar ve bakım hizmeti sunan mesleklerdir fakat aralarında merhamet yorgunluğuna daha duyarlı meslek grubu hemşireliktir (Joinson, 1992). Hemşire olarak görev yapmak, sayısız stres kaynağını deneyimlemektir. İş yükü, iş arkadaşları, örgütsel stres ve hastaların yerine acı çekmek bu stres kaynaklarından bazılarıdır (McHolm, 2006). Özellikle hastaların bir önceki sağlık seviyesine dönemediği alanlarda çalışan hemşireler merhamet yorgunluğu riski altındadır. Buna ek olarak hemşireler, sağlık hizmetlerinin tüm alanlarında acı çekmeye tanık olduğu unutulmamalıdır (Todaro-Franceschi, 2013). Bu noktada ikincil travma kavramından söz etmek yerinde olacaktır. Kişinin işi sebebiyle stres yaratan olaylara tanık olması sonucunda yaşadığı duygu durumudur. Bir başkasının travmatik olayını tekrar tekrar dinleyen kişi bu olaydan etkilenir ve bu etkilenmeye ikincil travma olarak adlandırılmaktadır (Stamm, 2005; Akt: Yeşil vd., 2010).

Merhameti acı çekme olarak nitelendiren Figley (1995), merhamet yorgunluğunu ise bakım maliyeti olarak tanımlamıştır. Ayrıca Figley (2002a), merhamet yorgunluğunun, verimliliği ve başkalarının acı çekmesine olan ilgiyi azalttığını da belirtmiştir. Merhamet yorgunluğunu bakım sağlayanın çalışma ortamındaki diğer insanlarla ilgili acıyı veya ıstırapı içselleştirdiği zaman ortaya çıkan sendrom olarak tanımlayan Todaro-Franceschi (2013), tüm insanların hayatlarının farklı dönemlerinde savunmasız, hassas hissedebileceğini ve insan savunmasızlığı, kırılabilirliği konusundaki bilincin; şefkatin ve merhamet yorgunluğunun temelini oluşturduğunu savunmuştur. Showalter (2010) ise merhamet yorgunluğunu, özveriyle bir şekilde kendini vermenin yansıması olarak tanımlamıştır. Bu durum bakım sağlayanlar için gurur kaynağı olmasına rağmen, zamanla bakım veren kişilerin kendini verme yeteneğine zarar vermektedir.

Merhamet yorgunluğu, çalışma durumundan ziyade acı çeken insanlara tepkiyi ifade eder. Merhamet yorgunluğu yoğun olmaktan değil, uzun süre boyunca yüksek düzeyde enerji ve şefkat vermekten, sık sık hastaları acı çekerken görmekten ve olumlu sonuçlarını deneyimleyememekten kaynaklanmaktadır (McHolm, 2006). Bakım sağlayan sağlık profesyonelleri, merhamet yorgunluğu yaşadığında sonuç empati kurma kabiliyetinde azalma ve duyarsızlaşma olmaktadır. Duyarsızlaşma, hastaya yeterli değerin gösterilmediği süreci ifade etmektedir. Merhamet yorgunluğuna sahip kişi, asabi, duygusal olarak boğulmuş ve hasta bakımı için ilgi eksikliği hissedebilmektedir. Buna ek olarak hastaya yönelik olumsuz duygular, bakım veren kişinin her hastaya aynı davranmamasına neden olmaktadır (Jenkins ve Warren, 2012).

2.2. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri

Merhamet yorgunluğu belirtileri, merhamet yoğunluğuna dikkat çeken davranış ve tepkilerin bütünüdür. Tek bir belirti veya birden çok belirti merhamet yorgunluğuna işaret edebilir. Yani belirtilerden herhangi biri merhamet yorgunluğunun varlığını ortaya koymaktadır (Figley, 2002b). Aşağıdaki tabloda merhamet yorgunluğu belirtileri yer almaktadır. Aşağıda yer alan Tablo 1, Aycock ve Boyle (2009), Lombardo ve Eyre (2011), Pfifferling ve Gilley (2000), Todaro-Franceschi (2013)'den derlenmiştir.

Tablo 1. Merhamet Yorgunluğunun Belirtileri

Fiziksel	Davranışsal	Duygusal	Manevi
<ul style="list-style-type: none"> • Baş ağrısı • Sindirim sorunları: ishal, kabızlık, mide rahatsızlığı • Kas gerginliği, sırt ağrıları • Uyku bozuklukları: uyuyamama, çok fazla uyuma • Kronik yorgunluk • Kardiyak semptomlar: göğüs ağrısı, taşikardi • Hipertansiyon • Anksiyete • Sık görülen veya uzun süren hastalıklar • Zayıflık ve baş dönmesi 	<ul style="list-style-type: none"> • Madde kullanımı: nikotin, alkol, uyuşturucu • Hastalarla daha az zaman geçirme • Gecikme ve devamsızlık sergileme • Tıbbi hatalar • Eksik kayıt tutma • Kişisel olmayan basmakalıp iletişim • İğneleme • Sinizm • İşkoliklik • Odaklanma zorluğu • İşten kaçınma veya korkma • Empati ve nesnellik dengesini koruyamama • Hastalarla ve aileler ile empati kurma yeteneğinde azalma 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresyon • Öfke • Suçlama • Sinirlilik • Azalan kişisel başarı hissi • Azalan amaç duygusu • Duyarsızlık, hissizleşme • Umutsuzluk ve çaresizlik • Özgüven eksikliği • Kaygı ve huzursuzluk • Aşırı hassasiyet • Yüksek beklenti • Tükenmişlik • Yabancılaşma ve tecrit duyguları • Yoğun hasta durumlarından kaçınma 	<ul style="list-style-type: none"> • Diğer sistemler veya inançlarla ilgili şüpheler • Boşanma, yeni bir iş veya yer değiştirme gibi büyük bir değişikliğin gerekli olduğu sonucuna varma • Tanrı'ya kızgın olma • Duygu paylaşımından kaçınma

Kaynak: Aycock ve Boyle, 2009; Lombardo ve Eyre, 2011; Pfifferling ve Gilley, 2000; Todaro-Franceschi, 2013

2.3. Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği, “sağlık hizmetine bağlı hataların önlenmesi, sağlık hizmetine bağlı hataların neden olduğu hasta hasarlarının azaltılması” olarak tanımlanmıştır (Akalın, 2014). Bir başka deyişle hasta güvenliği, sağlık hizmetinde oluşan hataların önüne geçilmesi ve bu hataların ortaya çıkardığı yaralanma ve ölümlerin azaltılması için sağlık sisteminin tümü gözden geçirilerek güvenli bir çevre yaratma sürecidir (Altındış, 2014).

Tıp etiğinde pek çok ilkedden bahsedilse de genel olarak dört ayrı ilke söz konusudur. Bu ilkeler; yararlılık, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalettir (Aydın, 2001). Hasta güvenliğinin odak noktası zarar vermemektir. Zarar vermemek ile anlatılmak istenen, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, hem sağlık hem de sosyal sistemin aksaklıklarının giderilmesi ve ilaçların güvenli bir şekilde kullanılmasını sağlamaktır. Hasta güvenliğini, finansal engeller, gereksiz yasal düzenlemeler, idari yükün fazlalığı, değişime karşı direnç, zaman, kaynak ve personel yetersizliği gibi birçok faktör etkilemektedir (Hansen vd., 2003).

Güvenli bir sağlık sisteminin öncelikleri arasında, sağlık hizmetlerinin bütününde hasta güvenliğinin sağlanması ve tıbbi hataların en aza indirilmesi yer almaktadır. Hasta güvenliğindeki amaç, hasta ve hasta yakınına, sağlık çalışanlarını hem fiziksel hem de psikolojik açıdan olumlu yönde etkileyecek bir ortam oluşturarak güvenliği sağlayabilmektir. Hasta güvenliğinin temel amacı, sağlık hizmeti sunumundaki hataların önüne geçmek, hatalar nedeniyle oluşabilecek zararlardan hastayı korumak, hata riskini en düşük seviyeye indirerek güvenli bir sağlık sistemi kurmaktır (Güven, 2007). The Joint Commission (2019)'ın hasta güvenliğinin amaçları ile ilgili standartlarına bakıldığında aşağıdaki şekillerde ifade edilmektedir:

- Hasta kimliği doğrulamalarını arttırmak,
- Sağlık hizmeti sunanlar arasındaki iletişimin etkinliğini arttırmak,
- İlaç kullanımının güvenliği arttırmak,
- Klinik alarm sistemleri ile ilgili zararı azaltmak,
- Sağlık hizmetlerindeki enfeksiyon riskini azaltmak,
- Hasta popülasyonunda oluşabilecek güvenlik risklerini tespit etmek.

III. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Pek çok meslek grubunu içinde barındıran sağlık organizasyonlarında çalışan sağlık profesyonellerinin çalışma koşulları, yorgunluk düzeyi, iletişim ve eğitim eksikliği, yanlış karar vermesi ve sezgilerini dinlemesi oluşabilecek hataları etkilemektedir. Bu olası nedenlere ek olarak her insanda doğuştan var olan merhamet duygusu, emek yoğun çalışan sağlık profesyonellerinde de bulunmaktadır. Sağlık profesyonellerinin hastaların acı çekmelerine tanık olmaları ve bu acıyı içselleştirdiklerinde ortaya çıkan duygu, merhamet yorgunluğudur. Yoğun çalışan sağlık profesyonellerinin yorgun olmaları olağan bir sonuçtur fakat oluşan bu yorgunluğun hasta güvenliğini etkilediği düşünülmektedir. Bu bağlamda çalışmanın amacı, sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin hasta güvenliğine olan etkisini ortaya koymaktır.

Bu araştırmaya Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulundan 11.06.2019 tarih ve 33/4 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır ve SYL-2019-6945 numaralı Bilimsel Araştırma Projesi (BAP) tarafından desteklenmiştir.

3.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama aracı Adams ve diğerleri (2006) tarafından geliştirilen Dinç ve Ekinci (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlanan 13 maddeden oluşan "Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek" ve Sexton ve diğerleri (2006) tarafından geliştirilen Baykal ve arkadaşları (2010) tarafından Türkçe'ye uyarlanan 46 maddelik "Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği" kullanılmıştır. Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği 6 boyuttan oluşmakta ve 5'li Likert tipindedir. Merhamet Yorgunluğu-Kısa Ölçek ise 2 boyuttan oluşmakta ve 10'lu Likert tipindedir. Araştırmada 5'li Likert için 1,00-1,80 çok düşük, 1,81-2,60 düşük, 2,61-3,40 orta, 3,41-4,20 yüksek, 4,21-5,00 çok yüksek olarak ölçümlenmiştir, 10'lu likert için ise, 1,00-2,80 çok düşük, 2,81-4,60 düşük, 4,61-6,40 orta, 6,41-8,20 yüksek, 8,21-10,00 çok yüksek olarak ölçümlenmiştir.

3.3. Evren ve Örneklem

Hekim ve hemşireleri kapsayan araştırmanın evrenini, Isparta il merkezinde sağlık hizmeti sunan SDÜ Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesinde çalışan 1579 hekim ve hemşireden oluşmaktadır. Evren büyüklüğünün belli olduğu durumlarda mevcut evrenden hata toleransı %5, güvenilirlik düzeyi %95 alındığından yaklaşık 378 hekim ve hemşire örneklem için yeterli görülmektedir (Kan, 1998). Araştırma için bahsi geçen hastanelerden 447 ankete ulaşılmış ancak 415

anket değerlendirmeye alınmıştır. Bu durumun sebebi, ölçek içerisinde bulunan kontrol sorusuna verilen yanlış yanıtlardır.

3.4. Verilerin Analizi

Anket formları ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 22.0) programı aracılığıyla bilgisayar ortamına geçirilmiş ve verilerin analizinde de SPSS 22.0 programı kullanılmıştır. Elde edilen verilerden tanımlayıcı bilgilere ulaşabilmek için aritmetik ortalama, standart sapma, frekans ve yüzde hesaplamaları ile analiz edilmiştir. İstatistiksel değerlendirmeler bu puan ortalamaları baz alınarak değerlendirilmiştir. Araştırmaya katılım sağlayan sağlık profesyonellerinden toplanan veriler, normallik testine tabi tutulmuş ve verilerin normal dağılım gösterdiği görülmüştür. Yapılan normallik testi sonuçları Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) katsayılarına göre yorumlanmıştır. Herhangi bir veri setinin normal dağılım gösterdiğini yorumlayabilmek için basıklık ve çarpıklık katsayılarının -1 ile +1 arasındaki değerlere sahip olması gerekmektedir (Hair vd., 2014). Tablo 3'ün geneline bakıldığında basıklık ve çarpıklık katsayıları -1 ile +1 değerleri arasında değiştiğinden veri seti normal dağılıma uygundur. Bu nedenle verilerin analizinde parametrik testler kullanılmıştır.

Sağlık profesyonellerine ilişkin ifadeler ve bu ifadelerin bir araya geldiği boyutların demografik değişkenlerine göre karşılaştırılmasında parametrik varsayımlar yerine getirildiği durumlarda iki grubu karşılaştırmak için iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (t testi), ikiden fazla gruplar karşılaştırıldığında ise varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Bu gruplar arasındaki farklılığın tespitini ortaya koymak için de Tukey's(b) ve LSD testi kullanılmıştır. Son olarak sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyi ile hasta güvenliği tutumu üzerindeki etkisi ise çoklu regresyon analizi ile incelenmiştir.

3.5. Varsayımlar

Araştırma kapsamındaki Isparta il merkezindeki iki hastanede görev yapmakta olan sağlık profesyonellerinin anket sorularına verdikleri cevapların gerçeği yansıttığı varsayılmaktadır.

3.6. Araştırmanın Kısıtları

Araştırma Isparta il merkezinde sağlık hizmeti sunan Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi ve Isparta Şehir Hastanesi sağlık profesyonelleri ile yapılmıştır. Araştırma bu hastanelerde görev yapan sağlık profesyonellerinin verdikleri cevaplar ile sınırlıdır. Bu nedenle ankete verilen cevaplar bu evrenin özellikleri ile sınırlı olduğundan genellemeler yapılırken bu sınırlılık dikkate alınmalıdır.

IV. BULGULAR

4.1 Sağlık Profesyonellerinin Demografik Özellikleri

Araştırmada yer alan sağlık profesyonellerinin çeşitli demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Sağlık Profesyonellerinin Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)		
21-28	146	35,3
29-39	161	38,9
40 +	107	25,8
Cinsiyet		
Kadın	256	61,7
Erkek	159	38,3
Gelir (TL)		
2000-4000	115	32,0
4001-6500	116	32,3
6501+	128	35,7
Medeni Durum		
Bekar	162	39,0
Evli	253	61,0
Mesleki Yıl		
-5	150	36,2
5-15	166	40,1
16+	98	23,7
Hastane Hizmet Süresi(Yıl)		
-1	119	28,7
2-5	163	39,4
5+	132	31,9
Haftalık Çalışma Saati		
-40	48	11,6
40-49	224	54,1
50+	142	34,3
Aylık Nöbet Sayısı		
1-5	162	39,1
6-10	122	29,5
11+	85	20,5
Nöbet yok	45	10,9
Hasta ile Etkileşim Halinde Olma		
Evet	404	97,6
Hayır	10	2,4
Görev		
Kadrolu Hemşire	124	29,9
Sözleşmeli Hemşire	75	18,1
Pratisyen Hekim	34	8,2
Uzman Hekim/Öğretim Üyesi	109	26,3
Uzmanlık Öğrencisi	73	17,6
Toplam	415	100,0

Sağlık profesyonellerinin yarısından fazlası (%61,7) kadınlardan oluşurken, yine yarısından fazlasının (%61) medeni durumu evli, yaklaşık üçte biri (%35,3) 21-28 yaş aralığında, üçte birinden fazlasının

(%35,7) gelir durumu 6501 TL ve üzerindedir. Katılımcıların yarıdan fazlasını (%52,1) hekimler oluştururken, dörtte üçünün (%76,3) 15 yıldan daha az çalıştığı, yaklaşık üçte birinin (%31,9) aynı hastanede 5 yıldan fazla çalıştığı, yarıdan fazlasının (%54,1) haftalık 40-49 saat çalıştığı, yaklaşık üçte ikisinin (%68,6) ayda 1-10 arasında nöbet tuttuğu görülmektedir. Ayrıca çalışmaya katılan sağlık profesyonellerinin %97,6'sı hasta ile etkileşim halinde olduğunu belirtmiştir.

4.2. Sağlık Profesyonellerin Merhamet Yorgunluğu ve Hasta Güvenliği Tutumlarına Yönelik Ölçek Boyutlarının Psikometrik Özellikleri

Araştırmada hekim ve hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve hasta güvenliği tutumları sekiz boyut çerçevesinde ele alınmıştır. Her bir boyutun aldığı değerler, Tablo 3'te gösterilmiştir.

Tablo 3. Merhamet Yorgunluğu ve Hasta Güvenliği Boyutlarının Psikometrik Değerleri

Boyutlar		İfade sayısı	Min/Max	\bar{X}	SS	Cronbach Alpha	Skewness	Kurtosis
Merhamet Yorgunluğu	Mesleki Tükenmişlik	8	1-10	4,469	2,088	0,871	0,381	-0,535
	İkincil Travma	5	1-10	4,406	2,020	0,786	0,518	-0,277
Hasta Güvenliği Tutumu	İş Doyumu	11	1-5	2,715	0,790	0,884	0,022	-0,358
	Ekip Çalışması	12	1,33-5	3,497	0,782	0,897	-0,380	-0,218
	Güvenlik İklimi	5	1-5	3,429	0,866	0,869	-0,301	-0,234
	Yönetim Anlayışı	7	1-5	3,357	0,893	0,887	-0,348	-0,303
	Stresi Tanımlama	5	1-5	2,946	0,908	0,765	0,228	-0,487
	Çalışma Koşulları	6	1-5	3,393	0,817	0,771	-0,234	-0,058

Veri toplama aracının güvenilirliği, alpha değeri temel alınarak Cronbach Alpha katsayısı hesaplanarak değerlendirilmiştir. Ölçeğin “oldukça güvenilir” bir niteliğe sahip olabilmesi için, Cronbach Alpha katsayısının 0,60 ile 0,80 değerleri arasında olması gerekmektedir. 0,80 ve üzeri katsayılar ise “yüksek düzeyde” güvenilir olarak nitelendirilebilir (Kalaycı, 2010). Tablo 3’de boyutların Cronbach Alpha katsayıları incelendiğinde, katsayıların kabul edilebilir düzeyin üzerinde olduğu görülmektedir. Bu durumda ölçeklerdeki sorular tutarlı ve güvenilir bir nitelik taşımaktadır.

Ankette bulunan sekiz boyut aşağıdaki gibidir:

Mesleki Tükenmişlik: Mesleki tükenmişlik boyutu 8 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade sağlık profesyonellerinde meydana gelen mesleki tükenmişlik unsurunun merhamet yorgunluğu üzerindeki önemini ifade etmektedir. Mesleki tükenmişlik boyutunun aritmetik ortalaması 4,469 ve standart sapması 2,088 olarak bulunmuştur. Mesleki tükenmişlik boyutunun aritmetik ortalamasına bakıldığında, sağlık profesyonellerinin mesleki tükenmişlik düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,871 olarak yüksek düzeyde güvenilir çıkmıştır.

İkincil Travma: İkincil travma boyutu 5 ifadeden oluşmaktadır. Her bir ifade sağlık profesyonellerinde meydana gelen ikincil travma unsurunun merhamet yorgunluğu üzerindeki önemini ifade etmektedir. İkincil travma boyutunun aritmetik ortalaması 4,406 ve standart sapması 2,020 olarak bulunmuştur. İkincil travma boyutunun aritmetik ortalamasına bakıldığında, sağlık profesyonellerinin

ikincil travma yaşama düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,786 puan ile güvenilir bulunmuştur.

İş doyumu: İş doyumu boyutu 11 ifadeden oluşmaktadır. Boyut içerisinde yer alan ifadeler sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği tutumu üzerinde iş doyumu unsurunun önemini ifade etmektedir. İş doyumu boyutunun aritmetik ortalaması 2,715 ve standart sapması 0,790 olarak bulunmuştur. İş doyumunun aritmetik ortalamasına bakıldığında, orta düzeyde olduğu görülmektedir. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,884 olarak yüksek düzeyde güvenilir çıkmıştır.

Ekip Çalışması: Ekip çalışması boyutu 12 ifadeden oluşmaktadır. Boyut içerisindeki ifadeler sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği tutumu üzerinde ekip çalışması unsurunun önemini ifade etmektedir. Ekip çalışması boyutunun aritmetik ortalaması 3,497 ve standart sapması 0,782 olarak bulunmuştur. Ekip çalışması boyutunun aritmetik ortalamasına bakıldığında yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,897 puan ile yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur.

Güvenlik İklimi: Güvenlik iklimi boyutu 5 ifadeden oluşmaktadır. Boyut içerisindeki ifadeler sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği tutumu üzerinde güvenlik iklimi unsurunun önemini ifade etmektedir. Güvenlik iklimi boyutunun aritmetik ortalaması 3,429 ve standart sapması 0,866 olarak bulunmuştur. Güvenlik iklimi boyutunun aritmetik ortalamasına bakıldığında yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,869 puan ile yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur.

Yönetim Anlayışı: Yönetim anlayışı boyutu 7 ifadeden oluşmaktadır. Boyut içerisinde yer alan ifadeler sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği tutumu üzerinde yönetim anlayışı unsurunun önemini ifade etmektedir. Yönetim anlayışı boyutunun aritmetik ortalaması 3,357 ve standart sapması 0,893 olarak bulunmuştur. Yönetim anlayışının aritmetik ortalamasına bakıldığında orta düzeyde olduğu görülmektedir. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,887 puan ile yüksek düzeyde güvenilir bulunmuştur.

Stresi Tanımlama: Stresi tanımlama boyutu 5 ifadeden oluşmaktadır. Boyut içerisinde yer alan ifadeler sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği tutumu üzerinde stres unsurunun önemini ifade etmektedir. Stresi tanımlama boyutunun aritmetik ortalaması 2,946 ve standart sapması 0,908 olarak bulunmuştur. Stresi tanımlama boyutunun aritmetik ortalamasına bakıldığında, orta düzeyde olduğu görülmektedir. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,765 puan ile güvenilirdir.

Çalışma Koşulları: Çalışma koşulları boyutu 6 ifadeden oluşmaktadır. Boyut içerisinde yer alan ifadeler sağlık profesyonellerinin hasta güvenliği tutumu üzerinde çalışma koşulları unsurunun önemini ifade etmektedir. Çalışma koşulları boyutunun aritmetik ortalaması 3,393 ve standart sapması 0,817 olarak bulunmuştur. Çalışma koşullarının aritmetik ortalamasına bakıldığında, orta düzeyde olduğu görülmektedir. Boyutun güvenilirlik derecesi (Cronbach Alpha) ise 0,771 olarak güvenilirdir.

4.3. Merhamet Yorgunluğunun Hasta Güvenliği Tutumu Üzerindeki Etkisi

Merhamet yorgunluğunun hasta güvenliği tutumu alt boyutları üzerindeki etkisi çoklu regresyon analizi (Enter Yöntemi) ile analiz edilmiştir. Regresyon denklemine bağımsız değişken olarak merhamet yorgunluğu, bağımlı değişken olarak da iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları eklenmiştir. Regresyon analizi sonuçları Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Merhamet Yorgunluğu Boyutlarının Hasta Güvenliği Tutumu Üzerindeki Etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı Değişken	Model Özeti		Etkiler			ANOVA	
		R	R ²	β	t	p	F	p
Merhamet Yorgunluğu	İş Doyumu	0,274	0,075	-0,274	-5,434	0,000*	29,528	0,000*
Merhamet Yorgunluğu	Ekip Çalışması	0,339	0,115	-0,339	-6,982	0,000*	48,748	0,000*
Merhamet Yorgunluğu	Güvenlik İklimi	0,284	0,080	-0,284	-5,788	0,000*	33,497	0,000*
Merhamet Yorgunluğu	Yönetim Anlayışı	0,263	0,069	-0,263	-5,356	0,000*	28,687	0,000*
Merhamet Yorgunluğu	Stresi Tanımlama	0,439	0,193	-0,439	-9,554	0,000*	91,284	0,000*
Merhamet Yorgunluğu	Çalışma Koşulları	0,538	0,289	-0,538	-12,578	0,000*	158,196	0,000*

Tablo 4 incelendiğinde merhamet yorgunluğu ile hasta güvenliği tutumu boyutlarından iş doyumu arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=29,528$, $p=0,000$). Bu model iş doyumu boyutundaki değişimin yaklaşık %7'sini ($R^2=0,075$) açıklamaktadır. Analiz sonucunda merhamet yorgunluğu ($\beta=-0,274$, $t=-5,434$, $p=0,000$) hasta güvenliği tutumu boyutlarından iş doyumu üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahiptir. Bu durumda merhamet yorgunluğu arttıkça iş doyumunun azalması beklenmektedir. Yani merhamet yorgunluğu, sağlık profesyonellerinin işinden aldığı hazzı ve mutluluğu negatif yönde etkilemektedir.

Merhamet yorgunluğu ile hasta güvenliği tutumu boyutlarından ekip çalışması arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=48,748$, $p=0,000$). Bu model ekip çalışması boyutundaki değişimin yaklaşık %11'ini ($R^2=0,115$) açıklamaktadır. Analiz sonucunda merhamet yorgunluğu ($\beta=-0,339$, $t=-6,982$, $p=0,000$) hasta güvenliği tutumu boyutlarından ekip çalışması üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahiptir. Bu durumda merhamet yorgunluğu arttıkça ekip çalışmasının azalması beklenmektedir. Sağlık profesyonellerinin yaşadığı merhamet yorgunluğu, sağlık hizmeti sunulan kurumlardaki birlik ve beraberliği etkileyerek, ekip halinde çalışmayı olumsuz yönde etkilemektedir.

Merhamet yorgunluğu ile hasta güvenliği tutumu boyutlarından güvenlik iklimi arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=33,497$, $p=0,000$). Bu model güvenlik iklimi boyutundaki değişimin yaklaşık %8'ini ($R^2=0,080$) açıklamaktadır. Analiz sonucunda merhamet yorgunluğu ($\beta=-0,284$, $t=-5,788$, $p=0,000$) hasta güvenliği tutumu boyutlarından güvenlik iklimi üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahiptir. Bu durumda merhamet yorgunluğu arttıkça güvenlik ikliminin azalması beklenmektedir. Yani sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu yaşaması, hasta güvenliğine ilişkin prosedür, kural ve yönergelerin dikkate alınmasında olumsuz bir etkiye sahiptir.

Merhamet yorgunluğu ile hasta güvenliği tutumu boyutlarından yönetim anlayışı arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=28,687$, $p=0,000$), Bu model yönetim anlayışı boyutundaki değişimin yaklaşık %6'sını ($R^2=0,069$) açıklamaktadır. Analiz sonucunda merhamet yorgunluğu ($\beta=-0,263$, $t=-5,356$, $p=0,000$) hasta güvenliği tutumu boyutlarından yönetim anlayışı üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahiptir. Bu durumda merhamet yorgunluğu arttıkça yönetimin memnuniyetinin azalması beklenmektedir. Sağlık profesyonellerinin hastane yönetiminden memnun olma düzeyini ve yönetimin sağlık profesyonellerine olan desteğini, merhamet yorgunluğu negatif yönde etkilemektedir.

Merhamet yorgunluğu ile hasta güvenliği tutumu boyutlarından stresi tanımlama arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=91,284$, $p=0,000$). Bu model stresi tanımlama boyutundaki değişimin yaklaşık %19'unu ($R^2=0,193$) açıklamaktadır. Analiz sonucunda merhamet yorgunluğu ($\beta=-0,439$, $t=-9,554$, $p=0,000$) hasta güvenliği tutumu boyutlarından stresi tanımlama üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahiptir. Bu durumda merhamet yorgunluğu arttıkça stres kaynaklı iş performansının azalması beklenmektedir. Sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu, stres faktörlerinden dolayı iş performansını ve kendi stresleri ile ilgili tutumlarını olumsuz yönde etkilemektedir.

Merhamet yorgunluğu ile hasta güvenliği tutumu boyutlarından çalışma koşulları arasında kurulan çoklu regresyon modeli önemli bulunmuştur ($F=158,196$, $p=0,000$). Bu model çalışma koşulları boyutundaki değişimin yaklaşık %28'ini ($R^2=0,289$) açıklamaktadır. Analiz sonucunda merhamet yorgunluğu ($\beta=-0,538$, $t=-12,578$, $p=0,000$) hasta güvenliği tutumu boyutlarından çalışma koşulları üzerinde anlamlı ve negatif bir etkiye sahiptir. Bu durumda merhamet yorgunluğu arttıkça çalışma koşullarının kalitesinin azalması beklenmektedir. Sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu, çalışma ortamındaki iletişimi ve huzuru negatif yönde etkilemektedir.

V. TARTIŞMA

Bu bölümde yapılan analizler neticesinde elde edilen bulgular tartışılarak, merhamet yorgunluğu ve hasta güvenliği tutumuna ilişkin çalışmaların bulguları karşılaştırılmıştır. Türkiye'de bu çalışmada kullanılan iki ölçeğin bir arada kullanıldığı başka bir çalışmaya rastlanılmadığından çalışma, benzer çalışmalar ile karşılaştırılmıştır. Hasta güvenliği kültürü ve merhamet yorgunluğundan oluşan ortam ve şartların, yerel etkiler altında olduğu düşünüldüğü için karşılaştırılmalarda Türkiye'de yapılan araştırmalara yer verilmiştir.

Adanır (2019)'ın çalışmasında hemşirelerin %51,5'unun merhamet yorgunluğu açısından yüksek riskli olduğu bulunmuştur. Koca (2018)'nin çalışmasında hemşirelerin %41,5'inin merhamet yorgunluğu düzeyinin yüksek olduğu saptanmıştır. Bu çalışmaların aksine merhamet yorgunluğu alt boyutu olan mesleki tükenmişlik ve ikincil travma orta düzeyin (4,61-6,40) altında bir değer aldığından sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyleri düşüktür. Bu durumda sağlık profesyonellerinin, işlerini severek yapmaları, kaybettikleri hastaları olduğu kadar hayata geri kazandırdıkları hastalarının olması etkili olabilir. Özcan (2019)'nın çalışmasında da merhamet yorgunluğu orta düzeyin altında bir değer aldığından hemşirelerin merhamet yorgunluğu düzeyleri düşük bulunmuştur.

Balık (2014) ve Bahar (2018)'in hemşireler ile yaptıkları çalışmalarda hasta güvenliği tutumu alt boyutu olan iş doyumu en yüksek puanı alırken, güvenlik iklimi alt boyutu en düşük puanı almıştır. Söğüt (2019)'ün ameliyathane çalışanları ile yaptığı çalışmasında da yine aynı şekilde iş doyumu en yüksek puanı alırken güvenlik iklimi en düşük puanı almıştır. Yılmaz ve arkadaşlarının (2017) sağlık çalışanları ile yaptığı çalışmasında algılanan stres en yüksek puanı alırken, çalışma koşulları en düşük puanı almıştır. Özer ve arkadaşlarının (2017) hemşireler ile yaptığı çalışmada en yüksek puanı yönetim anlayışı, en düşük puanı stresi tanımlama almıştır. Son olarak Bal (2019)'ın hemşireler ile yaptığı çalışmasında en yüksek puanı ekip çalışması, en düşük puanı stresi tanımlama almıştır. Hasta güvenliği tutumu alt boyutu olan iş doyumu, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları (2,61-3,40) orta düzeyde değer alırken, ekip çalışması ve güvenlik iklimi orta düzeyin üzerinde değer almıştır. Ayrıca en yüksek puanı ekip çalışması, en düşük puanı iş doyumu almıştır. Bu durumda sağlık profesyonellerinin iş doyumuna, yönetimden memnun olmalarına, stres kaynaklı iş performansında azalmaya ve çalışma koşullarına daha az önem verirken ekip çalışması ve hasta güvenliğine daha fazla önem verdikleri sonucuna ulaşılabilir. Bunun sebebi insan hayatının söz konusu olduğu sağlık hizmetlerinde hasta güvenliğine önem vermenin ve ekip halinde çalışmanın hastaya daha fazla fayda sağlayacak olması olabilir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmada sağlık profesyonellerinin merhamet yorgunluğu düzeyinin hasta güvenliği tutumuna etkisi incelenmiştir. Bu kapsamda Isparta il merkezinde iki hastanede çalışan 415 sağlık profesyoneline ulaşılmıştır.

Sağlık profesyonellerine merhamet yorgunluğu ve hasta güvenliğine yönelik demografik ifadeler haricinde toplam 59 ifade sunulmuş, “Mesleki Tükenmişlik, İkincil Travma, İş Doyumu, Ekip Çalışması, Güvenlik İklimi, Yönetim Anlayışı, Stresi Tanımlama, Çalışma Koşulları” boyutlarıyla ele alınmıştır.

Hasta güvenliği tutumu alt boyutu olan iş doyumu, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları sağlık profesyonellerinden orta düzeyde değer alırken, ekip çalışması ve güvenlik iklimi orta düzeyin üzerinde değer olarak sağlık profesyonellerinin yüksek katılım gösterdiği tespit edilmiştir.

Çoklu regresyon analizi sonucunda merhamet yorgunluğu ile hasta güvenliği alt boyutu olan iş doyumu, ekip çalışması, güvenlik iklimi, yönetim anlayışı, stresi tanımlama ve çalışma koşulları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu noktada sağlık profesyonellerinin yaşadığı merhamet yorgunluğunun, hasta güvenliği tutumunu negatif yönde etkilediği tespit edilmiştir.

Bu sonuçlardan hareketle aşağıdaki öneriler geliştirilebilir;

- Hatalı uygulamaların ve istenmeyen olayların bildirim için sağlık profesyonellerinin cesareti kırılmamalıdır. Yani hataların bildirimine ilişkin korkular ortadan kaldırılmalıdır. Bunun için rapor eden sağlık profesyonelleri korunmalı, hata yapan kişileri suçlama ve cezalandırmanın önüne geçilmelidir.
- Hasta güvenliğine yönelik uygulamaların etkinliğini arttırmak için hastane yönetiminin desteği sağlanmalıdır.
- Merhamet yorgunluğunun kontrol altında tutulabilmesi için, sağlık çalışanlarına yönelik rehberlik danışma birimi kurularak, aktif kullanımı sağlanabilir.
- Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği, yalnızca bir tutum ölçeği niteliği taşımadığı, aynı zamanda hasta güvenliği algısını da ölçtüğü tespit edilmiştir. İsim olarak kısmen tutarsızlık taşımasından dolayı yeni ölçek geliştirilmesinin iyi olabileceği düşünülmektedir.

Etik Kurul İzni: Süleyman Demirel Üniversitesi Etik Kurulundan 11.06.2019 tarih ve 33/4 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Adanır, A. (2019). *Onkoloji ve palyatif bakım kliniklerinde çalışan hemşirelerin merhamet yorgunluğu ve stresle başa çıkma tarzlarının belirlenmesi* (Tez No. 56350). Yüksek lisans tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Akalın, H. E. (2014). Hasta güvenliği: Değişen paradigma. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 32, 64-67.
- Altındış, M. (2014). Hasta güvenliği ve komplikasyonlar. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 32, 68-73.
- Altuntaş, H. (2011). Merhamet ve şefkat çağrısı içinde Hz. Peygamber ve merhamet eğitimi. Diyanet İşleri Başkanlığı Yayınevi.
- Aycock, N. & Boyle, D. (2009). Interventions to manage compassion fatigue in oncology nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(2),183-191.

- Aydın, E. (2001). *Tip etiğinde temel ilkeler*. I. Ulusal Uygulamalı Etik Kongresi Kitabı, 12-13 Kasım, Ankara.
- Bahar, S. (2018). *Cerrahi birimlerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi* (Tez No. 519516). Yüksek lisans tezi, Namık Kemal Üniversitesi, Tekirdağ.
- Bal, G. (2019). *Yoğun bakım hemşirelerinin hasta güvenliğine ilişkin tutumlarının değerlendirilmesi* (Tez No. 575984). Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Balık, H., (2014). *Acil servislerde çalışan hemşirelerin hasta güvenliğine ilişkin tutumları* (Tez No. 361548). Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Baykal, Ü., Şahin, N. H. & Altuntaş, S. (2010). Hasta Güvenliği Tutum Ölçeği'nin Türkçe 'ye uyarlanması. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*. 7 (1), 39-45.
- Dinç S. & Ekinci M. (2019). Merhamet Yorgunluğu Kısa Ölçeği'nin Türkçe 'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 192-202.
- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. Routledge Taylor&Francis Group.
- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, Routledge Taylor&Francis Group.
- Güven, R. (2007). *Dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarında hasta güvenliği kavramı*. V. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi, 4-8 Nisan, Antalya.
- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J. & Anderson, R. E. (2014). *Pearson new international edition*, British Library Cataloguing- in-Publication Data.
- Hansen, M. M., Durbin, J., Sinkowitz, R., Vaughn, A., Langowski, M. & Gleason, S. (2003). Do No Harm Provider Perceptions of Patient Safety. *Journal of Nursing Administration*, 33(10), 507-508.
- Hem, M. H. & Heggen K. (2004). Is compassion essential to nursing practice? *Contemp Nurse*, 17(1-2),19-31.
- Jenkins, B. & Warren, N. A. (2012). Conceptanalysis: Compassion fatigue and effects upon critical care nurses. *Critical Care Nursing Quarterly*, 35, 388-395.
- Joinson, C. (1992). Coping with compassion fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-121.
- Kan, İ. (1998). *Biyoistatistik*, Uludağ Üniversitesi Yayınları.
- Kalaycı, Ş. (Ed.) (2010). *Spss uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri "güvenilirlik analizi"*. Asil Yayın Dağıtım.
- Koca, F. (2018). *Hemşirelerde merhamet yorgunluğu ve etkili faktörlerin incelenmesi* (Tez No. 526352). Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul.
- Lombardo, B. & Eyre, C. (2011). Compassion fatigue: A nurse's primer. *The Online Journal Of Issues in Nursing*, 16(1), Manuscript 3.

- Mchholm, F. (2006). Rx For Compassion Fatigue. *Journal of Christian Nursing*, 23(4), 12-19.
- Özan, A. (2019). *Yoğun bakım hemşirelerinde merhametin ve merhamet yorgunluğunun belirlenmesi* (Tez No. 534288). Yüksek lisans tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Özensel, E. & Koçak, A. (2004). *Hekimler ve hekimlik: Hekimlerin mesleki görüş ve tutumları-iş doyumları ve tükenmişlik düzeyleri*. Çizgi Kitabevi Yayınları.
- Özer, Ö., Şantaş, F., Gün, Ç., & Şentürk, S. (2017). Hemşirelerin hasta güvenliği tutumlarına ilişkin algılarının değerlendirilmesi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2),161-168.
- Özkan, Z. (2011). *66 soruda sağlıkta iletişim gücü*. Optimist Yayım ve Dağıtım.
- Özmen, E. (2019, Haziran 19). *Hekimden merhamet duygusunu alın, geriye neyi kalır ki?*, <https://www.medimagazin.com.tr/authors/erol-ozmen/tr-hekimden-merhamet-duygusunu-alin-geriye-neyi-kalir-ki-72-47-3197.html>.
- Pfifferling, J. H. & Gilley, K. (2018, Kasım 26). Overcoming compassion fatigue. *Family Practice Management*, 7(4), 39-44.
- Schopenhauer, A. (2007). *Merhamet* (Z. Kocatürk, Çev.). Dergâh Yayınları.
- Schopenhauer, A. (2009). *Hukuk, ahlak ve siyaset üzerine*, (A. Aydoğan, Çev.). Say Yayınları.
- Showalter, S. E. (2010). Compassion fatigue: What is it? Why does it matter? Recognizing the symptoms, acknowledging the impact, developing the tools to prevent compassion fatigue, and strengthen the professional already suffering from the effects. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 27(4), 239-242.
- Söğüt, M.T. (2019). *Ameliyathane çalışanlarında ekip çalışması tutumu ile hasta güvenliği tutumu arasındaki ilişkinin incelenmesi* (Tez No. 607887). Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir.
- The Joint Commission. (2019). National patient safety goals effective: Hospital accreditation program.
- Todaro-Franceschi, V. (2013). *Compassion fatigue and burnout in nursing: enhancing professional quality of life*. Springer Publishing Company.
- World Health Organization. (2017). Patient safety: Making health care safer.
- Yılmaz, A., Işık, O., & Akça, N. (2017). Hastane çalışanlarının hasta güvenliği tutumu algı düzeylerinin belirlenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 20(1), 69-80.
- Yeşil, A., Aker, A. T. & Sezgin, U. (2009). Hemodiyaliz tedavisi gören hastalara bakım veren ekipte ruhsal belirtiler. *Düşünen Adam*, 22 (1-4), 9-17.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

KAMU SAĞLIK HARCAMALARININ ÖZEL SEKTÖR SAĞLIK HARCAMALARINA YÖNELİK DIŞLAMA VE DESTEKLEME ETKİSİ: TÜRKİYE İÇİN AMPİRİK BİR ANALİZ

İbrahim ÇINAR*
Ceyda ERDEN ÖZSOY**

ÖZ

Bu çalışma, Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının, özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama ve destekleme etkisini belirlemeyi amaçlamaktadır. Analizlerde, VECM (Vektör Hata Düzeltme) modelinden yararlanılmıştır. Analiz verileri 1999q1-2018q4 dönemlerini kapsamaktadır. Modelin değişkenleri özel sektör sağlık harcamaları, kamu toplam sağlık yatırımları, kamu cari sağlık harcamaları, gayri safi yurtiçi hasıla, tüketici fiyat endeksi ve faiz oranından oluşmaktadır. Değişkenlere ilişkin analiz sonuçlarına göre, kısa ve uzun dönemde, kamu toplam sağlık yatırımlarının, özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama etkisi oluşturduğu, kamu cari sağlık harcamalarının, özel sektör sağlık harcamalarına yönelik destekleme etkisine neden olduğu sonucuna varılmıştır. Kısa dönemde, kamu toplam sağlık yatırımlarının dışlama etkisi, kamu cari sağlık harcamalarının destekleme etkisine göre daha büyükken, uzun dönemde, kamu cari sağlık harcamalarının destekleme etkisinin, kamu toplam sağlık yatırımlarının dışlama etkisine göre daha büyük olduğu sonucu bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dışlama etkisi, destekleme etkisi, kamu sağlık harcamaları, özel sektör sağlık harcamaları, Türkiye.

MAKALE HAKKINDA

* Öğr. Gör. Dr. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu İlk ve Acil Yardım Programı, ibrahimcinarhealtheconomicTurkey@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1122-3130>

** Prof. Dr. Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İktisat Bölümü, ceydae@anadolu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4321-6069>

Gönderim Tarihi:

Kabul Tarihi:

Atıfta Bulunmak İçin:

Çınar, İ. & Erden Özsoy, C. (2022). Kamu sağlık harcamalarının özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama ve destekleme etkisi: Türkiye için ampirik bir analiz. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 155-174

RESEARCH ARTICLE

CROWDING OUT AND CROWDING IN EFFECT OF PUBLIC HEALTH EXPENDITURES ON PRIVATE HEALTH EXPENDITURES: AN EMPIRICAL ANALYSIS FOR TURKEY

İbrahim ÇINAR*
Ceyda ERDEN ÖZSOY**

ABSTRACT

This study aims to determine the crowding-out and crowding-in effect of public health expenditures on private sector health expenditures in Turkey. In the analyzes, VEC (Vector Error Correction) model was used. Analysis data covers the period between 1999q1-2018q4. The variables of the model are private sector health expenditures, public total health investments, public current health expenditures, gross domestic product, consumer price index and interest rate. According to the analysis results of the variables, it is concluded that, in the short and long term, public total health investments have an crowding-out effect on private sector health expenditures, while public current health expenditures have an crowding-in effect on private sector health expenditures. While the crowding-out effect of total public health investments in the short run is greater than the crowding-in effect of public current health expenditures, it is found that in the long run, the crowding-in effect of public current health expenditures is greater than the crowding-out effect of public total health investments.

Keywords: Crowding-out, crowding-in, public health expenditures, private health expenditures, Turkey.

ARTICLE INFO

* Lecturer, Dr. İzmir Kâtip Çelebi University, ibrahimecinarhealtheconomicTurkey@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1122-3130>.

** Prof. Dr. Anadolu University, ceydae@anadolu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4321-6069>

Received:

Accepted:

Cite This Paper:

Çınar, İ. & Erden Özsoy, C. (2022). Kamu sağlık harcamalarının özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama ve destekleme etkisi: Türkiye için ampirik bir analiz. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 155-174

I. GİRİŞ

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından, sadece hastalıkların olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içerisinde olma durumu olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2020). Hastalık, öznel ve nesnel olarak değerlendirilen bir kavramdır. Öznel olarak bireyin bedensel ve ruhsal olarak hissettiği değişiklikleri tanımlarken, nesnel olarak gözle görülebilen, ölçülebilen, belirti ve bulguların olduğu durumları ifade etmektedir (Hayran ve Sur, 1998). Sağlık hizmetleri hastalıklardan koruyucu önlemler, hastalıkları tedavi edici ve hastalıklara yönelik rehabilitasyon hizmetlerini kapsayan hizmetlerin tümüdür (Akdur, 2005).

Sağlık ekonomisi, ekonominin temel kurallarının sağlık hizmetlerine uygulanmasıdır (Çelik, 2013). Sınırlı kaynakların son yıllarda dünya genelinde ve ülkemizde sağlık alanına çokça harcanmaya başlanması nedeniyle oldukça önem kazanmaya başlamıştır. Dünyada sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya (GSYH) oranı 2000 yılında ortalama %9 olarak gerçekleşmiştir. Sonraki yirmi yılda artış göstererek yaklaşık %10'a yükselmiştir (The World Bank, 2020). Birleşmiş Milletler (UN) istatistiklerine göre Dünyada 1950-1955 yılları arasında doğumda beklenen yaşam süresi 47 iken, 2015-2020 yılları arasında 72 olmuş, 2020-2025 yılları arasında da yaklaşık 73 olarak beklenmektedir (United Nation [UN], 2020). Nüfusun ve yaşam süresinin artışı ile birlikte kişi başına düşen sağlık harcamaları da artmıştır. Bununla birlikte sağlık alanında meydana gelen teknolojik yenilikler ve hastalıkların geçmiş yıllara göre nedenlerinin belirlenip tedavi edilebiliyor olması, hastalıklar için uzun süreli tedavi imkanları oluşturmuş (Semercigil, 2015), sağlık hizmetleri arz ve talebini arttırmış, sağlık hizmetlerinin maliyetlerini yükseltip, sağlık harcamalarının kamu açısından önemini göz önüne getirmiştir (Bernell, 2016; The World Bank, 2020; Wellay vd., 2018).

Sağlık harcamaları kamu ya da özel sektör tarafından sağlığa yönelik yapılan harcamalardır. Ülke nüfusunun daha sağlıklı olması amacıyla yapılmaktadır. Bu harcamalar sayesinde ülke vatandaşları koruyucu, tanılayıcı, tedavi edici, rehabilite edici hizmetlere erişebilmekte, sağlık harcamalarının katastrofik etkisinden korunabilmektedir. Sağlık harcamaları beşerî sermayeyi arttırarak kalkınmada önemli bir rol oynarken, fırsat maliyeti de bulunmaktadır (Choi vd., 2015; Barwick vd., 2018; Dhrifi, 2018; Siami-Namini, 2018; Boyce ve Brown, 2019; Kalantary vd., 2021; Moreno-Luna vd., 2021). Türkiye'de sağlık harcamalarının gelişimi incelendiğinde, 1999 yılında GSYH'nin %4,7'si sağlık harcamaları için kullanılırken, 2007-2009 yılları arasında bu oran %5,8'e yükselmiş, 2019 yılında tekrar %4,7 olarak gerçekleşmiştir. 2002 yılında kişi başına kamu sağlık harcamasının 201 TL olduğu, yıllar itibarıyla bir artış eğilimi ile birlikte 2019 yılında 1899 TL'ye ulaştığı belirtilmiştir. Kişi başına özel sektör sağlık harcamalarının da 2002 yılında 83 TL olduğu, 2019 yılında 535 TL'ye yükseldiği ifade edilmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2020). Ayrıca kamu sağlık harcamalarının artışı ve sosyal güvenlik şemsiyesinin tüm toplumu kapsayacak şekilde genişletilmesiyle birlikte katastrofik sağlık harcamalarının azaldığı bilinmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıkları, 2019; The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2020).

Bu çalışma Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama ve destekleme etkisini analiz etmeyi amaçlamaktadır. Dışlama etkisi (Crowding out), kamunun uyguladığı genişletici maliye politikasının oluşturduğu etkiler nedeniyle ortaya çıkan çeşitli sonuçlardan dolayı, özel sektörün yatırımlarının azalmasıdır. Destekleme etkisi (Crowding in) dışlama etkisinin tersi bir durumdur. Kamu yatırımlarının özel sektör yatırımlarını tamamlayıcı özellikte olmasıyla ortaya çıkmaktadır. Destekleme etkisinde kamu yatırımları özel sektörün üretkenliğini arttırmaktadır. Çünkü bu yatırımlar özel sektörün yatırım yapamayacağı ya da yapmak istemeyeceği alanlarda yapılmakta ve özel sektöre yeni yatırım alanları açılabilir (Şen ve Kaya, 2014).

Çalışmada öncelikle çeşitli iktisadi görüşlere göre dışlama ve destekleme etkileri üzerindeki tartışmalara değinilmekte, sonraki bölümde konuyla ilgili alanyazın taramasına yer verilmektedir. Çalışmanın ekonometrik modeli VECM modeline dayandırılmaktadır. Modele ilişkin bulgular sonuç kısmında ayrıntılarıyla belirtilmektedir.

İktisadi görüşler kamunun genişletici maliye politikasının dışlama veya destekleme etkisine yönelik farklı görüşlere sahiptirler. Bu görüşler incelendiğinde Klasik, Arz Yönlü, Monetarist, Neo-Klasik, Neo-Keynesyen görüşe sahip ekonomistlerin genişletici maliye politikası sonrasında çoğunlukla dışlama etkisi oluşacağını düşündükleri görülmektedir. Bu görüşü savunan arz yönlü ekonomistler genişleme sonrası vergi artışının dışlama etkisi oluşturacağını ifade etmektedirler. Monetarist ve Neo-Klasik ekonomistler, ekonominin potansiyel hasıla düzeyinde olması nedeniyle mali genişlemenin faiz oranlarını arttıracığını düşünmektedirler. Monetarist ekonomistler, genişleme amacıyla yapılan borçlanmanın gelecekteki sermaye birikimini azaltacağı ve dışlama etkisi oluşturacağını belirtmektedirler. Neo-Keynesyen ekonomistler, genişletici bir maliye politikası sonrasında kısa dönemde istihdamın ve üretimin artmasının yanında faizlerin ve paranın değerinin de artacağını ve dışlama etkisi oluşacağını öne sürmektedirler. Monetarist ekonomistler paranın ikamesi tahvil olduğunda, Neo-Klasikler ekonomistler de enflasyonu azaltmak için daraltıcı maliye politikası uygulandığında destekleme etkisi oluşabileceğini düşünmektedirler (Van der Ploeg, 2005; Hassett, 2009; Şen ve Kaya, 2014; Chen vd., 2015). Yeni-Keynesyen ekonomistler, genişletici maliye politikalarının dışlama etkisi oluşturduğunu düşünürlerken, genişletici maliye politikasının ilk etkisinin büyük olduğunu ancak zamanla fiyatlar, ücretler ve faiz oranları yükseldiği için etkisinin azalarak dışlama etkisinin oluştuğunu ifade ederler (Cogan vd., 2010).

Keynesyen ve Post-Keynesyen ekonomistler genişletici maliye politikası sonrasında destekleme etkisi ortaya çıkacağını düşünmektedirler. Keynesyen ekonomistlere göre, ekonomi depresyonda, faizler düşük ve ülkede âtil kaynaklar varsa destekleme etkisi ortaya çıkmaktadır (Rees, 2017). Ayrıca yatırımların faizlere duyarsız olması ve likidite tuzağı durumlarında destekleme etkisi oluşacağını düşünmektedirler (Michl, 2015). Post-Keynesyen ekonomistler de kamu açıkları ile faiz oranları arasında ters yönlü bir ilişki olduğunu (Katsaitis, 1987), kamunun mali açıklarının özel sektör karlarını arttırdığını ifade etmektedirler (Lavoie, 2009).

Yeni-Klasik ekonomistler genişletici maliye politikasının etkisinin olmadığını, çünkü hanehalklarının rasyonel davranabildiklerini düşünmektedirler. Rasyonel davranan hanehalkları, kamunun genişletici bir maliye politikası sonrasında gelecek yıllarda vergi artışına gidileceğini düşünmektedirler. Hanehalkları bu vergi artışını karşılayabilmek için bugün ellerine geçen gelirden tasarruf yapmaktadırlar. Bu nedenle genişletici maliye politikası sonucu dışlama veya destekleme etkisinin oluşmadığını belirtmektedirler (Mankiw ve Taylor, 2011).

Sağlık harcamalarının dışlama ve destekleme etkisine yönelik araştırmalar incelendiği zaman, kamu sağlık harcamalarının çeşitli ülkelerde değişik etkiler oluşturabildiği görülmektedir. Kamunun harcama yaptığı sektöre ve kamu harcamasının finansman şekline göre de dışlama ve destekleme etkisinin farklılaştığı göze çarpmaktadır. Yapılan araştırmalar incelendiğinde;

OECD ülkelerinde, Panel Veri Analizi yöntemi kullanılarak yapılan araştırmada, kamu sağlık harcamalarının özel sektör yatırım harcamalarını dışlamadığı (Ünsal, 2020) sonucuna ulaşılmıştır.

Taiwan'da Vektör Otoregresyon Modeli (VAR) ve Genelleştirilmiş Momentler Yöntemi (GMM) yardımıyla yapılan araştırmada, kamu sağlık harcamalarının özel sektör sağlık harcamalarını dışladığı, bu dışlama nedeniyle bireylerin sağlık harcamalarının azaldığı, bununla birlikte cepten yapılan sağlık harcamalarının kamu harcamalarına yönelik destekleme etkisi oluşturduğu (Ying ve Chang, 2020) sonucuna varılmıştır.

Gana'da, Gana Yaşam Standardı Anketi ve Bölge Sabit Etki Modeli oluşturularak yapılan araştırmada, kamunun sağlık sigortası oluşturması sonucunda, cepten yapılan sağlık harcamalarının azaldığı ve özel sektör sağlık harcamalarının dışlandığı (Strupat ve Klohn, 2018) belirtilmiştir.

OECD ülkelerinde, Meta Regresyon Analizi yardımıyla yapılan araştırmada, kamu sağlık harcamalarının diğer sektörlere yönelik dışlama etkisi oluşturduğu, gelişmiş ülkelerde büyümeyi azalttığı (Awaworyi vd., 2015) sonucuna varılmıştır.

Türkiye’de, Feder-Ram Modeli yardımıyla yapılan araştırma sonuçlarına göre, kamu sağlık harcamalarının, sağlık harcaması yapan diğer sektörler üzerinde dışlama etkisi oluşturduğu, dolaylı ekonomik büyümeye olumsuz etkisi olduğu belirtilmiştir. Bununla birlikte kamu sağlık harcamalarının ekonomik büyümeye doğrudan olumlu etkisi olduğu, toplam talep, toplam üretim ve toplam harcamalar üzerinde destekleyici etkisi bulunduğu sonucuna varılmıştır. Kamu sağlık harcamalarının diğer kamu harcamalarına göre az da olsa verimli olduğu belirtilmiştir (Kurt, 2015).

Nijerya’da, GMM yöntemi yardımıyla yapılan araştırmanın sonuçlarına göre, kamu sağlık harcamalarının özel sektör sağlık harcamalarına yönelik destekleme etkisi oluşturduğu, kamu altyapı yatırımlarının, özel sektörün gelişmesine destek olduğu, kamunun vergi teşviki ve sübvansiyonlarla özel sektörü desteklemesinin oldukça önemli olduğu belirtilmiştir (Umoru ve Yaqub, 2013).

Endonezya’da, Panel Veri Analizi ile yapılan araştırma sonuçlarına göre, bölgesel kamu sağlık harcamalarının özel sektör sağlık harcamalarına yönelik destekleme etkisi oluşturduğu (Kruse vd., 2012) görülmüştür.

Pakistan’da, En Küçük Kareler Yöntemi (EKK) ve VECM modeli yardımıyla yapılan araştırma sonuçlarına göre, kamu sağlık harcamalarının özel sektöre yönelik destekleme etkisi oluşturduğu (Hussain vd., 2009) sonucuna varılmıştır.

Amerika Birleşik Devletleri’nde, Panel Veri Analizi yardımıyla yapılan araştırma sonuçlarına göre, kamunun sağlık sigortasını genişletme çabaları sonucunda, özel sektör sağlık sigortası genişlemesinin dışlandığı (Gruber ve Simon, 2008) belirtilmiştir.

Türkiye’de, VECM modeli yardımıyla yapılan araştırma sonuçlarına göre, özel sektör sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamaları tarafından dışlandığı (Şimşek, 2003) belirtilmiştir.

OECD ülkelerinde, Panel Veri Analizi yardımıyla yapılan araştırma sonuçlarına göre, kamunun borçla yatırım finansmanı yoluyla sağlık harcamalarını arttırmasının diğer sektör yatırımlarını olumsuz etkilediği, kamunun vergi yoluyla finansman sağlayıp genişletici maliye politikası uygulamasının sağlık harcamalarına yönelik dışlama etkisi oluşturduğu (Ahmed ve Miller, 2000) belirtilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri’nde, Anket yöntemi ve Probit analizi yardımıyla yapılan çalışmada, yaşlılar için sağlık ve sosyal yardım güvencesi olarak kullanılan Medicaid programına kamu tarafından aktarılan kaynaklar nedeniyle 70 yaş üstü bireylerin uzun süreli sağlık sigortası yapma istekliliklerinin azaldığı, bunun da özel sektörü dışladığı sonucuna varılmıştır (Sloan ve Norton, 1997).

Araştırmalar, özel sektör harcamalarının, kamu harcamalarından etkilendiğini göstermektedir. Kamunun genişletici bir maliye politikasının enflasyonu etkilediği bilinmektedir (Bakırtaş, 2015). Enflasyona yönelik bu etkinin sonucunda, enflasyon artışı ile birlikte, faiz oranlarının artıp, özel sektör yatırımlarının dışlanarak, GSYH’nin azalabileceği belirtilmektedir (Tülümce ve Buyrukoğlu, 2013). Ancak bu etkinin bu şekilde olmayacağı, kamunun genişletici bir maliye politikasının oluşturacağı enflasyon artışının, her zaman faizleri yatırım yapılamayacak düzeye yükselterek, özel sektör yatırımlarına dışlama etkisi oluşturmayacağı, aksine destekleme etkisi oluşumuna neden olacağı ifade edilmektedir (Agyei, 2019; Masten ve Gnip, 2019). Bu etkilerin her ülke ve her ekonomik yapıda aynı derecede görülemeyeceğine yönelik bilgiler de araştırma sonuçlarından gözlenmektedir (Mahmoudzadeh vd., 2017; Keho, 2019). Ayrıca etkilerin kısa ve uzun dönemde farklılık gösterebileceği görülmektedir (Bahal vd., 2018; Makuyana ve Odhiambo, 2019). Bunun yanı sıra kamu harcamalarının GSYH artışına neden olacağı, GSYH artışının çoğunlukla özel sektör yatırım ve harcamalarına olumlu etki oluşturacağına yönelik araştırma sonuçları da bulunmaktadır (Bakırtaş, 2015; Bulut ve Coşkun, 2015). Kamunun farklı sektörlerdeki harcamalarına göre de dışlama ve destekleme etkisi oluşabileceği öngörülmektedir (Fonseca vd., 2019; Makuyana ve Odhiambo, 2019).

Alanyazında yer alan tüm bu araştırma sonuçları, kamunun genişletici maliye politikasının, zincirleme bir etki ile ilk önce enflasyonu, enflasyonun faizleri, faizlerin özel sektör yatırım ve harcamalarını, özel sektör yatırım ve harcamalarının da GSYH'yi etkilediği söylenebilir. GSYH'nin de özel sektör yatırım ve harcamalarına yönelik etkisi olduğu ifade edilebilir. Aynı şekilde kamu yatırımı olan kamu toplam sağlık yatırımları ve kamu cari sağlık harcamalarının da bu zincirleme etki ile özel sektör sağlık harcamalarını etkileyeceği düşünülebilir. Bu nedenle, kamu sağlık harcamalarının özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama ve destekleme etkisinin belirlenmesi ile birlikte, Türkiye'de, kamunun sağlık alanında uygulayacağı genişletici bir maliye politikasının etkisi ölçülebilecektir. Böylece konuyla ilgili alanyazının zenginleşmesi sağlanacak ve ekonomi politikaları bağlamında dışlama ve destekleme etkisine ilişkin güncel öneriler oluşabilecektir.

II. YÖNTEM

2.1. Türkiye'de Sağlık Harcamalarının Dışlama ve Destekleme Etkisinin Tahmin Edilmesi

Çalışmanın bu kısmında Türkiye ekonomisinde 1999-2018 yıllarını kapsayan süreçte, kamu sağlık harcamalarının, özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama ve destekleme etkisi ampirik olarak test edilmektedir. Konu ile ilgili yapılan alanyazın taramasında doğrudan bu etkiyi araştıran bir çalışmanın henüz yapılmadığı gözlenmiştir. Bu nedenle ilgili analizin gerçekleştirilmesinde dışlama ve destekleme etkisini konu edinen çalışmalar, sağlık harcamalarını merkeze alacak biçimde yeniden düzenlenmiştir.

Farklı ülkeler ve farklı zaman aralıkları çerçevesinde, kamunun özel sektörü dışlama ve destekleme etkilerinin ampirik olarak analiz edildiği çok sayıda araştırma incelendiğinde, özel sektör harcamaları, kamu harcamaları, enflasyon, faiz oranları ve GSYH gibi değişkenlerin kullanıldığı, bu araştırmalardan elde edilen bulgular karşılaştırıldığında, konuyla ilgili farklı sonuçların ortaya çıktığı, fikir birliğinin henüz sağlanmadığı, etkilerin yönü ve büyüklüğüyle ilgili tartışmaların hala devam ettiği söylenebilir.

2.1.1. Model

Kamu sağlık harcamalarının, özel sektör sağlık harcamalarına yönelik etkisinin araştırıldığı bu kısımda, Şen ve Kaya (2014) tarafından kamu harcamalarının özel sektör yatırımlarına yönelik etkisinin incelendiği model temel alınmaktadır.

Şen ve Kaya (2014), Türkiye ekonomisinde kamu harcamalarının özel sektör yatırımları üzerine etkisini incelemiştir. Söz konusu modelde kamu harcamaları alt kalemlere ayrıştırılmıştır:

$$PI_t = \beta_0 + \beta_1GCS_t + \beta_2GCTS_t + \beta_3GCAS_t + \beta_4GIS_t + \beta_5GDP_t + ut. \quad (1.1.)$$

Modelde PI (Özel Sektör Yatırımları), β_0 (Sabit Terim), GCS (Kamu Cari Harcamaları), GCTS (Kamu Transfer Harcamaları), GCAS (Kamu Sermaye Harcamaları), GIS (Kamu Faiz Harcamaları), GDP (Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla) ve ut (Hata Terimi) değişkenlerini göstermektedir. Model, merkezi yönetim bütçe harcamalarının her bir alt kaleminin özel sektör yatırımlarına yönelik etkilerini görmemizi sağlamaktadır. Modele göre kamu harcamalarının alt kalemleri ve GSYH'nin özel sektör yatırımlarını etkilediği iddia edilebilir.

Alanyazın doğrultusunda oluşturulan yeni model, Şen ve Kaya'dan (2014) farklı olarak, özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama ve destekleme etkisini inceleyecektir. Buradaki asıl amaç kamu sağlık harcamalarının, özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama ve destekleme etkisinin belirlenebilmesidir. Bu belirlemeyi yapabilmek için sağlık harcamalarını etkilediği düşünülen faiz oranı, GSYH ve enflasyonu temsil eden tüketici fiyat endeksi değişkenleri alanyazın doğrultusunda modele eklenmiştir. Bu nedenle model sağlık sektörü için uyarlandığında şu şekilde yeniden yazılabilir:

$$PTHE_t = \beta_0 + \beta_1GTHI_t + \beta_2GCHE_t + \beta_3GDPI_t + \beta_4CPI_t + \beta_5INTR_t + ut. \quad (1.2.)$$

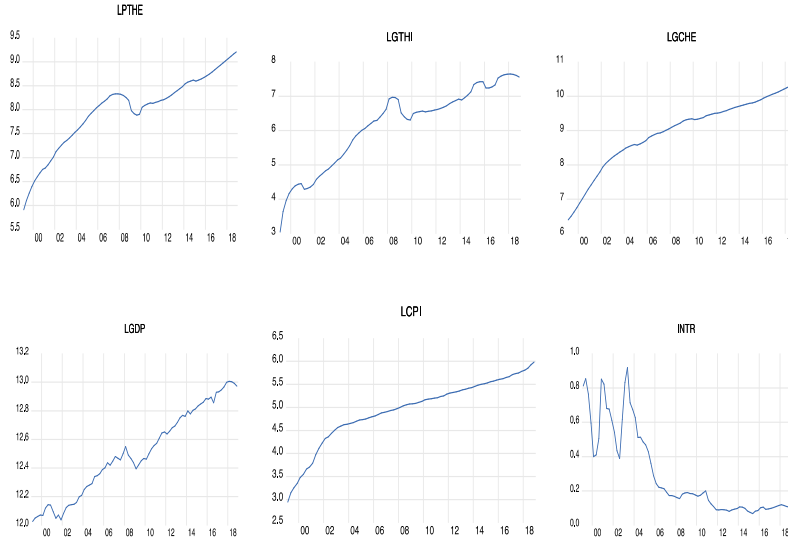
Dönüşen bu modelde, özel sektör toplam sağlık harcamaları (PTHE), kamu toplam sağlık yatırımları (GTHI), kamu cari sağlık harcamaları (GCHE), gayri safi yurtiçi hasıla (GDP), tüketici fiyat endeksi (CPI) ve faiz oranı (INTR) olarak temsil edilmektedir. Böylece kamu sağlık harcamalarının, özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama veya destekleme etkisi belirlenebilecektir.

Gelişmekte olan ülkelerde, kamu cari sağlık harcamalarının (GCHE) ve kamu toplam sağlık yatırım harcamalarının (GTHI), özel sektör sağlık harcamalarına (PTHE) yönelik destekleme etkisi oluşturacağı, dışlama etkisi oluşturmayacağı öngörülmektedir (Hussain vd., 2009; Kruse vd., 2012; Umoru ve Yaqub, 2013). Türkiye'nin de gelişmekte olan bir ülke olarak tanımlanması nedeniyle, benzer etkinin Türkiye'de de geçerli olması beklenmektedir. Çalışmanın bu kısmında yapılan analiz sonuçları Türkiye özelinde söz konusu etkinin yönü ve büyüklüğü konusunda ampirik bulgular sağlamaktadır.

2.1.2. Veriler

Analizde kullanılan değişkenlerden, Türkiye'de Özel Sektör Toplam Sağlık Harcamaları (PTHE), Kamu Cari Sağlık Harcamaları (GCHE) ve Kamu Toplam Sağlık Yatırımlarına (GTHI) ilişkin veriler, Türkiye İstatistik Kurumundan elde edilmiştir. Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla (GDP), Tüketici Fiyat Endeksi (CPI) ve Faiz Oranı (INTR) değişkenlerine ilişkin veriler, Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası elektronik veri dağıtım sisteminden (TCMB EVDS) elde edilmiştir. Analizde kullanılan değişkenlerden özel sektör toplam sağlık harcamaları, kamu cari sağlık harcamaları ve kamu toplam sağlık yatırımı değişkenleri her yıl TÜİK tarafından yayınlanmaktadır. Bu veriler kamu kurumları tarafından derlenmektedir. Veri hesaplamasında OECD sağlık hesaplamaları yöntemi kullanılmaktadır. Verilerin kapsamını, sağlığı korumak ve geliştirmek amacıyla yapılan, bütün koruma, geliştirme, bakım faaliyetleri, beslenme faaliyetleri ve acil bakım için yapılan harcamalar oluşturmaktadır (TÜİK, 2020). Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla değişkeni, reel olarak analizde kullanılmıştır. Faiz değişkeni, bankalarca TL üzerinden açılan mevduatlara uygulanan azami faiz oranlarının ortalamasının 3 aya kadar vadeli ağırlıklandırılmış mevduat oranı tarafından temsil edilmektedir. Tüketici fiyat endeksi, istatistiki bölgelere göre genel fiyat endeksi tarafından temsil edilmektedir.

Değişkenlerden PTHE, GCHE ve GTHI verileri yıllık verilerdir. Bu veriler Eviews programı yardımıyla quadratic fonksiyon kullanılarak çeyreklik verilere dönüştürülmüştür. Çalışmada 1999Q1 ve 2018Q4 aralığına ait 80 adet çeyreklik veri kullanılmıştır. Kullanılan verilerin doğrusallığının sağlanabilmesi için zaman serilerinin logaritmik değerleri alınmıştır. Ancak faiz (INTR) değişkeninin logaritması alındığında eksi değerler olduğu için logaritması alınmadan düzey değeri ile analizlerde kullanılmıştır. Değişkenlere gerekli dönüşümler uygulandıktan sonra değişkenlerin isimleri LPTHE, LGCHE, LGTHI, LGDP, LCPI ve INTR olarak belirlenmiştir. Analizde kullanılan değişkenlerin zamana göre değişimi Grafik 1 yardımıyla gösterilmiştir. Grafik 1 incelendiğinde tüm değişkenlerin trend içerdiği, bazı değişkenlerde yapısal kırılma olduğu görülmektedir. Değişkenlerden LPTHE değişkeni bağımlı değişkendir. Diğer değişkenler alanyazın doğrultusunda bağımlı değişkenin etkilendiği düşünülen bağımsız değişkenlerden oluşmaktadır.

Grafik 1. Kullanılan Değişkenlerin 1999-2018 Yılları Arasındaki Zamana Göre Değişimi**III. BULGULAR**

Bu bölümde, zaman serilerine ilişkin tanıtıcı bilgiler verilecek, birim kök testi, eşbütünlük testi ve bu test sonuçlarına göre oluşturulan VECM modeline ilişkin tahmin sonuçları ayrıntılarıyla incelenecektir. Bölümde öncelikle, zaman serilerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler, birim kök testi sonuçları, gecikme uzunluğunun tespiti, eşbütünlük testi, normalize edilmiş eşbütünlük denklemi, etki-tepki fonksiyonu ve varyans ayrıştırma sonuçları tablolar halinde belirtilmiş ve gerekli açıklamaları yapılmıştır.

Tablo 1. Zaman Serilerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	LPTHE	LGTHI	LGCHE	LGDP	LCPI	INTR
Ortalama	7,982649	6,141947	8,961932	12,50223	4,934984	0,296393
Medyan	8,160904	6,521856	9,250256	12,46775	5,077126	0,178900
Maximum	9,206709	7,644248	10,37161	13,00533	5,982556	0,918600
Minimum	5,910930	3,046186	6,397886	12,02711	2,945255	0,067700
Standart Sap.	0,765133	1,152639	0,998965	0,302286	0,697146	0,248778
Çarpıklık	-0,794170	-0,682306	-0,867944	0,054197	-0,992577	1,051608
Basıklık	3,035459	2,415267	3,014056	1,799270	3,485160	2,731953
Jarque-Bera	8,413608	7,346933	10,04501	4,845010	13,92072	14,98455
Olasılık	0,014894	0,025388	0,006588	0,088699	0,000949	0,000557
Toplam	638,6119	491,3558	716,9546	1000,178	394,7987	23,71140
Gözlem	80	80	80	80	80	80

Not: L ile gösterilen değişkenler logaritmik değerleri göstermektedir.

Tablo 1’de araştırmada kullanılan zaman serilerine ait tanımlayıcı istatistikler gösterilmektedir. Bu tanımlayıcı istatistiklerden INTR haricindeki değişkenlerin logaritmik değerlerine ilişkin tanımlayıcı istatistikler sunulurken, INTR değişkeni için logaritması alınmadan tanımlayıcı değerleri belirtilmiştir. Her bir değişkene ilişkin 80 adet gözlem bulunmaktadır.

Tablo 2. Birim Kök Testi Sonuçları

Değişken	ADF				PP			
	Gecikme	t-istatistiği	Olasılık	Sonuç	Gecikme	t-istatistiği	Olasılık	Sonuç
<i>lpthe</i>	5	2,11*	0,53	<i>I(1)</i>	5	2,24	0,19	<i>I(1)</i>
$\Delta lpthe$	4	2,84	0,06		4	3,98	0,00	
<i>lgthi</i>	5	1,58	0,49	<i>I(1)</i>	9	2,48	0,13	<i>I(1)</i>
$\Delta lgthi$	5	3,75	0,01		8	7,78	0,00	
<i>lgche</i>	5	0,82	0,81	<i>I(1)</i>	5	2,20	0,21	<i>I(1)</i>
$\Delta lgche$	6	2,92	0,05		3	3,33*	0,07	
<i>lcpi</i>	2	1,76	0,40	<i>I(1)</i>	6	2,49	0,12	<i>I(1)</i>
$\Delta lcpi$	0	5,14	0,10		0	5,14	0,00	
<i>lgdp</i>	0	2,49*	0,33	<i>I(1)</i>	0	0,45	0,89	<i>I(1)</i>
$\Delta lgdp$	0	8,31	0,00		0	8,32	0,00	
<i>intr</i>	2	2,80*	0,20	<i>I(1)</i>	2	2,11	0,24	<i>I(1)</i>
$\Delta intr$	1	7,13	0,00		1	7,27	0,00	

(*) İlgili tahminin trend içerdiğini göstermektedir.

Tablo 2’de değişkenlere ilişkin birim kök testi sonuçları görülmektedir. Birim kök testi için ADF (Augmented Dickey Fuller) ve PP (Phillips Perron) testleri uygulanmıştır. Değişkenlerin gecikme uzunluğu belirlenirken Schwarz gecikme uzunluğu kriteri kullanılmıştır. PP testlerinde LPTHE, LGCHE ve LGTHI değişkenleri yıllık verilerden türetildiği için Spectral Estimation Method seçeneği AR spectral-OLS detrender seçeneği ile tahmin edilmiştir. Her iki birim kök testi sonucuna göre tüm değişkenlerin düzey değerlerinde durağan olmadıkları, bununla birlikte $I(1)$ düzeyinde durağan oldukları görülmektedir. ADF testinde LPTHE, LGDP ve INTR değişkenlerinin, PP testinde LGCHE değişkeninin trend içerdiği gözlenmiştir.

Bazı değişkenlerin grafiklerinde kırılma gözlemlendiği için değişkenlere kırılmalı birim kök testi de uygulanmıştır. Kırılmalı birim kök testi için Dickey Fuller min-t testi kullanılmıştır. Bu test sonuçları da ADF ve PP test sonuçlarını destekler nitelikte oluşmuş, tüm seriler $I(1)$ düzeyde durağan olmuşlardır. Kırılmalı birim kök test sonuçları Tablo 3.’de gösterilmiştir.

Tablo 3. Kırılmalı Birim Kök Testi Sonuçları

Değişken	Dickey - Fuller min-t			
	Gecikme	t-istatistiği	Olasılık	Sonuç
<i>lpthe</i>	4	4,31*	0,33	<i>I(1)</i>
$\Delta lpthe$	3	6,26*	0,00	
<i>lgthi</i>	0	3,80	0,50	<i>I(1)</i>
$\Delta lgthi$	0	6,29	0,00	
<i>lgche</i>	2	4,62*	0,19	<i>I(1)</i>
$\Delta lgche$	0	5,75	0,00	
<i>lcpi</i>	2	3,04	0,66	<i>I(1)</i>
$\Delta lcpi$	0	8,28*	0,00	
<i>lgdp</i>	0	3,92*	0,58	<i>I(1)</i>
$\Delta lgdp$	0	8,89*	0,00	
<i>intr</i>	3	3,60*	0,35	<i>I(1)</i>
$\Delta intr$	0	8,40*	0,00	

(*) İlgili tahminin kırılma trendi içerdiğini göstermektedir.

Tablo 3’de Dickey-Fuller min-t testi sonuçları görülmektedir. Bu sonuçlara göre tüm değişkenler I(1)’de (logaritmik düzeylerinde durağan olmayıp logaritmik ilk farklarında durağan hale geldikleri için) durağandır. LPTHE, LCPI, LGDP ve ΔINTR değişkenlerinin kırılma trendi içerdiği gözlenmektedir.

Bu sonuçlar esas alındığında tüm değişkenler I(1) özelliği sergilediği için durağan olmayan zaman serileri arasındaki uzun dönem denge ilişkisinin araştırılması gerekir. Eğer durağan olmayan bu zaman serileri arasında en azından bir adet eşbütünleşik vektör bulunursa, söz konusu durağan olmayan zaman serilerinin uzun dönemde bir denge ilişkisi sergiledikleri, bir diğer deyişle uzun dönemde bir denge değerine doğru ortak hareket ettikleri anlaşılır. Eşbütünleşik ilişkinin varlığı geleneksel olarak Johansen tarafından önerilen iki test kullanılarak gerçekleştirilmektedir: İz (Trace) testi ve Maksimum Öz Değer (Eigen Value) testi. Bu testlerin gerçekleştirilmesinde değişkenlerin sıralaması önemlidir ve sonuçlar bu sıralamaya göre farklılık gösterebilir. Bu konuda genellikle kullanılan ilke Cholesky ordering adı verilen yöntemdir. Cholesky ordering yönteminin kullanımı Granger Nedensellik Testi sonuçlarına göre belirlenebileceği gibi, iktisat alanyazını doğrultusunda değişkenlerin sıralanmasıyla da belirlenebilmektedir (Yalçın ve Coşkun, 2014). Bu çalışmada alanyazın doğrultusunda değişkenlerin sıralanması yöntemi tercih edilmiştir. Buna göre değişkenler en içsel olandan en dışsal olana doğru sıralanmalıdır. Araştırma modelindeki içsel değişken LPTHE değişkenidir. Fiyatlar ve faiz oranının kamuya ilişkin değişkenleri de etkileyeceği göz önüne alındığında LGTHI ve LGCHE değişkenlerinin bunu izlemesi gerekir. Bunu takiben fiyatlar genel düzeyinin reel GSYH’yi etkileyeceği düşünülürse, LGDP ve LCPI değişkenlerinin sıralamayı takip etmesi gerekir. En dışsal değişkene piyasada fon arzı ve fon talebi koşullarına göre belirlenen faiz oranıdır. Buna göre değişkenlerin en içselden en dışsala doğru sıralamasının “LPTHE, LGTHI, LGCHE, LGDP, LCPI ve INTR” şeklinde olacağı kabul edilmiştir. Bundan sonraki bölümlerde sürekli bu sıralama kullanılmıştır.

Değişkenlere ilişkin alanyazın çerçevesinde sıralama yapılması ile birlikte, değişkenler arasındaki karşılıklı etkileşimleri görebilmek için de Granger Nedensellik Testi uygulanmıştır. Bu testin sonuçlarına göre LPTHE değişkeni ile LGTHI değişkeni arasında karşılıklı nedensellik olduğu ($p < 0,05$), LGDP değişkeninin de LPTHE değişkeninin nedeni olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0,05$). Diğer değişkenler olan LGCHE, LCPI ve INTR değişkenleri ile LPTHE değişkeni arasında herhangi bir nedensellik ilişkisi bulunmadığı tespit edilmiştir ($p > 0,05$). Bu çerçevede LPTHE değişkeni ile LGTHI değişkeni arasındaki korelasyon ilişkisine bakılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonrasında bu değişkenlerin karşılıklı olarak birbirleri ile 0,977 oranında ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır.

Birim kök testi sonuçlarına göre serilerin I(1) düzeyinde durağan olmaları, analiz yöntemi olarak VAR modelinin kullanılmasını gerektirmektedir. Seçilen VAR modeli değişkenlerin eşbütünleşme sonuçlarına göre belirlenmektedir. Zaman serileri analizlerinde değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisi varsa VECM modeli, eşbütünleşme ilişkisi yoksa VAR modeli tercih edilmelidir. Bu nedenle değişkenlerin uzun dönemde eşbütünleşme ilişkisini belirleyebilmek için Johansen Eşbütünleşme Testi kullanılacaktır. Bu test öncesinde modelin gecikme uzunluğu belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Modelin Gecikme Uzunluğunun Belirlenmesi

lag	Logl	FPE	AIC	SC	HQ
0	230,4506	1,43e-09	-6,176728	-6,019848	-6,114209
1	801,5899	4,55e-16	-21,13945	-20,19817	-20,76433
2	864,4907	1,63e-16	-22,17783	-20,45214*	-21,49011*
3	888,9434	1,69e-16	-22,16283	-19,65274	-21,16252
4	907,7445	2,10e-16	-21,99300	-18,69850	-20,68009
5	966,6595	8,99e-17	-22,92218	-18,84328	-21,29667
6	995,9811	9,03e-17	-23,04058	-18,17727	-21,10247
7	1034,850	7,42e-17*	-23,42055*	-17,77285	-21,16985

Not: Lag: Gecikme Uzunluğu. Yıldız işareti(*), seçim ölçütleri tarafından belirlenmiş gecikme uzunluğunu göstermektedir. FPE: Final Prediction Error (Nihai Öngörü Hatası). AIC: Akaike Bilgi Ölçütü. SC: Schwarz Bilgi Ölçütü. HQ: Hannan-Quinn Bilgi Ölçütü.

Tablo 4'e göre değişkenlere ilişkin modelin gecikme uzunluğu birim kök testleri için kullanılan Schwarz ölçütüne göre belirlenmiş ve 2 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 5. Johansen Eşbütünleşme Testi Sonuçları

Ho	Özdeğer	λ_{trace}	%5	Olasılık**
r = 0	0,478822	121,7501*	95,75366*	0,0003*
r ≤ 1	0,293641	71,57200*	69,81889*	0,0360*
r ≤ 2	0,236388	44,80438	47,85613	0,0941
r ≤ 3	0,155265	24,03781	29,79707	0,1988
r ≤ 4	0,118951	11,04546	15,49471	0,2087
r ≤ 5	0,016665	1,293998	3,841465	0,2553
Ho	Özdeğer	λ_{max}	%5	Olasılık**
r = 0	0,478822	50,17807*	40,07757*	0,0027*
r ≤ 1	0,293641	26,76762	33,87687	0,0460*
r ≤ 2	0,236388	20,76657	27,58434	0,2906
r ≤ 3	0,155265	12,99236	21,13162	0,4529
r ≤ 4	0,118951	9,751457	14,26460	0,2288
r ≤ 5	0,016665	1,293998	3,841465	0,2553

Not: λ_{trace} = iz testi, λ_{max} =maksimum özdeğer testi. *İz ve Maksimum Özdeğer testleri 0,05 anlamlılık düzeyinde eşbütünleşik 2 adet vektör olduğunu göstermektedir. **MacKinnon-Haug-Michelis (1999) p değerlerini göstermektedir.

Tablo 5'de Johansen eşbütünleşme testi sonuçlarından iz testi ve maksimum özdeğer testi sonuçları gösterilmektedir. İz testi sonuçlarına göre r=0 hipotezi %5 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Çünkü 121,7501 olarak hesaplanan iz testi değeri, 95,75366 olarak hesaplanan %5 anlamlılık düzeyinden büyüktür. r ≤ 1 hipotezi %5 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Çünkü 71,57200 olarak hesaplanan iz testi değeri, 69,81889 olarak hesaplanan %5 anlamlılık düzeyinden büyüktür. Maksimum Özdeğer testi sonuçlarına göre, r=0 hipotezi %5 anlamlılık düzeyinde reddedilmektedir. Çünkü 50,17807 olarak hesaplanan maksimum özdeğer testi değeri, 40,07757 olarak hesaplanan %5 anlamlılık düzeyinden büyüktür. r ≤ 1 hipotezi reddedilmektedir. Çünkü MacKinnon-Haug-Michelis (1999) p değeri < 0,05 anlamlılık düzeyindedir. Bu sonuçlara göre modelde 2 adet eşbütünleşme vektörünün bulunduğu ve değişkenlerin uzun dönemde ilişkili olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 6. Normalize Edilmiş Eşbütünleşme Denklemi

LP THE	LG THI	LG CHE	LG DP	LC PI	IN TR
1.000000	-1,527615	3,667002	0,158617	-4,093253	-0,548182
	(0,16409)	(0,66518)	(0,43059)	(0,76717)	(0,28427)
	[-9,3096]*	[5,5127]*	[0,3683]	[-5,3355]*	[-1,9283]**

() parantez değerler değişkenlere ilişkin standart hatayı göstermektedir. [] köşeli parantez değerleri t istatistik değerlerini göstermektedir. *%1 olasılık anlamına gelirken, **%5 olasılık anlamına gelmektedir.

Tablo 6'da normalize edilmiş eşbütünleşme testi sonuçları görülmektedir. Test sonuçları, araştırmanın hipotezini desteklemektedir. Bu bağlamda uzun dönemde kamu toplam sağlık yatırımlarının (LGTHI) özel sektör toplam sağlık harcamalarını (LP THE) dışladığı, kamu cari sağlık harcamalarının (LG CHE), özel sektör toplam sağlık harcamalarını (LP THE) desteklediği gözlenmektedir. Uzun dönemde kamu cari sağlık harcamalarının destekleme etkisinin, kamu toplam sağlık yatırımlarının dışlama etkisinden daha büyük olduğu görülmektedir. Tüketici fiyat endeksi

(LCPI) ve faiz oranı (INTR) değişkeninin uzun dönemde, özel sektör toplam sağlık harcamalarına yönelik dışlama etkisi oluşturduğu tespit edilmiştir. Uzun dönemde, değişkenler arasında yer alan tüketici fiyat endeksinin (LCPI), özel sektör toplam sağlık harcamalarına yönelik dışlama etkisinin, diğer değişkenlere göre fazla olduğu görülmüştür.

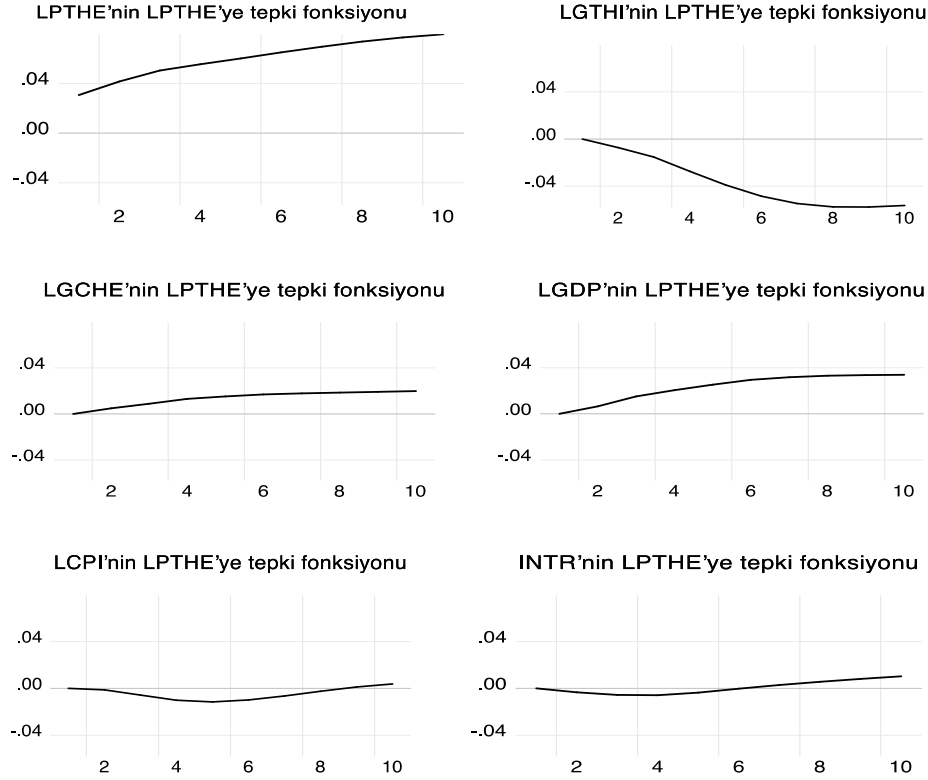
Değişkenlerin (LPTHE, LGTHI, LGCHE, LGDP, LCPI ve INTR) uzun dönemli ilişkili olması durumunda zaman serisi analizi yöntemlerinden VECM modelinin kullanılması en uygun yöntemdir. Bu nedenle analizin bu kısmından itibaren VECM modeli kullanılarak analize devam edilecektir.

3.1. Etki-Tepki Fonksiyonları

Etki-tepki fonksiyonları, VAR modellerinde, modele uygulanan standart hata şoklarının içsel değişkenlere yönelik etkisini incelemektedir. Fonksiyonda tüm değişkenler içsel olarak kabul edilmektedir. Hata terimine uygulanan bir standart hata şokunun, bağımlı değişken üzerindeki etkisi, etki-tepki fonksiyonu ile gözlenebilmektedir (Hossain, 2012). Grafik 3.2.'de VECM analizi için oluşturulan modelde özel sektör toplam sağlık harcamalarının (LPTHE) kendisi (LPTHE) ve diğer değişkenler (LGTHI, LGCHE, LGDP, LCPI ve INTR) tarafından nasıl etkilendiği görülmektedir.

Grafik 2. incelendiğinde, kamu toplam sağlık yatırım harcamalarının (LGTHI), modele uygulanan bir şok sonrasında, özel sektör toplam sağlık harcamalarını (LPTHE), ikinci dönemden itibaren negatif etkilediği ve sürekli negatif etkisini arttırarak onuncu dönemde de negatif etkilemeye devam ettiği görülmektedir. Kamu cari sağlık harcamalarının (LGCHE), modele uygulanan bir şok sonrasında, özel sektör toplam sağlık harcamalarını (LPTHE), ikinci dönemden itibaren pozitif yönde etkilediği ve dönemler arasında etkisini arttırarak onuncu dönemde de pozitif etkilemeye devam ettiği gözlenmektedir. GSYH değişkeninin (LGDP), modele uygulanan bir şok sonrasında, özel sektör toplam sağlık harcamalarını (LPTHE), ikinci dönemden itibaren pozitif yönde etkilediği ve dönemler arasında etkisini arttırarak onuncu dönemde de pozitif etkilemeye devam ettiği gözlenmektedir. Tüketici fiyat endeksi (LCPI) değişkeninin, modele uygulanan bir şok sonrasında, özel sektör toplam sağlık harcamalarını (LPTHE), ikinci ve beşinci dönemler boyunca artan bir negatiflikte etkilediği, altıncı dönemden itibaren negatif etkisinin azaldığı, dokuzuncu ve onuncu dönemde pozitif etkilediği görülmektedir. Faiz değişkeninin (INTR), modele uygulanan bir şok sonrasında, özel sektör toplam sağlık harcamalarını (LPTHE), iki, üç ve dördüncü dönemlerde negatif etkilediği ve negatif etkisinin arttığı, beşinci ve altıncı dönemde negatif etkisinin devam ettiği ancak azaldığı, yedinci dönemden itibaren pozitif etkisinin başladığı ve bu dönemden sonra bu etkinin artarak devam ettiği gözlenmektedir. Bu sonuçlara göre kısa ve uzun dönemde yalnızca kamu toplam sağlık yatırımlarının, özel sektör toplam sağlık harcamalarına yönelik, sürekli bir negatif etkisinin olduğu, diğer değişkenlerin bir kısmının önce negatif etki göstermesine rağmen uzun dönemde pozitif etki gösterdikleri gözlemlenmiştir.

Etki-tepki fonksiyonu sonuçları tek başına modele uygulanan standart hata şoklarının etkisi hakkında kesin bir karar verilmesini sağlayamamaktadır. Bu nedenle varyans ayrıştırması sonuçları ile birlikte değerlendirmek gerekmektedir. Analizin bu aşamasından sonra varyans ayrıştırması sonuçları incelenecektir.

Grafik 2. Etki-Tepki Fonksiyonu Grafikleri**3.2. Varyans Ayrıştırması (lpthe)**

Varyans ayrıştırması, bağımlı değişkende meydana gelen değişimin ne kadarının kendisinden kaynaklandığı ne kadarının bağımsız değişkenlerden kaynaklandığını yüzde olarak ölçen, oluşturulan VECM modelinin dinamik yapısını gözlemleyebilmek için kullanılan bir yöntemdir (Hossain, 2014). Bu analiz yöntemi yardımıyla özel sektör toplam sağlık harcamalarında (LPTHE) oluşan bir dalgalanmanın, on çeyreklik bir dönemde, yüzde kaçının kendisinden, yüzde kaçının diğer değişkenlerden kaynaklandığı ölçülmüştür.

Tablo 7. Varyans Ayrıştırması Testi Sonuçları

D	Stand.Ha.	LPTHE	LGTHI	LGCHE	LGDP	LCPI	INTR
1	0,030673	100,0000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000	0,000000
2	0,052951	95,32973	1,849536	0,843043	1,520160	0,047142	0,410387
3	0,077097	87,58409	4,801228	1,707374	4,615393	0,568650	0,723268
4	0,102457	78,82824	9,906244	2,603215	6,653410	1,284704	0,724185
5	0,128943	71,42715	15,35394	3,031972	8,027900	1,623525	0,535518
6	0,156388	65,80064	20,08065	3,230690	9,022253	1,501418	0,364356
7	0,183512	62,15599	23,47443	3,299226	9,564570	1,215865	0,289921
8	0,209496	60,05241	25,55039	3,315081	9,840797	0,946208	0,295109
9	0,233897	59,00695	26,58057	3,326377	9,969228	0,761870	0,355001
10	0,256619	58,60576	26,90051	3,355822	10,02733	0,655734	0,454844

Not: D=Dönem. Stand.Ha.=Standart Hata.

Tablo 7'ye göre özel sektör toplam sağlık harcamalarında meydana gelen bir dalgalanmanın, birinci çeyrekte yalnızca kendisinden kaynaklandığı görülmektedir. Kamu toplam sağlık yatırımları (LGTHI) açısından analiz sonuçları incelendiğinde, ilk çeyrekte özel sektör toplam sağlık harcamalarına yönelik bir etkisi olmadığı görülürken, dönemler geçtikçe etkisini arttırdığı, onuncu çeyreğe gelindiğinde, özel sektör toplam sağlık harcamalarında meydana gelen dalgalanmanın yaklaşık %27'sinden sorumlu olduğu görülmektedir. Benzer şekilde GSYH (LGDP), değişkeninin de ilk çeyrekte özel sektör toplam sağlık harcamaları üzerine etkisinin olmadığı ancak dönemler ilerledikçe etkisinin arttığı ve onuncu çeyrekte, özel sektör toplam sağlık harcamalarındaki dalgalanmanın yaklaşık %10'unun GSYH'den kaynaklandığı görülmektedir. Diğer değişkenlerin birinci dönemde önemli bir etkisinin olmadığı ya da çok az olduğu, onuncu dönemde, kamu cari sağlık harcamalarının (LGCHE) %3,3, tüketici fiyat endeksinin (LCPI) %0,65 ve faizin (INTR) %0,45 oranında özel sektör sağlık harcamalarındaki dalgalanmayı açıklayabildiği görülmektedir. Bu sonuçlara göre modelde meydana gelen bir dalgalanma sonucunda, özel sektör toplam sağlık harcamaları değişkeni ilk çeyrekte tamamen kendinden kaynaklı bir dalgalanma ile etkilenirken, onuncu çeyreğe gelindiğinde, bu dalgalanmanın yaklaşık olarak %58'inin kendinden, %27'sinin kamu toplam sağlık yatırımlarından (LGTHI) ve %10'unun GSYH'den kaynaklandığı, geri kalan etkilerin diğer değişkenlerle ilişkili olduğu söylenebilir. Kısa dönemde kamu toplam sağlık yatırımları (LGTHI) değişkeninin dışlama etkisinin, kamu cari sağlık harcaması (LGCHE) değişkeninin destekleme etkisinden daha fazla olduğu gözlemlenmiştir.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Kamu harcamalarının dışlama ve destekleme etkisine yönelik çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmalar içerisinde kamu sağlık harcamalarının, özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama ve destekleme etkisine ilişkin bir araştırmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle, bu araştırmanın amacı Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının özel sektör sağlık harcamalarına yönelik dışlama ve destekleme etkisini belirlemektir.

Yapılan analizler sonrasında uzun dönemde, kamu toplam sağlık yatırımlarının (LGTHI), özel sektör toplam sağlık harcamalarına (LPTHE) yönelik dışlama etkisi oluşturduğu belirlenmiştir. Bununla beraber, kamu cari sağlık harcamalarının (LGCHE), özel sektör toplam sağlık harcamalarına yönelik destekleme etkisine neden olduğu sonucuna varılmıştır. Uzun dönem katsayıları incelendiğinde (Tablo 3.7.), kamu cari sağlık harcamalarının destekleme etkisinin, kamu toplam sağlık yatırımlarının dışlama etkisinden daha büyük olduğu görülmektedir.

Kısa dönem analiz sonuçları incelendiğinde (Grafik 2 ve Tablo 7), uzun dönem analiz sonuçları ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. Kısa dönemde, kamu toplam sağlık yatırımlarının (LGTHI), özel sektör toplam sağlık harcamalarına (LPTHE) yönelik dışlama etkisi oluşturduğu sonucuna varılmıştır. Bununla birlikte, kamu cari sağlık harcamalarının (LGCHE), özel sektör toplam sağlık harcamalarına yönelik destekleme etkisine neden olduğu tespit edilmiştir. Ancak kısa dönemde, uzun dönemden farklı olarak, kamu toplam sağlık yatırımlarının dışlama etkisinin, kamu cari sağlık harcamalarının destekleme etkisinden daha büyük olduğu görülmektedir.

Uzun ve kısa dönemde, kamu toplam sağlık yatırımlarının (LGTHI), özel sektör toplam sağlık harcamalarına (LPTHE) yönelik dışlama etkisi oluşturmasına ilişkin sonuçlar, bu değişkenler arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda ortaya çıkan yüksek ilişki ile de desteklenmektedir.

Bu sonuçlar alanyazın ile karşılaştırıldığında farklı bir sonucun ortaya çıktığı görülmüştür. Alanyazında az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kamu harcamalarının (yatırım ve cari) daha çok destekleme etkisi oluşturduğu ifade edilmektedir. Ancak analiz sonuçlarına göre kamu toplam sağlık yatırımlarının, özel sektör toplam sağlık harcamalarını dışladığı, kamu cari sağlık harcamalarının, özel sektör toplam sağlık harcamalarına yönelik destekleme etkisi oluşturduğu görülmektedir. Kamu sağlık harcamalarının Endonezya (Kruse vd., 2012), Nijerya (Umoru ve Yaqup, 2013), Pakistan (Hussain vd., 2009) gibi az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde destekleme etkisine neden olduğu

belirtilmektedir. Türkiye’de kamu toplam sağlık yatırımlarının, özel sektör toplam sağlık harcamalarını dışlaması, gelişmekte olan ülkeler arasında kabul edilen Türkiye ile diğer az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeler arasında farklı sonuçlar oluştuğunu göstermektedir. Kamu sağlık yatırımlarına yönelik farklı sonuçlar çıkmasına rağmen, kamu cari sağlık harcamalarının özel sektör toplam sağlık harcamalarına yönelik destekleme etkisi oluşturması, gelişmekte olan ülke yapısına uygun bir sonuç olarak görülmektedir. Kamu toplam sağlık yatırımlarının dışlama etkisi, Türkiye için yapılan araştırma sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Çünkü Türkiye için yapılan benzer araştırmalarda (Şimşek, 2003; Kurt, 2015), kamu sağlık harcamalarının dışlama etkisi oluşturduğu belirtilmektedir. Kamu toplam sağlık yatırımlarının dışlama etkisi oluşturması, gelişmiş ülke sonuçlarına (Ying ve Chang, 2020; Awaworyi vd., 2015; Gruber ve Simon, 2008; Sloan ve Norton, 1997) daha yakın gözükmektedir.

Modelin değişkenleri arasında yer alan GSYH (LGDP) değişkeninin, uzun dönemde (Tablo 6) özel sektör toplam sağlık harcamalarına (LPTHE) yönelik anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Değişkenin kısa dönemde (Grafik 2 ve Tablo 7), ikinci çeyrekte itibaren onuncu çeyreğe kadar etkisini sürekli artırarak, onuncu çeyrekte özel sektör toplam sağlık harcamalarındaki dalgalanmanın yaklaşık %10’unun nedeni olduğu görülmektedir. Bu sonucun, ekonomik büyümenin sağlık harcamalarına yönelik destekleme etkisi oluşturduğu sonucu veren araştırmalarla (Ünsal, 2020; Şimşek, 2003), benzerlik gösterdiği söylenebilir. GSYH değişkeninin özel sektör sağlık harcamalarına yönelik kısa ve uzun dönem etkilerinin incelenmesi daha sonra yapılacak araştırmalar için düşünülmelidir.

Modelin diğer değişkenleri olan tüketici fiyat endeksi (LCPI) değişkeninin uzun dönemde özel sektör toplam sağlık harcamalarını (LPTHE) dışladığı sonucuna varılmıştır. Kısa dönemde, önemli bir etkisinin olmadığı görülmüştür. Faiz oranı (INTR) değişkeninin, uzun dönemde, özel sektör sağlık harcamalarına (LPTHE) yönelik az da olsa dışlama etkisi oluşturduğu belirlenmiştir. Kısa dönemde, önemli bir etkisinin olmadığı sonucuna varılmıştır.

Araştırma sürecinde kısıtlılıklar olarak PTHE, GCHE ve GTHI verilerinin yıllık veri olması ve bu verilerin çeyreklik hale dönüştürülmesi gösterilebilir. Daha sonra yapılacak araştırmalar için bu verilerin aylık veya çeyreklik olarak istatistiklerinin olması ve resmi istatistik sisteminde bu şekilde eklenmesinin faydalı olacağı düşünülmektedir. Ayrıca araştırmada kullanılan zaman serilerinin daha uzun yılları kapsayabilmesi, zaman serilerinin temsil ettiği dönem aralığını arttırabilecektir. İlerleyen yıllarda veri sayısının daha fazla olması ile birlikte araştırmanın tekrarlanması önemlidir.

Sonuç olarak Türkiye’de kamu toplam sağlık yatırımlarının ve kamu cari sağlık harcamalarının önemli etkileri olduğu görülmektedir. Bu etkiler nedeniyle sağlık harcamaları yapılmadan önce olumlu ve olumsuz etkilerinin tahmin edilerek harcamaların belirli bir plan ve program çerçevesinde gerçekleştirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Türkiye ekonomisi adına bu şekilde yapılan harcamaların ekonomik büyüme ve istihdam artışına katkı sağlayacağı söylenebilir.

Etik Kurul İzni: Araştırma resmi istatistik programları tarafından kamuya açık şekilde yayınlanan veriler aracılığıyla yapıldığı için etik kurul izni gerektirmemektedir.

KAYNAKLAR

- Ageyi, S.K. (2019). Assessing the bi-causal relationship between private investment and public investment in SSA: Evidence from panel vector autoregression approach, *Journal of Economics and Sustainable Development*, 10(12), 8-19. <https://doi.org/10.7176/JESD>.
- Ahmed, H. & Miller S.M. (2000). Crowding out and crowding in effects of the components of government expenditure. *Contemporary Economic Policy*, 18(1), 124-133. <https://doi.org/10.1111/j.1465-7287.2000.tb00011.x>.

- Akdur, R. (2005, Ağustos 8). *Türkiye’de sağlık hizmetleri ve Avrupa topluluğu ülkeleri ile kıyaslanması*. http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslama.pdf.
- Awaworyi, S., Yew S.L. & Uğur M. (2015). Effects of government education and health expenditures on economic growth: A meta-analysis. *Greenwich Paper In Political Economy*, No: GPERC21.
- Bahal, G., Raissi, M. & Tulin V. (2018). Crowding-out or crowding-in? Public and private investment in India. *World Development*, 109, 323-333. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2018.05.004>.
- Bakırtaş, İ. (2015). Kamu harcamalarının temel makroekonomik göstergelerle ilişkisi ve nedenselliği (1983-2000 Türkiye Örneği). *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(9), 41-46.
- Barwick, P.J., Li, S., Rao D. & Zahur, N.B. (2018). The morbidity cost of air pollution: Evidence from consumer spending in China (No. W24688). *National Bureau of Economic Research*, Working Paper 24688. <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2999068>.
- Bernell, S. (2016). *Health Economics : Core Concepts and Essential Tools*. Health Administration Press.
- Boyce, T. & Brown, C. (2019). *Economic and Social Impacts and Benefits of Health Systems*. WHO Regional Office for Europe.
- Bulut, E. & Coşkun, Ç. (2015). Doğrudan yabancı sermaye yatırımlarının yerli yatırımlar üzerine etkileri: Türkiye uygulaması. *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 8(4), 1-27.
- Chen, T., Liu, L.X. & Zhou, L.A. (2015). The crowding-out effects of real estate shocks—evidence from China. *SSRN eLibrary*, Available at SSRN 2584302. <https://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2584302>.
- Choi, J.W., Park, E.C., Yoo, K.B., Lee, S.G., Jang, S.I. & Kim, T.H. (2015). The effect of high medical expenses on household income in South Korea: A longitudinal study using propensity score matching. *BMC Health Services Research*, 15(1), 369. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1035-5>.
- Cogan, J.F., Cwik, T., Taylor J.B. & Wieland V. (2010). New Keynesian versus old Keynesian government spending multipliers. *Journal of Economic Dynamics and Control*, 34(3), 281-295. <https://doi.org/10.3386/w14782>.
- Çelik, Y. (2013). *Sağlık Ekonomisi (Gözden Geçirilmiş 2. baskı)*. Siyasal Kitabevi.
- Dhrifi, A. (2018). Health-care expenditures, economic growth and infant mortality: Evidence from developed and developing countries. *CEPAL Review*, No:125. <https://doi.org/10.18356/02c1a26c-en>.
- Fonseca, F., Gómez-Zaldívar, M. & Ventosa-Santaulària, D. (2019). Public investment and economic activity in Mexico, 1925-1981. *Economics Discussion Papers*, 14(2020-6), 1-24. https://doi.org/10.5018/economics_ejournal.ja.2020-6.
- Gruber, J. & Simon, K. (2008). Crowd-out 10 years later: Have recent public insurance expansions crowded out private health insurance? *Journal of Health Economics*, 27(2), 201-217. <https://doi.org/10.3386/w12858>.

- Hassett, K.A. (2009). Why fiscal stimulus is unlikely to work. *International Finance*, 12(1), 75-91. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2362.2009.01237.x>.
- Hayran, O. & Sur, H. (1998). *Sağlık ve Hastalık Kavramları: Sağlık Hizmetleri El Kitabı (1. baskı)*. Hiperlink.
- Hussain, A., Muhammad, S.D., Akram, K. & Lal, I. (2009). Effectiveness of government expenditure crowding-in or crowding-out: Empirical evidence in case of Pakistan. *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*, 16, 143-149.
- Hossain, S. (2012, Haziran 1). *Impuse response function*. youtube.com/watch?v=uPyRD3uu_ww.
- Hossain, S. (2014, Haziran 1). *Variance decomposition in VAR*. <youtube.com/watch?v=BwxnMBSEu4o>.
- Kalantary, R.R., Jamshidi, A., Mofrad, M.M.G., Jafari, A.J., Heidari, N., Fallahizadeh, S., Arani, M.H. & Torkashvand, J. (2021). Effect of covid-19 pandemic on medical waste management: A case study. *Journal of Environmental Health Science and Engineering*, 1-6. <https://doi.org/10.1007/s40201-021-00650-9>.
- Katsaitis, O. (1987). The crowding out debate. *Journal of Post Keynesian Economics*, 9(3), 473-476.
- Keho, Y. (2019). Impact of government spending on private consumption: Evidence from ecowas countries”, *Modern Economy*, 10(03), 600-614. <https://doi.org/10.4236/me.2019.103041>.
- Kruse, I., Pradhan, M. & Sparrow, R. (2012). Marginal benefit incidence of public health spending: Evidence from Indonesian sub-national data. *Journal of Health Economics*, 31(1), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2011.09.003>.
- Kurt, S. (2015). Government health expenditures and economic growth: A feder-ram approach for the case of Turkey. *International Journal of Economics and Financial Issues*, 5(2), 441-447.
- Lavoie, M. (2009). *Introduction to Post-Keynesian Economics*. Palgrave Macmillan.
- Mahmoudzadeh, M., Sadeghi S. & Sadeghi, S. (2017). Fiscal spending and crowding out effect: A comparison between developed and developing countries. *Institutions and Economies*, 5(1), 31-40.
- Makuyana, G. & Odhiambo, N.M. (2019). Public and private investment and economic growth in Malawi: An ARDL-bounds testing approach. *Economic Research-Ekonomska Istraživanja*, 32(1), 673-689. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2019.1578677>.
- Mankiw, N.G. & Taylor, M.P. (2011). *Economics*. Cengage Learning.
- Masten, I. & Gnip, A.G. (2019). Macroeconomic Effects of public investment in South-East Europe. *Journal of Policy Modeling*, 41(6), 1179-1194. <https://doi.org/10.1016/j.jpolmod.2019.05.005>.
- Michl, T.R. (2015). *Macroeconomic Theory: A Short Course*. Routledge.
- Moreno-Luna, L., Robina-Ramírez, R., Sánchez, M.S.O. & Castro-Serrano, J. (2021). Tourism and sustainability in times of covid-19: The case of Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1859. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041859>.
- Rees, H. (2017). *Managerial Economics*. Library Press.

- Semercigil, N. (2015). Ülke gelirleri sağlık harcamalarını etkiliyor mu? *Dirim Tıp Gazetesi*, 305, 28-31.
- Siame-Namini, S. (2018). Healthcare expenditure, economic growth, and inflation in The G7 Countries: A panel cointegration approach. *Research Journal of Economics*, 2(2), 1-8.
- Sloan, F.A. & Norton, E.C. (1997). Adverse selection, bequests, crowding out, and private demand for insurance: Evidence from the long-term care insurance market. *Journal of Risk and Uncertainty*, 15(3), 201-219. <https://doi.org/10.1023/A:1007749008635>.
- Strupat, C. & Klohn, F. (2018). Crowding out of solidarity? Public Health insurance versus informal transfer networks in Ghana. *World Development*, 104, 212-221. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2017.11.004>.
- Şen, H. & Kaya, A. (2014). Crowding-out or crowding-in? Analyzing the effects of government spending on private investment in Turkey. *Panoeconomicus*, 61(6), 631-651. <https://doi.org/10.2298/PAN1406631S>.
- Şimşek, M. (2003). Kamu harcamalarının özel yatırımlara etkileri, 1970-2001. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 4(2), 1-20.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistik Yıllıkları (2019, 15 Aralık), *yıllara göre katastrofik sağlık harcaması, (%)*. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html>.
- The Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD] (2020, 5 Şubat), <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.html>.
- The World Bank (2020, Kasım 1), *Current Health Expenditure, (% of GDP)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>.
- Tülümce, S. & Buyrukoğlu, S. (2013). Türkiye’de kamu ve özel yatırımlar arasındaki ilişkinin ampirik analizi: Dışlama etkisi (1980-2010). *İstanbul Serbest Muhasebeci Mali Müşavirler Odası Mali Çözüm Dergisi*, 119, 59-77.
- Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK] (2020, 1 Aralık), *Sağlık harcamaları istatistikleri, 2019*. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084.
- Umoru, D. & Yaqub, J.O. (2013). Private and public health capital expenditures in Nigeria: An empirical test of the relationship. *American Academic & Scholarly Research Journal*, 5(1), 83.
- United Nation [UN] (2020, 5 Şubat), *Life expectancy at birth for both sexes combined (years)*. <http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A68>.
- Ünsal, M.E. (2020). Crowding-out effect: Evidence from OECD countries. *İstanbul İktisat Dergisi*, 70(1), 1-16. <https://doi.org/10.26650/ISTJECON2020-0001>.
- Van der Ploeg, F. (2005). Back to Keynes? *CESifo Economic Studies*, 51(4), 777-822. <https://doi.org/10.1093/cesifo/51.4.777>.
- Wellay, T., Gebreslassie, M., Mesele, M., Gebretinsae, H., Ayele, B., Tewelde, A. & Zewedie, Y. (2018). Demand for Health care service and associated factors among patients in The Community of Tsegedie District, Northern Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 18(1), 697. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3490-2>.

World Health Organization [WHO] (2020, 10 Ekim), *Global health expenditure database*.
<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>.

Yalçın, K. & Coşkun, Y. (2014). İpotekli konut finansmanı sisteminin gelişme koşulları: Türkiye için ampirik bir analiz. *İktisat İşletme ve Finans*, 29(340), 27-68.
<https://doi.org/10.3848/iif.2014.339.3839>.

Ying, Y.H. & Chang, K. (2020). The effect of national health insurance on private health expenditure in Taiwan: Crowd in or crowd out? *Journal of the Asia Pacific Economy*,25(2), 371-385.
<https://doi.org/10.1080/13547860.2019.1665327>.

ARAŞTIRMA MAKALESİ

YÖNETİCİ DAVRANIŞLARININ ÇALIŞAN İŞ DOYUMU ÜZERİNE ETKİSİ: SAĞLIK ÇALIŞANLARI ÖRNEĞİ *

Ali BAKIRCI **
Musa ÖZATA ***

ÖZ

Bu çalışmanın amacı sağlık kurumlarında görev yapan yöneticilerin sergiledikleri davranışların, çalışanların iş doyumunu üzerindeki etkisinin incelenmesidir. Tanımlayıcı nitelikte olan bu çalışmada nicel araştırma deseni kullanılmıştır. Verilerin toplanmasında Weiss ve arkadaşları (1967) tarafından geliştirilip Baycan (1985) tarafından Türkçeye uyarlanan Minnesota İş Doyum Ölçeği (İ.D.Ö.) ile Terzi ve Kurt (2005) tarafından geliştirilen Yönetici Davranışları Ölçeklerinden (Y.D.Ö) faydalanılmıştır. Etik kurul onayı sonrasında (27.08.2020 Karar No: 3) çalışma Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 261 sağlık personeli üzerinde yüz yüze anket tekniği kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Veriler SPSS 22 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Toplanan veriler üzerinde tanımlayıcı istatistikler, bağımsız gruplar arası t testi, tek yönlü varyans analizi, korelasyon ve regresyon analizleri yapılmıştır. Analizler sonucunda demokratik yönetici davranışı ile çalışanların iş doyumunu arasında $r=0,73$; $p<0,05$ pozitif yönlü ve istatistiksel açıdan anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca ilgisiz yönetici davranışlarının ise çalışanların iş doyumlarını olumsuz yönde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Yönetici davranışlarının çalışanların iş doyumunu etkileyen önemli bir unsur olduğu, yönetsel davranışların geliştirilmesinin, çalışanların iş doyumunu olumlu etkileyeceği ve bunun sonucunda verilen sağlık hizmetinin kalitesinin de artacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çalışan iş doyumunu, yönetici davranışları, sağlık çalışanları

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma 5. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi'nde sunulmuş olan bildirinin genişletilmiş halidir.

** Şube Müdürü, Kırşehir İl Sağlık Müdürlüğü, alikaptan4414@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7566-5141>

*** Prof. Dr., Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, musaozta@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1742-0215>

Gönderim Tarihi: 03.08.2021

Kabul Tarihi: 24.12.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Bakırcı, A. & Özata, M. (2022) Yönetici davranışlarının çalışan iş doyumunu üzerine etkisi: Sağlık çalışanları örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 175-192

THE EFFECT OF MANAGERIAL BEHAVIORS ON EMPLOYEE SATISFACTION: THE CASE OF HEALTHCARE EMPLOYEES *

Ali BAKIRCI**
Musa ÖZATA ***

ABSTRACT

The aim of this study is to examine the effect of the behaviours exhibited by managers working in health institutions on employee job satisfaction. In this descriptive study, quantitative research design was used. In data collection, Minnesota Satisfaction Questionnaire, developed by Weiss et al. (1967) and adapted to Turkish by Baycan (1985) and Management Behaviors Scale of Managers scales developed by Terzi and Kurt (2005) were employed. The study was carried out by using face-to-face survey technique on 261 staff working in Kırşehir Training and Research Hospital and agreeing to participate in the research. The data were analyzed using SPSS 22 program. Descriptive statistics, independent t-test, one-way analysis of variance, correlation and regression analysis were performed on the collected data. It was observed that there is a significant relationship between democratic manager behaviours and employee job satisfaction $r=0.73$: $p<0.05$, and indifferent manager behaviours negatively affect employee job satisfaction. It is considered that managerial behaviours are an important factor affecting employee job satisfaction, and the development of managerial behaviours will positively affect employee job satisfaction and motivation, and as a result, the quality of healthcare provided will increase.

Keywords: Employee job satisfaction, managerial behaviours, healthcare professionals

ARTICLE INFO

*This study is the expanded version of the paper presented at the 5th International Health Sciences and Management Conference.

**Branch Manager, Kırşehir Provincial Health Directorate, alikaptan4414@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7566-5141>

***Prof. Dr., Kırşehir Ahi Evran University, School of Economics and Administrative Science, Department of Business Administration, musaozta@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1742-0215>

Received: 03.08.2021

Accepted: 24.12.2021

Cite This Paper:

Bakırcı, A. & Özata, M. (2022) Yönetici davranışlarının çalışan iş doyumuna etkisi: Sağlık çalışanları örneği, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 175-192

I. GİRİŞ

Sosyal varlık olan insanların bir arada yaşamalarının gereği çeşitli organizasyonlara ihtiyaç duyulmuş ve bu organizasyonların varlığı ile birlikte yönetim kavramı ortaya çıkmıştır. İnsanlık tarihi boyunca var olmasına rağmen (Kahraman, 2019), profesyonel anlamda yönetim olayı 19. yüzyılın sonlarına doğru bilimsel bir perspektifle incelenmeye başlanmıştır (Arıkboğa, 2007). Yönetici olgusundan bahsetmek için muhakkak ki yönetilen insanların olması gerekmektedir (Erol, 2013). Bu tespitten hareketle ana hedef bir örgütün çalışanlarıdır ve çalışanları koordine edecek yöneticilerin faaliyetleridir. Üzerinde sürekli yönetici baskısı hisseden çalışan, görevlerine ve sorumluluklarına müdahale durumunda performansını gerçekleştiremez ve hedeflerine ulaşamaz (Crawford vd., 2013). Bu nedenle insan kaynaklarının ahlaki kurallara göre yönetilmesinde en büyük iş yöneticilere düşmektedir. Zira işe alımdan işin feshine kadar çalışanların maruz kalacağı süreçlerin tümünde yöneticiler etkin rol oynamaktadır (Zaim, 2008).

Yöneticilerin bu denli etkili oldukları ve yönetici davranışlarının belirleyici etken olduğu sağlık yönetiminde yönetsel davranış tiplerinin bilinmesi önem arz etmektedir. Yönetim tanımsal açıdan reel olmasına rağmen, uygulanış şekli yöneticilere göre farklılık göstermektedir. Stratejik yaklaşım içinde yöneticilerin artan rekabet koşullarında ve kıt kaynaklar ile çalışanların memnun edilip örgüt başarılarına yönelme, yöneticilerin başa çıkması gereken temel problemlerden biridir (Al-Sada vd., 2017). Her yöneticinin kişisel özellikleri, göreve bakış açısı, kişiler arası ilişkileri, eğitimleri ve benzeri beşerî yapıları farklıdır. Yönetici sadece emir veren değil, yönettiği çalışanın psikolojik yapısını da bilip onu, amaç ve hedeflere en iyi koordine eden kişidir (Aytürk, 2007). Sağlık yöneticileri hizmet verdikleri alan gereği empati yetenekleri gelişmiş, fedakârlık ve yardım severlik özellikleri olan, kendilerini işlerine ve mahiyetindekilere adanmış kişilerden olması, çalışanları tarafından kolay kabullenilmelerine ve takip edilmelerine vesile olur (Aslan ve Özata, 2011). Sağlık çalışanlarının işlerine olan olumlu duyguları arttırıp, daha özverili bir şekilde çalışmalarını sağlayacak olan sağlık yöneticisi bu konuda gerekli tedbirleri ve ön çalışmaları planlamak ve yapmak durumundadır (Özgen, 2007). Sağlık yöneticisi elindeki maddi imkânların yanı sıra, örgütün temel yapı taşı olan çalışanları da hedeflenen amaçlara ulaştırmak üzere etkili ve verimli bir şekilde kullanmasını bilmeli; bilgisi, tecrübesi ve analitik yaklaşımı ile ortaya çıkabilecek problemleri çözebilecek davranışları sergileyebilmelidir.

1.1. Yönetici Kavramı

Geniş perspektifte yönetim, insan kaynağı başta olmak üzere örgütün amaçlarını gerçekleştirmek için kullanabileceği demirbaş malzeme, para, hammadde ve benzeri her türlü yardımcı kaynağın verimli bir şekilde kullanımını sağlayarak, örgütün amaçları doğrultusunda hedefe koordine edilmesi olarak tanımlanmaktadır (Crawford vd., 2013; İslami vd., 2018; Thau vd., 2009). Yönetim bir süreçtir ve bu sürecin ilerlemesini sağlayan temel faktör insandır (Çelik ve Şimşek, 2018).

Yönetici ise yönetim faaliyetlerini icra eden, var olan durumu korumaya çalışan kişidir (Koparal, 2012). Yönetici astlarını kullanarak hedefe ulaşmaya çalışır (Arıkboğa, 2007; Çelik ve Şimşek, 2018) ve örgüt amaçları için mücadele verir (Koparal, 2012). Yöneticilik işini mesleksi anlamda yapan ve çalıştığı konum itibarıyla kısa orta ve uzun vadeli plan yapabilen, sahip olduğu teknik bilgi ve becerisi ile çalışanları sevk ve koordine eden kişi profesyonel yöneticidir (Şimşek vd., 2015). Yöneticiler çalışanların insani durumlarını göz önünde bulundurarak, onların sorunları ile ilgilenen kişidir. Görev dağılımlarının yapılmasından personelin ödüllendirilmesine, çalışanın işe adaptasyonundan işten çıkarılmasına kadar örgüt açısından elzem işleri yürütür (Çelik ve Şimşek, 2018). Yöneticiler yönetsel fonksiyonları yerine getirirken güç kaynaklarını kullanırlar. Güç; yöneticinin astlarını kontrol etme potansiyelidir. Güç başkaları ile etkileşim halinde ortaya çıkar (Güleç, 2008) ve güç kaynağının yansımaları kendisini yetki olarak gösterir. Yetki, işgal edilen mevkiinin yöneticiye sunmuş olduğu bir emir hakkı (Arıkboğa, 2007) ve çalışanlar üzerinde etkinliğini ortaya koyma şeklidir (Koçel, 2010). Yetkiler örgütte alt kademeden üst kademeye çıkıldıkça artar. Katz (1974) "Skills of an Effective Manager" adlı kitabında başarılı bir yöneticinin teknik becerilere ağırlık veren, beşerî ilişkileri güçlü ve kavramsal yeteneklere sahip olması gerektiğini belirtmiştir (Katz, 1974, akt. Koparal, 2012).

1.2. Yönetici Davranışları

Davranış; örgütsel düzen içinde bireylerin sergiledikleri tutum ve alışkanlıkların diğer kişilerce algılanma şeklidir (Şimşek vd., 2015). Yöneticilerin davranışları özellikle hedeflenen demokratik bir iş ortamı için önemli bir faktördür. Görüş alınarak, yetki devri ile sorumluluk yüklenen ve örgütün geleceği için fikirlerini rahatça dile getirebilen çalışanların olduğu bir örgüt kültüründe, bütün bu olumlu şartların oluşmasında şüphesiz yöneticilerin demokratik davranışları önemli bir rol oynar (Çabukel, 2008). Çalışanların iş doyumunu yöneticilerin tutum ve davranışları ile yakından ilgilidir (Parvin ve Kabir, 2011). İşletmelerde oluşabilecek yönetsel hatalar genellikle kendini verim düşüklüğü veya faaliyet zararı olarak gösterirler. Ancak sağlık işletmeleri yönetimindeki sergilenen hatalar geri dönüşü mümkün olmayan zararlara ve toplumsal sorunlara yol açabilir (Akgün, 2019). Bu nedenle sağlık yöneticiliği hassaslığını mesleğinden alır ve toplumun değer yapısı ile kültürel dinamiklerine de uyumludur.

Yönetici davranışları önemli yönetsel unsurlardan biridir. Özellikle çalışan ile direkt etkileşimde olan orta ve ilk kademe yöneticilerin davranışları, iş doyumunu belirleyen güçlü bir faktördür. Yöneticilerin davranış tipini belirleyen şey ise kişinin yetkilerini kullanma şeklidir (Terzi ve Kurt, 2005). Yönetici davranışları kurumda üstlenilen roller gereği şekillenmekte ve dolayısı ile yöneticiden beklenen rol davranışlarına da etki etmektedir. Rol; örgütte sahip olunan statünün gerektirdiği gibi davranma işidir. İşgal edilen konuma ve yere göre değişir çalışanların beklentilerini karşılayacak tutumları içerir (Şimşek vd., 2015).

Klasik anlayışa göre yönetici davranışları; otoriter (otokratik), demokratik (katılımcı) ve serbest bırakıcı (ilgisiz) davranışlar şeklinde sınıflanmaktadır (Arıkboğa, 2007). Aşağıda bu davranış kalıplarının özellikleri kısaca açıklanmaya çalışılmıştır.

Otoriter (otokratik) Yönetici Davranışı: Bu davranış tipinde görev ya da iş odaklı yönetim anlayışı vardır, yönetici kendi başına karar alır, çalışandan önce iş gelir (Arıkboğa, 2007; Aytürk ve Peker, 2000; Thau vd., 2009). Otoriter yöneticiler belirsizliği önlemek için kişisel tercihlerini ve kişilik yapılarını astlarına güçlü bir şekilde yansıtırlar. Otoriter özellikli yöneticiler değişime ve yeni fikirlere kapalıdır. Gelenekçi yapıda mevcut durumu korumaya ve güçlendirmeye çalışırlar (Frese ve Fay, 2001). Otoriterlik bir bireysel özellik olsa da teorisyenlere göre çalışma ortamında yöneticinin algılanma durumu olarak da yorumlanmaktadır (Feldman, 2003).

Otoriter yönetim tarzı katı, dogmatik ve kurallara bağlı öngörülebilir davranış şeklinde ortaya çıkar. Yöneticisinin yönetim tarzını kötü algılayan bir çalışan, otoriter yöneticisine karşı oldukça güçlü ve olumsuz tepki verir (Thau vd., 2009). Örgütte çalışanların söz hakkının olmadığı, kararların ve politika hedeflerinin sadece yönetimde yetkili kişilerin verdiği, önderlerin ön planda olduğu yönetsel anlayışın olduğu davranış özelliğidir. Otoriter yönetici mevcut sistemi sürdürmek için disiplini elden bırakmaz ve bunu ceza aracını kullanarak gerçekleştirir. Otoriter yönetici davranışlarının hâkim olduğu örgütlerde çalışanlar zamanla korkunun da etkisi ile itaat edilmeye yöneltilir (Özgür, 2011), çalışma azimleri düşer emir verilmeden hareket edilmez, istenilenden fazlasını yapmazlar (Aytürk ve Peker, 2000).

Otoriter davranışlar şekilsel bir düzen ve disiplin oluşturur ancak çalışanlar içten içe örgütten uzaklaşır. Kendilerini işlerine vermezler, otoriter yaklaşım astlarda “kötü niyetli itaat” şeklinde kendini gösterir (Özgür, 2011). Kimi zaman otoriter yaklaşım otokratik ve bürokratik toplum yapılarında olumlu sonuçlar vermekle birlikte, uzun dönemde çalışanlara söz hakkı tanınmaması ve yöneticinin ben merkezli hareket etmesi, çalışanları psikolojik olarak tatminsizliğe iter ve yönetime karşı bir nefreti körükleyebilir. Ayrıca çalışanların fikirlerinin önemsenmemesi zamanla örgütsel yaratıcılığı zayıflatır, yeni fikirlerin oluşumu engellenir, tek düze bir sistem oluşur ve bu durum çalışanlarca da kanıksanır (Eren, 2012). Otoriter yöneticilik tipi çalışanların bilgisiz, beceriksiz ve yetersiz oldukları topluluklarda daha uygulanabilir bir yöneticilik tipidir (Aytürk, 2007).

Demokratik (Katılımcı) Yönetici Davranışı: Bu yönetsel davranış tarzında çalışanların sürekli tecrübe ve bilgisine başvurulur, fikirleri önemsenir, örgüt hedefleri ve planlamalarında çalışanlardan

aktif destek alınır, yöneticinin güç kaynağı çalışanların fikir ve düşünceleridir. Çalışanların görüşleri kıymetli olduğu için yönetici kadar çalışanlarda örgüt amaçları için fazlasıyla çalışırlar, motivasyon yüksek ve örgüt psikolojisi iyi durumdadır (Eren, 2012). Demokratik yönetici çalışanlara eşit mesafededir, kararlar kolektif alınır (Arıkboğa, 2007), yönetici davranışları teşvik edici ve özgür hareket sağlama özelliği ile çalışanların iş ilişkilerini geliştirir ve iş doyumunu arttırır. Demokratik yönetim şekli ekip çalışmasının ön planda olduğu ve kalitenin arandığı süreçlerde tercih edilir. Katılımcı bir anlayış olduğu için karar süreci uzayabilir ancak daha etkili sonuçlar elde edilir. Çalışanlar bu yönetim şeklinde kendi becerilerini geliştirir ve örgüte katkıları en yüksek seviyededir (Bhatti vd., 2012). Çalışanlar daha fazla performans gösterdiklerini ve yaptıkları işin örgütsel yapıya katkıda bulunduğunu düşündüklerinden çalışma azimleri artar (Chan, 2019).

Katılımcı yönetsel tarzda çalışanlara sorumluluk verilir ve güç paylaşılır, böylece çalışanlar motive edilmiş olurlar. Çalışan performansını arttırmak için daha çok katılımcı bir yönetsel anlayış benimsenir (Humborstad vd., 2014). Katılımcı yönetici yenilikçi bir anlayışa sahiptir, çalışanları yaratıcılığa ve yeni şeyler üretmeye teşvik eder, farklı çalışma grupları oluşturur, yeteneklere göre iş dağılımı ve görev tanımlaması yapar (Schaufeli ve Bakker, 2004)

İlgisiz (Serbet Bırakıcı) Yönetici Davranışı: Bazı kaynaklarda *tam serbesti yönetici davranışı* olarak da tanımlanan yönetici davranışı tipinde, yetkiler kullanılmak istenmez, iş doyumunu düşünülmez, güç ve sorumluluktan kaçınılır, çalışanları kendi hallerine bırakan bir anlayış vardır. İlgisiz yönetici veya tam serbesti yönetsel tarzda, yöneticiler çalışanlara müdahale etmezler, örgüt hedeflerine ulaşmak için belirli bir yol izlenmez (Bhatti vd., 2012). Çalışanlar kendi haline bırakıldığı için kendileri karar alırlar ve kararlarından kendileri sorumludurlar. Bazen çalışanlar üstlerine karşı soru cevap şeklinde danışlırlar ancak performans geri bildirim alınmaz (Chaudry ve Javed, 2012). Bu tip yönetici davranışları kamu sektörlerindeki hizmet ağları ile daha çok ilişkilendirilebilir (Crews vd., 2019). İlgisiz yönetsel anlayışta rol çatışması olur, işyeri stresi fazladır ve genelde çalışanlarda iş doyum açlığı söz konusudur (Piccolo vd., 2010). İlgisiz yönetim anlayışının hâkim olduğu ortamda başıboşluk ve lakayt bir atmosfer oluşmuştur. Çalışanları düzene koyan bir kurallar bütünü olmaz, işler görece az sayıda çalışan tarafından yapılır ve başarısızlık kaçınılmazdır (Özgür, 2011).

1.3. Çalışan İş Doyumu

İş belirli bir zaman diliminde örgütsel araçların etkileşimi sonucu hedeflerin gerçekleştirilmesi için harcanan çabalar bütünüdür (Sevimli ve İşcan, 2005). Çalışan iş doyumunu ise kişinin duygusal beklentileri ile iş ve iş ortamını özdeşleştirerek içsel değerlendirme yapması sonucunda ortaya çıkan tutumların duygular ile ifade edilmesidir (Rençber, 2012; Şengül, 2008). Çalışan iş doyumunu, bireylerin işlerine ve çalışma ortamlarına verdikleri duygusal tepki ve psikolojik durumdur (Chan, 2019). Başka bir deyişle çalışanın işi ile ilgili beklentileri ile işin kendisine sunmuş olduğu alternatiflerin birbirini karşılama oranı olarak da yorumlanabilir (Avcı ve Karatepe, 2000; Şencan, 2011). İş doyumunu çalışanların işlerine karşı hislerinin bir dışı vurumu olarak belirtildiğinde, çalışanlar aslında yargısal bir sonuca vararak bu tepkiyi vermiş olurlar. Şencan (2011) iş doyumunu, çalışanların işleri hakkında olumlu düşünceler ve hisler besleyerek işlerini memnuniyet verici olarak yorumlamasıdır, şeklinde tanımlar. Ölçülmesi zor olan çalışan iş doyumunu bir kalıba koyarak tanımlamak veya sınırlarını belirtmek pek mümkün değildir. İş doyumunun sağlanması çalışılan örgütün menfaatleri açısından ahlaki bir gerekliliktir (Sevimli ve İşcan, 2005). İş doyumunu iş görenin işine yönelik kişisel hislerinin ürünüdür, dışardan gözlemlenemez, ancak tavırlarla ortaya çıkar. Çalışanın işi ile ilgili umduğunu bulduğu zaman ortaya çıkar şiddeti ve derecesi görecelidir. İş doyumunun düşük olduğu örgütlerde iş koşulları da bozulmuş demektir (Şencan, 2011).

Çalışan iş doyumunun oluşmasında farklı etmenler rol alır; meslekteki başarı durumu, bağımsız hareket etme, saygınlık gibi şartların mevcudiyetine göre şekillenir. (Şengül, 2008). İş doyumunu yapısı gereği çalışanların duygu durumunun bir belirtisi olduğu için kişilerin duygusal tatmin seviyelerini etkileyen ve işle ilgili olan hemen her şey iş doyum seviyesini etkiler. İşin fiziki koşulları, çalışılan örgütün kültürel yapısı, örgütsel adalet, yönetim tarzı, iş yerindeki ilişkiler, sosyal imkânlar, terfi, ücret,

ödüllendirme, yapılan işin saygınlığı gibi pek çok faktör iş doyumunu şekillendirir (Gündüz, 2016; Rençber, 2012; Sevimli ve İşcan, 2005; Şencan, 2011)

İş doyumunun statik olmayan sürekli değişen bir yapısı vardır. İş doyumunu oluşturan etmenlerin çeşitliliği ve değişkenliği iş doyumunu sağlamayı sürekli kılar. İş doyumunu iş verimini iş performansını etkilemekte olup, yüksek bir iş doyumunu yüksek bir performans anlamına da gelir ancak tek başına iş doyumunu yüksek performansın nedeni değildir (Şengül, 2008). Yönetimsel faaliyetler iş doyumunu üzerinde oldukça etkilidir. Çalışanların iş doyumunu örgütün iş gücüne sahip çıkma derecesi ile orantılı olup çalışanların örgütte kalma ihtimalini de olumlu yönden etkiler. Bazı çalışanların işlerinden soğuması ve hatta ayrılmasının nedeni olarak yöneticilerin davranışları gösterilmektedir (Al-Sada vd., 2017). Bu nedenle örgütler iş doyumunu olgusunun farkında olmalı ve sürekli iş doyumunu verilerini güncel tutmalıdırlar. İş doyum seviyesini yüksek tutmanın ön koşulları çalışanlara yükselme fırsatı vermek, çalışan ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmak ve kalite odaklı hizmet vermektir (Sageer vd., 2012). Yüksek bir iş doyumunun sağlandığı örgütlerde çağdaş, yönetimsel faktörlerin uygulandığı (Sevimli ve İşcan, 2005) ve profesyonel yöneticilerin iş başında olduğu söylenebilir (Rençber, 2012).

İdeal bir çalışma yerinde dahi iş doyumunun gerçekleşmesi mümkün olmayabilir, zira çalışanın beklenti durumu ile tam bir örtüşme olması gereklidir (Şengül, 2008). İş doyumunun olmaması durumunda, çalışanlarda genel bir mutsuzluk (Gündüz, 2016), işe gelmeme, işten kaytarma (Rençber, 2012), işten ayrılma (Şencan, 2011), iş ilişkilerinde zayıflama, birimler arası koordinasyon bozukluğu, yönetimsel problemler, iş veriminde düşmeler, kalitenin düşmesi, örgütün iç ve dış tehditlere karşı savunmasız duruma gelmesi gibi pek çok olumsuzluklar görülür. Önlem alınmadığı takdirde telafisi mümkün olmayan zararlara yol açabilir. Sevimli ve İşcan'a (2005) göre çalışma ortamında meydana gelen kazalar kişinin psikolojik durumu ile alakalı olduğundan iş doyumunun neticesinde iş kazaları dahi artmaktadır.

Çalışanların genel olarak işlerinden beklentileri, iş içerikli beklentiler, bağlılık beklentisi ve kariyer beklentisi olarak üçe ayrılır. İş içerikli beklentilerde çalışan daha çok maddi bir obje olarak değerlendirir ve işin parasal getirisine odaklanır. Bağlılık duygusunda çalışan işini yüceltir ve yaptığı işin insanlığa katkısının büyük olduğunu ve bunun herkes tarafından yüceltilmesi gerektiğini düşünür. Kariyer beklentisinde ise çalışan icra ettiği işi en iyi şekilde yaparak bulunduğu basamaklarda yukarı tırmanmayı, takdir edilmeyi ve saygınlık görmeyi bekler (Heslin, 2005; Rençber, 2012).

II. YÖNTEM

Çalışma tanımlayıcı nitelikte olup, nicel araştırma yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenini Sağlık Bakanlığı Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapmakta olan 960 sağlık personeli ve idari personel oluşturmaktadır. Yapılan hesaplamalar sonucunda örneklem büyüklüğünün en az 254 kişi olması gerektiği saptanmıştır (Gürbüz ve Şahin, 2016). Basit tesadüfî örnekleme, araştırmaya dâhil olması muhtemel örneğin yerine başka bir örneği dâhil etmeden yapılan örneklemedir. Bu yöntemde her bireyin araştırmanın herhangi bir kesitinde geriye kalan bireyler içinde seçilme ihtimali aynıdır (Aziz, 2011). Bu nedenle evrenden rastgele örneklem metodu ile 261 çalışan belirlenerek yüz yüze anket uygulanmıştır.

Çalışanların iş doyum düzeylerinin ölçülmesi için 1967 yılında Weiss ve arkadaşları tarafından geliştirilen Minnesota İş Doyum Ölçeği (İ.D.Ö.) kullanılmıştır. Ölçek Baycan (1985) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Uyarlanma çalışmasında ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve Cronbach Alpha katsayısı 0,77 olarak hesaplanmıştır (Baycan, 1985). Bu çalışmada ise Cronbach Alpha değeri **0,93** olarak ölçülmüştür. Ölçek 20 sorudan oluşmakta ve 5'li likert tipi cevapları içermektedir. Ölçekte cevaplar; 1- Hiç Memnun Değilim, 2- Memnun Değilim, 3- Kısmen Memnunum, 4- Memnunum, 5- Çok Memnunum şeklinde sıralanmaktadır. Likert tipi ölçekler katılımcının tutum, istek ve arzularının eğilim derecesinin ölçmeyi amaçlar. Ölçeğin değerlendirilmesinde her soruya karşılık gelen cevaplar değerlendirilerek korelasyon incelemesi yapılabileceği gibi toplam değer üzerinden de istatistiksel çıkarımlar yapılabilir (Coşkun vd., 2007).

Katılımcıların Yönetici Davranışı algılarını ölçmek için ise Terzi ve Kurt (2005) tarafından geliştirilen ve 29 sorudan oluşan Yönetici Davranışı Ölçeği (Y.D.Ö.) kullanılmıştır. Ölçek; otoriter, demokratik ve ilgisiz yönetici davranışı olmak üzere 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek içerisinde birinci faktörü demokratik yönetici davranışı (1-9) soruları, ikinci faktörü otoriter yönetici davranışı (10-18) soruları ve üçüncü faktörü ilgisiz yönetici davranışları (19-29) sorularını kapsamaktadır. Tüm ölçeğin Cronbach Alpha değeri **0,66** olarak bulunmuştur (Terzi ve Kurt, 2005). Bu çalışmada Y.D.Ö'nin Cronbach's Alpha katsayısı **0,82** olarak hesaplanmıştır. Kaiser Meyer Oklin (KMO) yapılan faktör analizinin doğruluğunu gösteren değerdir. 0,5 ile 1 arası değerler dikkate alınabilir değerlerdir (Coşkun vd., 2007). Bu çalışmada yapılan faktör analizinde Y.D.Ö'nin KMO değeri 0,923 bulunmuştur. Ölçeğin cevapları; 1- Hiçbir Zaman, 2- Nadiren, 3- Bazen, 4- Çoğunlukla ve 5- Her Zaman olarak sıralanmaktadır.

Araştırmanın yapılabilmesi için Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun 27.08.2020 tarihi ve 2020/3 nolu kararı ile etik kurul izni alınmıştır. Toplanan veriler SPSS 22.0 programı kullanılarak tanımlayıcı istatistikler, normal dağılıma uygunluk testi, bağımsız gruplar arası t testi, tek yönlü varyans analizi, korelasyon analizi ve regresyon analizi çalışılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde parametrik testler çalışılır (Gerald, 2018). Çalışmalarda parametrik testlerle analiz yapılması için, verilerin oranlı dağılmış olması, homojen özellikte ve normal dağılıma uyması gereklidir (Büyüköztürk, 2002). Yapılan normallik testinde (Tablo 1) İ.D.Ö için ortalama değer 60,4 olduğu, çarpıklık değeri -0,049, basıklık değeri 0,127 Kolmogrov-Simirnov (p) değeri 0,485 ters çan eğrisi şeklinde histogram dağılımı ve plots eğrisi doğrusal değerlendirildiğinden anket verilerinin normal dağılımda olduğu görülmüştür. Y.D.Ö. ortalama değer 77,11 olduğu, çarpıklık değeri -0,007, basıklık değeri 0,194, Kolmogrov-Simirnov (p) değeri 0,061 ters çan eğrisi şeklinde histogram dağılımı ve plots eğrisi doğrusal değerlendirildiğinden anket verilerinin normal dağılımda olduğu görülmüştür. Benzer analiz verileri alt faktör gruplarında da elde edilmiştir.

Tablo 1. Normallik Analizi

Değişkenler/ İstatistik	Minnesota İ.D.Ö. (Toplam Puan)	Yönetici_D.Ö. (Toplam Puan)	İlgisiz Y. D. Alt Boyut	Otoriter Y.D. Alt Boyut	Demokratik Y. D. Alt Boyut
Ortalama	60,40	77,11	26,06	25,21	25,32
Standart Spm.	16,06	15,68	9,80	8,41	9,37
Skewness	-0,049	0,007	0,316	0,209	0,061
Kurtosis	-0,127	-0,194	-0,114	-0,690	-0,812
Kolmogrov-Simirnov (p)	0,485	0,061	0,052	0,072	0,058

Bu çalışma; Kırşehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi sağlık hizmetleri sınıfında ve idari hizmetler sınıfında çalışan ve bu araştırmaya katılmayı kabul eden personel; çalışma kapsamında test edilen kavramların sosyo-demografik değişkenler bağlamında farklılıkları çalışmaya katılan personelin bu kavramları yorumlama düzeyi; araştırma kapsamında derlenen veriler *Minnesota İş Doyum ve Yönetici Davranışları* ölçekleri ve çalışma kapsamında elde edilen verilerin güvenilirliği ve geçerliliği bu çalışmada kullanılan nicel araştırma teknikleri ile sınırlıdır.

III. BULGULAR

Bu kısımda, araştırmaya katılan çalışanların sosyo-demografik bilgileri, uygulanan ölçeklerin tanımlayıcı bilgileri ve elde edilen verilere uygulanan istatistiksel analiz çalışmaları gösterilmiştir.

3.1. Katılımcıların Sosyo Demografik Bilgileri

Araştırma sonucunda elde edilen sosyo-demografik bulgular Tablo 2'de sunulmuştur.

Tablo 2. Araştırmaya Katılan Çalışanların Sosyo-Demografik Özellikleri (N=261)

	Değişken	Sayı	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	169	64,8
	Erkek	92	35,2
Yaş	18-25	18	6,9
	26-35	108	41,4
	36-45	86	33,0
	46 ve üzeri	49	18,8
Medeni Durum	Evli	201	77,0
	Bekâr	60	23,0
Eğitim Durumu	İlköğretim ve Lise	79	30,3
	Ön lisans	91	34,9
	Lisans ve üstü	91	34,9
Çalışma Süresi Yıl	0-5	46	17,6
	6-10	81	31,0
	11-20	77	29,5
	21 yıl ve üzeri	57	21,8
Unvan	İdari Hizmetler	130	49,8
	Sağlık Hizmetleri	131	50,2
Aylık Gelir	2000-3500 TL	106	40,6
	3501 TL ve üzeri	155	59,4

Tablo 2’ de görüldüğü üzere araştırmaya katılan 261 çalışanın; kadın çalışan sayısı 169 (%64,8) erkek çalışan sayısı 92 (%35,2)’dir. Katılımcılardan 201’nin (%77,0) evli, 60’nın (%23,0) katılımcının ise bekâr olduğu, İdari hizmetler sınıfında 130 (%49,8) kişinin çalıştığı, Sağlık Hizmetleri sınıfında ise 131 (%50,2) kişinin çalıştığı görülmüştür. Gelir bakımından katılımcıların 106 (%40,6) sınıfın 2.000-3.000 TL 155 (%59,4) ise 3.501 TL ve üzeri aylık geliri olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların yaş dağılımı 18-25 yaş aralığında 18 (%6,9) 26-35 yaş aralığında 108 (%41,4) 36-45 yaş aralığında 86 (%33,0) 46 ve üzeri yaş aralığında ise 49 (%18,8) katılımcının olduğu görülmüştür. Eğitim durumuna göre, İlköğretim ve lise mezunu katılımcı sayısı 79 (%30,3) Ön lisans mezunu 91 (%34,9) Lisans ve üstü eğitime sahip 91 (%34,9) çalışanın olduğu görülmektedir. Kurumda çalışılan süre bazında 0-5 yıl süre ile çalışan 46 (%17,6) personel, 6-10 yıl arası 81 (%31,0), 11-20 yıl arası 77 (%29,5), 21 yıl ve üzeri çalışmış olan 57 (%21,8) katılımcının olduğu görülmektedir.

3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait Tanımlayıcı İstatistiksel Bulgular

Araştırmada kullanılan İş Doyum Ölçeği 20 adet sorudan oluşmakta olup teste ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 3’te verilmiştir.

Tablo 3’te görüldüğü üzere İ.D.Ö’nin 20 sorudan oluştuğu görülür. Katılımcıların vermiş olduğu cevaplar değerlendirildiğinde, en yüksek puanın “Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağının olmasından” sorusuna verildiği (ort= 3,57) en düşük puanın ise “Yaptığım işe karşılık aldığım ücretten” sorusuna verildiği (ort= 2,46) görülmüştür. Ölçeğin ortalama puanının 3,02 olduğu görülmüştür. Buna göre katılımcıların iş doyum seviyelerinin orta düzeyde olduğu, başkalarına yardım etme duygusunun iş doyumunu yükselttiği ancak alınan ücretin iş doyumunu düşüren bir etken olduğu söylenebilir.

Tablo 3. İş Doyum Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler

Minnesota İş Doyum Ölçeği		Min	Max	Ort.	Std.S
1	Yaptığım işin beni sürekli meşgul etmesinden	1,00	5,00	2,92	1,16
2	Tek başıma çalışmama olanak vermesinden	1,00	5,00	2,81	1,28
3	Ara sıra değişik işler de yapabilmeme olanak vermesinden	1,00	5,00	2,57	1,18
4	Sosyal statümü arttırıp, toplumda saygın bir kişi olmama olanak vermesinden	1,00	5,00	3,03	1,27
5	Yöneticimin astlarını yönetme şeklinden	1,00	5,00	2,95	1,20
6	Yöneticimin karar verme yeteneğinden	1,00	5,00	2,93	1,20
7	Vicdanıma ve duygularıma uygun işler yapabilme olanağım olmasından	1,00	5,00	3,38	1,16
8	Bana sabit ve düzenli bir iş olanağı sağlamasından	1,00	5,00	3,54	1,22
9	Başkaları için bir şeyler yapabilme olanağımın olmasından	1,00	5,00	3,57	1,21
10	İnsanlara ne yapacaklarını söyleme şansım olmasından	1,00	5,00	3,25	1,18
11	Kendi yeteneklerimle bir şeyler yapabilme şansım olmasından	1,00	5,00	3,32	1,22
12	İşe yönelik alınan kararların uygulamaya konmasından	1,00	5,00	2,95	1,14
13	Yaptığım işe karşılık aldığım ücretten	1,00	5,00	2,46	1,33
14	Çalıştığım iş yerinde terfi olanaklarının olmasından	1,00	5,00	2,52	1,24
15	Kendi kararlarımı uygulama serbestisi vermesinden	1,00	5,00	2,72	1,23
16	Kişisel yeteneklerimi sergileme olanağı vermesinden	1,00	5,00	2,94	1,19
17	İşyerimin çalışma koşullarından	1,00	5,00	2,99	1,18
18	İşyerindeki arkadaşlarımla birbirleri ile olan uyum ve ilişkilerinden	1,00	5,00	3,20	1,16
19	Yaptığım işten ve başarılarımdan dolayı takdir edilmekten	1,00	5,00	2,78	1,19
20	Yaptığım işten dolayı duyduğum başarı hissinden	1,00	5,00	3,49	1,21
Genel Ortalama				3,02	1,20

Araştırmada Kullanılan Y.D.Ö 29 adet sorudan oluşmakta olup teste ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 4'te verilmiştir. Tablo 4'te görüldüğü üzere 29 sorudan oluşan Y.D.Ö'ne katılımcıların vermiş olduğu cevaplar değerlendirildiğinde, en yüksek puanın demokratik yönetici davranışı boyutunu ölçen ifadelerden birisi olan *Yöneticim herkesin kendi kendini denetlemesi gerektiğine inanır* sorusuna verildiği (ort= 3,21), en düşük puanın ise ilgisiz yönetici davranışı boyutunu ölçen ifadelerden birisi olan *Yöneticim yetkilerini kullanmaktan kaçınır* sorusuna verildiği (ort= 2,05) görülmüştür. Ölçeğin ortalama puanının 2,64 olduğu görülmüştür. Ayrıca katılımcıların ifadelere verdikleri puanlar incelendiğinde yöneticilerin demokratik yönetici davranış puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4. Yönetici Davranışları Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler

	Yönetici Davranışları Ölçeği		Ort.	Std.S
Demokratik Yönetici Davranışı	1	Çalışanların kişilik özelliklerine dikkat eder.	2,69	1,34
	2	Çalışanlarda takım ruhunu geliştirmeye çabalar.	2,82	1,30
	3	Çalışanları yönetime katar.	2,51	1,23
	4	Çalışanların kendisine karşı rahat olmalarını ister.	2,88	1,23
	5	Yapılacak işleri çalışanlarla birlikte karara bağlar.	2,73	1,24
	6	Çalışanların önerilerini ciddiye alır.	2,81	1,23
	7	Herkesin kendi kendini denetlemesi gerektiğine inanır.	3,21	1,21
	8	Kurumun amaçları ile çalışanların ihtiyaçlarını dengeler.	2,90	1,24
	9	Çalışanların yaratıcılıklarını sergilemelerine fırsat verir.	2,73	1,22
	Ortalama		2,81	1,25
Otoriter Yönetici Davranışı	10	Kendinden yardım istenmesini sevmez.	2,49	1,22
	11	Çalışanlara resmi davranır.	2,92	1,22
	12	Çalışanlara yaklaşımı kuralcıdır.	3,02	1,28
	13	Tek adam yönetimine inanır.	2,80	1,39
	14	Kararlarının nedenlerini canı isterse açıklar.	2,65	1,30
	15	Sıkı denetimden yanadır.	3,05	1,25
	16	Korkulması gereken bir kişi olduğuna inanır.	2,55	1,34
	17	Kararlarına kimseyi karıştırmaz.	2,80	1,35
	18	Kendisine mutlak itaat edilmesini bekler	2,88	1,41
	Ortalama		2,79	1,30
İlgisiz Yönetici Davranışı	19	Çalışanların istek ve şikâyetlerini göz ardı eder.	2,53	1,28
	20	Çalışanlara ve işyerine yabancılaşmıştır.	2,41	1,33
	21	İşyerini kendi haline bırakmıştır.	2,15	1,17
	22	Yetkilerini kullanmaktan kaçınır.	2,07	1,15
	23	Kurumun amaçları için çaba harcamaz.	2,33	1,24
	24	Çalışanlarla yüzeysel olarak iletişime girer.	2,73	1,31
	25	Kurumu geliştirmek için girişimde bulunmaz.	2,36	1,22
	26	Çalışanların motivasyonu ile ilgilenmez.	2,49	1,28
	27	Sorunlarla yüzleşmek istemez.	2,32	1,22
	28	Kurum içi faaliyetlerde çok az karar verir.	2,41	1,26
	29	İşyerindeki varlığı ile yokluğu belli değildir.	2,21	1,28
	Ortalama		2,36	1,25
Genel Ortalama			2,64	1,34

3.3. Örneklerden Elde Edilen Verilere İstatistik Analizlerinin Uygulanması

't' testi: Aynı evrenden gelen iki örneklem ortalamalarının sıfırdan (birbirinden) farklılığının test edilmesidir (Büyüköztürk, 2013). Ölçeklerin uygulanması ile elde edilen ve ikili gruplardan oluşan cinsiyet, medeni durum, unvan ve aylık gelir verilerine bağımsız 't' testi uygulanmıştır.

Tablo 5. Ölçeklere ve Ölçek Alt Boyutlarına Bağımsız Gruplar Arası t Testi uygulanması

	Cinsiyet	N	Ortalama	S.S	t	p	Karar
Y.D.Ö	Kadın	169	75,37	15,15	2,44	0,015	Gruplar Arası Fark Anlamlı Bulundu
	Erkek	92	80,30	16,22			
İ.D.Ö	Kadın	169	58,57	14,90	2,51	0,013	Gruplar Arası Fark Anlamlı Bulundu
	Erkek	92	63,76	17,59			
	Medeni Durum						
Y.D.Ö	Evli	201	76,87	14,96	-0,45	0,65	Gruplar Arası Fark Anlamlı Bulunmadı
	Bekar	60	77,91	18,03			
İ.D.Ö	Evli	201	60,04	14,39	-0,54	0,58	Gruplar Arası Fark Anlamlı Bulunmadı
	Bekar	60	61,61	20,79			
	Ünvan						
İ.D.Ö	İdari Hiz.	130	60,22	16,08	-0,18	0,85	Gruplar Arası Fark Anlamlı Bulunmadı
	Sağlık Hiz.	131	60,58	16,09			
Y.D.Ö.	İdari Hiz.	130	76,53	16,85	-0,59	0,55	Gruplar Arası Fark Anlamlı Bulunmadı
	Sağlık Hiz.	131	77,68	14,48			
	Aylık Gelir						
İ.D.Ö	2000-3500 TL	106	59,52	15,91	-0,73	0,466	Gruplar Arası Fark Anlamlı Bulunmadı
	3501 TL ve üzeri	155	61,00	16,18			
Y.D.Ö.	2000-3500 TL	106	75,51	17,36	-1,31	0,190	Gruplar Arası Fark Anlamlı Bulunmadı
	3501 TL ve üzeri	155	78,20	14,39			

Tablo 5'te görüldüğü üzere her iki ölçeğin toplam puanları **Cinsiyet** değişkeni açısından t testine tabi tutulduğunda, Y.D.Ö'nin dağılımın kadın ve erkekler arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($p<0,05$) görülmüştür. Benzer şekilde İ.D.Ö'nin kadın ve erkekler arasında anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($p<0,05$) görülmüştür. Bu haliyle Y.D.Ö'nin ve İ.D.Ö'nin cinsiyet değişkenine göre farklılıklar gösterdiği görülmüştür.

Her iki ölçeğin toplam puanları medeni durum, unvan ve aylık gelir değişkeni açısından 't' testine tabi tutulduğunda, ölçek puanlarının değişkenlere göre farklılık göstermediği ($p>0,05$) görülmüştür.

Tek Yönlü Varyans Analizi: Üç veya daha fazla grup arasındaki farkların tespiti ve farklılığın hangi gruplar arasında oluştuğunu göstermek için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) testi kullanılır (Hesamian, 2015; Kim, 2017). Bu nedenle ikiden fazla grup barındıran yaş, çalışma süresi ve eğitim durumu değişkenleri arasında varsa farklılığın tespiti için Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır.

Tablo 6'da belirtildiği üzere, İ.D.Ö toplam puanlarının yaş, çalışma süresi ve eğitim değişkenleri açısından gruplar arasında farklılıklar ($p>0,05$) görülmemiştir. Ancak Y.D.Ö. toplam puanlarına göre yaş ve çalışma süresi değişkenlerinde gruplar arasında anlamlı ($p<0,05$) farklılaşma gözlenmiştir. Yaş değişkeninde 26-35 ve 36-45 ile 26-35 ve ≥ 46 grupları arasında farklılıkların olduğu yapılan Post-Hoc analizinde bu farklılığın kaynağında 26-35 yaş aralığında olan çalışanların yönetici davranışı orijinali ortalama puanlarının 36-45 ve ≥ 46 gruplarına göre daha düşük olmasından kaynaklandığı görülmüştür. Buna göre mesleğe başlanılan ilk yıllardaki nispeten yüksek Y.D.Ö algısı zamanla düşmekte ancak emekliliğe yakın zamanda ise tekrar artmaktadır. Bu değişkenliğin nedenin kuşak farkından kaynaklandığı da düşünülebilir. Aynı şekilde çalışma süresi değişkeninde kurumda 6-10 yıl arası hizmet süresi olan grup ile ≥ 21 hizmeti olan grup arasında farklılığın olduğu ($p<0,05$) ve bu farklılığın kaynağında 6-10 yıl arası hizmeti olanların ortalama puanlarının daha düşük olmasından kaynaklandığı bulunmuştur. Çalışma süresi değişkeni ile yaş değişkenindeki bu farklılığın uyumlu olduğu görülmüştür.

Tablo 6. Çalışmada Kullanılan Anket Toplam Puanları ile Kurumda Çalışılan Süreler, Yaş ve Eğitim Seviyesi Arası Farklılık Tablosu (Tek Yönlü Varyans Analizi)

Ölçek Tipi	Değişken Türü	Değişken Aralığı	N	Ort.	S.Sapma	F	P	Karar	Farklılığın Kaynağı
İ.D.Ö	Yaş	18-15	18	63,33	16,90	2,243	0,084	Gruplar Arasında Fark Yok	-
		26-35	108	57,37	17,32				
		36-45	86	62,38	15,52				
		≥46	49	62,55	12,80				
Y.D.Ö.		18-15	18	82,28	19,52	6,315	0,000	Gruplar Arasında Fark Var	26-35 / 36-45 26-35 / ≥46
		26-35	108	72,50	15,95				
		36-45	86	78,82	13,51				
		≥46	49	82,38	14,69				
İ.D.Ö	Çalışma Süresi	0-5	46	62,04	17,11	2,158	0,093	Gruplar Arasında Fark Yok	-
		6-10	81	56,71	16,04				
		11-20	77	61,55	15,68				
		≥21	57	62,77	15,18				
Y.D.A.		0-5	46	78,71	17,02	3,522	0,016	Gruplar Arasında Fark Var	6-10 / ≥21
		6-10	81	74,35	16,29				
		11-20	77	75,23	14,37				
		≥21	57	82,28	14,31				
İ.D.Ö	Eğitim Durumu	İlk.Ö.Lise	79	62,62	15,93	1,291	0,277	Gruplar Arasında Fark Yok	-
		Ön Lisans	91	58,67	16,95				
		≥ Lisans	91	60,21	15,17				
Y.D.Ö.		İlk.Ö.Lise	79	77,00	14,82	0,003	0,997	Gruplar Arasında Fark Yok	-
		Ön Lisans	91	77,16	17,82				
		≥ Lisans	91	77,11	14,23				

Korelasyon: İki den fazla değişkenden birisinin diğerleri üzerindeki ilişkisinin incelenmesidir. İlişkide korelasyon katsayısı elde edilir, bu katsayı korelasyonun yoğunluğu düzeyini ve yönünü belirler (Büyüköztürk, 2002). Çalışmadan elde edilen İ.D.Ö toplam puanı ile Y.D.Ö. alt boyutları arasındaki ilişki (korelasyon) Tablo 7’de verilmiştir.

Tablo 7. Çalışan İş Doymu ve Yönetici Davranışları Arasındaki İlişkinin Karşılaştırılması (Korelasyon Analizi)

	İstatistik Değeri	Demokratik Yönetici D.	Otoriter Yönetici D.	İlgisiz Yönetici D.
İ.D.Ö	Pearson corl.(r)	0,729	-0,07	-0,354
	p	0,000	0,259	0,000

Tablo 7’de görüldüğü üzere çalışanların İ.D.Ö toplam puanları ile yönetici davranışları alt boyutları arasında karşılaştırma yapılarak ilişki aranmıştır; çalışanların iş doym algıları ile demokratik yönetici davranış algıları arasında pozitif yönlü, yüksek düzeyde ($r=0,729$) ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki, otoriter yönetici davranış algıları ile negatif yönlü, çok zayıf ($r=-0,07$) ve anlamsız ($p>0,05$) ilişki, ilgisiz yönetici davranış algıları ile negatif yönlü, zayıf ($r=-0,354$) ve anlamlı ($p<0,05$) bir ilişki görülmüştür. Bulgular ışığında değerlendirildiğinde özellikle demokratik yönetici davranışlarının, çalışanların iş doymu üzerinde güçlü ve yapıcı bir etkiye sahip olduğu yargısına ulaşılabilir.

Çoklu Regresyon Analizi: Hedef değişkenle birden fazla değişkenin kombinasyonu neticesindeki ilişkilerin incelenmesidir. Nedensellik ve korelasyonel araştırmalarda kullanılır (Balcı, 2011).

Çalışmadan elde edilen verilere doğrusal çoklu regresyon analizi uygulanmış olup Tablo 8’deki sonuçlara ulaşılmıştır.

Tablo 8. Çalışan İş Doymu ile Yönetici Davranışları Ölçeği Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin Ölçülmesi (Çoklu Doğrusal Regresyon Analizi)

İDÖ	Katsayılar	Katsayılar	Demokratik	Otoriter	İlgisiz
		R ²	0,550		
	Düzeltilmiş R ²	0,545			
	B	1,228	0,316	-0,182	
	Beta (β)	0,717	0,165	3,251	
	VIF	1,285	1,480	1,789	
	ANOVA	F	104,816		
	p (tüm model)	0,000			

Tablo 8’de görüldüğü üzere yönetici davranışı alt boyutları ile çalışan iş doymu arasındaki ilişkinin ölçülmesi amacıyla doğrusal çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Modelde iş doymu ölçeği verileri bağımlı değişken yönetici davranışları ölçeği ve alt boyutları bağımsız değişken olarak işlenmiştir. Analiz sonucunda bağımsız değişken olarak modele faktörlerin bir arada anlamlı bir model oluşturduğu (F=104,816 ve P<0,05) görülmüştür. Bağımsız değişkenlerin modele katkıları ayrı ayrı incelendiğinde, demokratik yönetici puanlarının modele pozitif yönde anlamlı katkı yaptığı ve iş doymunda meydana gelen değişimin %71,7’sini açıkladığı görülürken; otoriter yönetici davranışının modele negatif ancak anlamsız etkide bulunduğu, ilgisiz yönetici davranışı puanlarının da modele negatif ancak anlamlı bir katkı sağladığı görülmüştür. Analiz sonuçlarına göre yönetici davranışlarındaki değişimin iş doymu düzeyinin %55,0 oranında bir değişime yol açtığı tespit edilmiştir.

IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüz dünyasında örgüt yönetimlerinde değişimler hızla yaşanıldığı düşünüldüğünde sürekli değişen ve kendini yenileyen koşullara uyum sağlama beceresinin, örgütlerin çözmek zorunda olduğu problemleridir. Örgüt hedeflerinin gerçekleştirilmesinde payı büyük oranda olan çalışanların, yönetici davranışlarından ne denli etkilendikleri ve bu etkinin çalışanların iş doymunu olumlu veya olumsuz etkisinin etkisini ortaya çıkarmak amacı ile yapılan bu çalışmada, sektörün ve konuya ilgi duyan araştırmacıların faydalanabileceği önemli sonuçlar elde edilmiştir.

Araştırmada çalışanların iş doymu seviyesinin genel olarak orta düzeyde olduğu görülmüştür. Çalışmada cinsiyet ile iş doymu arasındaki ilişkiye bakıldığında, iş doymunun cinsiyet değişkenlerine göre farklılık gösterdiği, ortalamalar değerlendirildiğinde erkek çalışanların hem iş doymu hem de yönetici davranış değerlendirme puanlarının kadınlara göre daha yüksek olduğu görülmüştür. İş doymu açısından benzer sonuçların Eğinli (2009) ve Serbest’in (2019) araştırmalarında da elde edildiği görülmüştür. Ancak Erken’in (2013) yaptığı çalışmada olduğu gibi iş doymunda cinsiyetin rol oynamadığını gösteren sonuçlarda mevcuttur. Yaş ve kıdem değişkenleri açısından değerlendirildiğinde iş doymunun yaş grupları arasında dalgalı bir dağılım gösterdiği görülmüştür. Benzer sonuçları bulan Yelboğa (2007) bu durumu, işe ilk başlama yıllarında beklentilerin yüksek olduğu zamanla beklentiler karşılanmayınca iş doymunun düştüğünü ancak bu durumun kabullenilmesi ile iş doymunun tekrar artışa geçtiğini belirtmektedir.

Araştırmamızdaki sonuçlardan birisi de yapılan işe karşılık alınan ücretin az bulunduğu yönündedir. Bu durumun iş doymu puanlarını düşürdüğü görülmüştür. Aynı sonucu elde eden Akın ve Koçak (2007) bu durumu alınan ücretin ekonomik ihtiyaçları karşılayacak düzeyde olmamasına bağlamaktadır. Ücretin iş doymunu arttırdığı (Parvin ve Kabir, 2011) ve iş doymu üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu (Eğinli, 2009) tespit eden çalışmalar mevcuttur.

İş doymu seviyesi ile yönetici davranışlarının algılanması arasındaki ilişki incelendiğinde; gerçekten de yönetici davranışlarından kaynaklanan olumlu algı arttıkça doğrusal ve pozitif yönlü olarak çalışanların iş doymu seviyelerinin de arttığı görülmüştür. Alt boyutlardan ‘demokratik (katılımcı) yönetici’ özellikli davranışların diğer yönetici davranış tiplerine göre iş doymu üzerinde daha fazla olumlu etkiler gösterdiği görülmüştür. Demokratik yönetici davranışı ile iş doymu seviyesi arasında %72,9 oranında anlamlı ilişki olduğu görülmüş ve bu durumun çalışan iş doymundaki yönetici

davranışı kaynaklı değişimlerin %71,7'sini açıkladığı görülmüştür (bkz. Tablo 8). Yönetici davranışları bir bütün olarak düşünüldüğünde iş doyumunun %55,0 oranında belirleyicisi olduğu görülmüştür. Bu çarpıcı sonuçlar göstermektedir ki yönetici davranışlarının türü, iş doyumunun büyük bir oranının tek başına nedeni durumundadır. Araştırmamızı destekler nitelikte çalışmalardan olan ve Singapur'da yapılan bir alan araştırmasına göre yönetici davranışlarının, iş doyumunun %29'unu açıkladığı belirtilmiştir (Loke, 2001). Tsai (2011) Tayvan'daki bir hastanede hemşireler üzerinde yaptığı çalışmada, yönetici davranışları ile iş doyumunu arasında pozitif yönlü doğrusal bir korelasyon olduğunu tespit etmiş çalışmamızla benzer sonuçlar elde etmiştir. Yine Malik (2013) yaptığı araştırmada, yönetici davranışları ile iş doyumunu arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Benzer sonuçları elde eden Bortoluzzi ve diğerleri (2014), katılımcı yönetsel anlayışın çalışanların iş verimini ve iş doyumunu arttırdığını belirtmişlerdir. Gillet ve diğerlerinin (2018) elde ettikleri sonuçlar da araştırmamızla benzerlik göstermektedir. Mosadeghrad ve Ferdosi (2013) tarafından, yöneticilerin liderlik tarzları ile iş doyumunu konu alan çalışmaya göre, baskın tip lider otoriter özellikli yönetici tarzından, hastane çalışanlarının kısmen memnun oldukları ancak aynı araştırmaya göre katılımcı yani demokratik yönetim tarzının pekiyi sonuçlar vermediğine değinilmiştir. Bu durumun araştırmamızda elde edilen sonuçlar ile çelişiyor olması kültürel farklılığın ve ülke koşullarının da çalışanların yönetici davranışı algılarını etkileyebileceği ve iş doyumunu açısından koşullara göre önceliklerin değişebileceğini göstermektedir.

4.1. Öneriler

- Sağlık çalışanları; görev odaklı, açık kural ve hedefler belirleyen, görev bağlamında destekçi, problem çözen ve hataları gidermeye niyeti olan, kısmen ödül ve ceza sistemi bağlamında yöneten idarecilere ihtiyaç duymaktadır (Akyurt vd., 2015). Bu bağlamda idarecilerin sayılan nitelik ve özelliklere sahip olması, yönetsel avantaj oluşturacağı bir gerçektir.
- Çalışanların duygu durumu ve tutumları iş doyumunu etkilediğinden olumlu duygular oluştuğunda iş doyumunu artmakta, olumsuz duygu ve tutumlar oluştuğunda ise iş doyumunu azalmaktadır (Sevimli ve İşcan, 2005). İş doyumunu etkilediği ispatlanan '*yönetici davranışları*' çalışanların duygu durumunu belirleyen belki de en önemli etkenlerden birisidir. Bundan dolayı yönetici davranışlarının ve yönetsel becerilerin hizmet içi eğitimlerle, seminer benzeri faaliyetlerle iyileştirilmesinin iş doyumunu ile birlikte kurum başarısına pozitif katkı yapacağı düşünülmüştür.
- İş doyumunun aralıklarla ölçülmesi, bulunulan doyum seviyesinin tespiti açısından gereklidir.
- Yöneticilerin empati yaparak çalışanlarla ilişki kurmasına yönelik tedbirlerin alınması yönetsel davranışların evrilmesi açısından elzemdir.
- İş doyumuna olumlu katkı yapan *Demokratik Yönetici Davranışlarının* özümsemesi ve yaygınlaştırılması çalışmalarının, iş doyumunu geliştireceği değerlendirilmiştir.
- İş doyumuna olumsuz katkı yapan *İlgisiz Yönetici Davranışlarının* sebeplerinin irdelenmesi ve ortadan kaldırılmasına yönelik bilimsel çalışmalar yapılması faydalı olacaktır.
- Çalışanların yaş grupları arasındaki iş doyum farklılığının nedenlerinin sorgulanması, çalışılmaya değer bir sonuç olarak yorumlanmıştır.
- Literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarında, yönetici davranışlarına odaklı memnuniyet çalışmalarının sınırlı olduğu bu bağlamda yapılacak bilimsel çalışmaların literatüre katkı yapacağı düşünülmüştür.
- Sağlık çalışanlarında iş doyum düzeyini olumsuz etkileyen ücret değişkeninin bilimsel çalışmalara konu edilmesi ve optimal ücret düzeyinin belirlenmesi araştırılmaya değer görülmüştür.
- Ayrıca iş doyum düzeyinin kadın katılımcılar arasında erkek katılımcılara göre daha düşük olma nedenlerinin araştırılması cinsiyete göre farklılıkların tespit edilmesi açısından önemlidir.

Sağlık yöneticileri pozisyonları dâhilinde yönetsel anlamda kendilerini geliştirmeleri beklenir. Konferanslar, seminerler gibi faaliyetler bu gelişime pozitif katkı sağlayacak organizasyonlardır (Ünal ve Aydoğan, 2018). Hekimler daha çok tıbbi teşhis ve tedaviye yönelik olarak eğitim almakta ve doğal olarak yönetsel açıdan bilgi eksikliği olabilmektedir. Bu nedenle sağlık alanında yönetimi üstlenecek olan hekimlerin yönetim ile ilgili eğitim almaları gereklidir (Reddy-Kolanu vd., 2015). Yöneticinin

astlarına karşı zor kullanarak onlara kendini kabul ettirmektense onların sadakatini kazanarak eylem ve davranışlara yön vermesi daha makbuldür (Çelik ve Şimşek, 2018). Tıp bilgisine sahip yöneticilerin tek başına hastane yönetiminde yetkin olması elbette eksik kalabilir. Tıp bilgisinin yanı sıra idarecilik alanında profesyonel eğitim almak ve yönetsel beceriler konusunda donanımlı olmak verilecek sağlık yönetimi kalitesini arttıracacağı gibi (Yüksel vd., 2016) çok yönlü bir yaklaşım gerektiren sağlık yönetimine daha analitik bir bakış oluşturacağı aşikârdır. Bilimsel veriler çerçevesinde değerlendirilecek olunursa, iyi bir sağlık yöneticisi, yönetsel becerilere sahip ve bunlara ek olarak çalıştığı kurumun iç ve dış işleyişine hâkim kişidir. Çalışanlarını ve maddi kaynaklarını çok iyi tahlil eder. Yönetsel davranışlarını çalışanların beklentilerini karşılayacak şekilde sergiler ve kurum kültürünün gelişmesine katkıda bulunur. Sağlık Yöneticisi belki ameliyat yapıp, reçete yazamaz, ancak kaliteli bir sağlık hizmeti sunumunun mimarı ve sağlıklı nesillerin bugünden oyun kurucusudur.

Etik Kurul İzni: Kırşehir Ahi Evran Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulunun 27.08.2020 tarihi ve 2020/3 nolu kararı ile etik kurul izni alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Akgün, İ. (2019). *Sağlık Bakanlığı taşra sağlık yönetiminde eşgüdüm: Manisa ili örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Akın, U., & Koçak, R. (2007). Öğretmenlerin sınıf yönetimi becerileri ile iş doyumları arasındaki ilişki. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, (51), 353-370.
- Akyurt, N., Alparlan, A. M., & Oktar, Ö. F. (2015). Sağlık çalışanlarında liderlik tarzları-iş tatmini örgütsel bağlılık modeli. *Vizyoner Dergisi*, 6(13), 50-61.
- Al-Sada, M., Al-Esmael, B., & Faisal, M. N. (2017). Influence of organizational culture and leadership style on employee satisfaction, commitment and motivation in the educational sector in Qatar. *EuroMed Journal of Business*, 12(2), 163-188.
- Arıkboğa, F. Ş. (2007, Mayıs 20). *Yönetim ve Organizasyon, Ortak Ders*. <https://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/kok/yonetimveorgau242.pdf>.
- Aslan, Ş., & Özata, M. (2011). Sağlık çalışanlarında hizmetkar liderlik: Dennis-Winston ve Dennis-Bocernea hizmetkar liderlik ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirlik araştırması. *Yönetim ve Ekonomi*, 18(1), 139-154.
- Avcı, T., & Karatepe, O. M. (2000, Mayıs 25-27). *İşletmenin sınır birimlerinde çalışan işgörenlerin iş tatmini: Ampirik bir değerlendirme*. Erciyes Üniversitesi 8. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi, Kayseri, Türkiye.
- Aytürk, N. (2007). *Yönetim sanatı (5. baskı)*. Nobel Yayınları.
- Aytürk, N., & Peker, Ö. (2000). *Etkili yönetim becerileri*. Yargı Yayınevi.
- Aziz, A. (2011). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri ve teknikleri (6. baskı)*. Nobel Yayınları.
- Balcı, A. (2011). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntem, teknik ve ilkeler (9. baskı)*. Pegem Akademi.
- Baycan, A. (1985). *An analysis of the several aspects of job satisfaction between different occupational groups*. (Doktora Tezi). Boğaziçi Üniversitesi, İstanbul.
- Bhatti, N., Maitlo, G. M., Shaikh, N., Hashmi, M. A., & Shaikh, F. M. (2012). The impact of autocratic and democratic leadership style on job satisfaction. *International Business Research*, 5(2), 192.

- Bortoluzzi, G., Caporale, L., & Palese, A. (2014). Does participative leadership reduce the onset of mobbing risk among nurse working teams?. *Journal of nursing management*, 22(5), 643-652.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Pegem Akademi.
- Büyüköztürk, Ş. (2013). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı istatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum*. Pegem Akademi.
- Chan, S. C. (2019). Participative leadership and job satisfaction. *Leadership & Organization Development Journal*, 319-333.
- Chaudry, A. Q., & Javed, H. (2012). Impact of transactional and laissez faire leadership style on motivation. *Journal of Business and social Science*, 3(7), 258-264.
- Loke, J.C.F. (2001). Leadership behaviours: Effects on job satisfaction, productivity and organizational commitment. *Journal of Nursing Management*, 9(4), 191-204.
- Coşkun, R., Altunışık, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2007). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri SPSS uygulamalı*. Sakarya Yayıncılık.
- Crawford, E. R., Rich, B. L., Buckman, B., & Bergeron, J. (2013). The antecedents and drivers of employee engagement. *Employee engagement in theory and practice* (pp. 71-95) içinde. Routledge.
- Crews, E.R., Brouwers, M., & Visagie, J. C. (2019). Transformational and transactional leadership effects on communication styles. *Journal of Psychology in Africa*, 29(5), 421-428.
- Çabukel, R. (2008). *Çalışan memnuniyeti analizleri*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul.
- Çelik, A., & Şimşek, M. Ş. (2018). *Yönetim ve organizasyon (20. Baskı)*. Eğitim Yayınevi.
- Eğimli, A. T. (2009). Çalışanlarda iş doyumunu: kamu ve özel sektör çalışanlarının iş doyumuna yönelik bir araştırma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 23(3), 35-52.
- Eren, E. (2012). *Örgütsel Davranış ve Yönetim Psikolojisi (11. Baskı)*. Beta Basım Yayım.
- Erken, M. (2013). *Çalışan memnuniyeti üzerine sağlık sektöründe bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Erol, E. (2013). *Yönetim ve Organizasyon (Çağdaş ve Küresel Yaklaşımlar)*. Beta Basım Yayım.
- Feldman, S. (2003). Enforcing social conformity: A theory of authoritarianism. *Political Psychology*, 24(1), 41-74.
- Frese, M., & Fay, D. (2001). Personal initiative: An active performance concept for work in the 21st century. *Research in Organizational Behavior*, 23, 133-187.
- Gerald, B. (2018). A brief review of independent, dependent and one sample t-test. *International Journal of Applied Mathematics and Theoretical Physics*, 4(2), 50-54.
- Gillet, N., Fouquereau, E., Coillot, H., Cougot, B., Moret, L., Dupont, S., & Colombat, P. (2018). The effects of work factors on nurses' job satisfaction, quality of care and turnover intentions in oncology. *Journal of advanced nursing*, 74(5), 1208-1219.

- Güleç, O. (2008). *Örgüt kültürünün bir yansıması olarak işletmelerde ast-üst ilişkileri ve Denizli'de bir uygulama*. (Yüksek Lisans Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Gündüz, O. G. (2016). *Banka çalışanlarında iş doyumunu ve iş doyumunun örgütsel bağlılığa etkisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2016). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri-Felsefe, Yöntem, Analiz*. Seçkin Yayıncılık.
- Hesamian, G. (2015). One-way ANOVA based on interval information. *International Journal of Systems Science*, 47(11), 2682-2690.
- Heslin, P. A. (2005). Experiencing career success. *Organizational Dynamics*, 34(4), 376-390.
- Humborstad, S. I. W., Nerstad, C. G., & Dysvik, A. (2014). Empowering leadership, employee goal orientations and work performance. *Personnel Review*, 43(2), 246-271.
- Islami, X., Mulolli, E., & Mustafa, N. (2018). Using management by objectives as a performance appraisal tool for employee satisfaction. *Future Business Journal*, 4(1), 94-108.
- Kahraman, Ü. (2019). *Okul yöneticilerinin yönetim tarzı, örgüt DNA'sı ve örgütsel değişimin okullardaki korku kültürüne etkisi*. (Doktora Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.
- Kim, T. K. (2017). Understanding one-way ANOVA using conceptual figures. *Korean Journal of Anesthesiology*, 70(1), 22-26.
- Koçel, T. (2010). *İşletme yöneticiliği (genişletilmiş 12. Baskı)*. Beta Basımevi.
- Koparal, C. (2012). *Yönetim ve organizasyon*. Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Malik, S. H. (2013). Relationship between leader behaviors and employees' job satisfaction: A path-goal approach. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences*, 7(1), 209-222.
- Mosadeghrad, A. M., & Ferdosi, M. (2013). Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: Proposing and testing a model. *Materia Socio Medica*, 25(2), 121-126.
- Özgen, E. (2007). Kurumsal sosyal sorumluluk kavramı ve çalışan memnuniyetine etkisi. *Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi*, (8), 1-6.
- Özgür, B. (2011). Yönetim tarzları ve etkileri. *Maliye Dergisi*, 161, 215-230.
- Parvin, M. M., & Kabir, M. N. (2011). Factors affecting employee job satisfaction of pharmaceutical sector. *Australian Journal of Business and Management Research*, 1(9), 113-123.
- Piccolo, R. F., Greenbaum, R., Hartog, D. N. D., & Folger, R. (2010). The relationship between ethical leadership and core job characteristics. *Journal of Organizational Behavior*, 31(2-3), 259-278.
- Reddy-Kolanu, G., Mandavia, A., Nicholson, J., & Broomfield, S. (2015). Doctors' and medical students' training in management and their knowledge of acronyms in NHS management. *The Bulletin of the Royal College of Surgeons of England*, 97(6), 12-15.
- Rençber, Y. S. (2012). *Batman ili sağlık sektöründe kamu ve özel hastanelerde görev yapan yöneticilerin iş doyumunu ve iş doyumunu etkileyen faktörler*. (Yüksek Lisans Tezi). Fırat Üniversitesi, Elazığ.
- Sageer, A., Rafat, S., & Agarwal, P. (2012). Identification of variables affecting employee satisfaction and their impact on the organization. *IOSR Journal of Business and Management*, 5(1), 32-39.

- Schaufeli, W. B., & Bakker, A. B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25(3), 293-315.
- Serbest, L. (2019). *Çalışan memnuniyetini etkileyen faktörler: SGK çalışanları üzerine bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul
- Sevimli, F., & İşcan, Ö. F. (2005). Bireysel ve iş ortamına ait etkenler açısından iş doyumunu. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 5(1), 55-64.
- Şencan, M. N. (2011). *Türk ilaç sanayiinde çalışan yöneticilerin örgütsel bağlılık ve iş doyumlarına yönelik bir araştırma*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Şengül, A. (2008). *İş doyumunu ve tüketici tatmini ilişkisi kamu ve özel kesim sağlık hizmetlerinde hekimlerin iş doyumununun hasta tatmini etkisi üzerine bir araştırma*. (Doktora Tezi). Celal Bayar Üniversitesi, Manisa.
- Şimşek, M. Ş., Akgemci, T., & Çelik, A. (2015). *Davranış bilimlerine giriş ve örgütlerde davranış*. Eğitim Yayınevi.
- Terzi, A. R., & Kurt, T. (2005). İlköğretim okulu müdürlerinin yöneticilik davranışlarının öğretmenlerin örgütsel bağlılığına etkisi. *Milli Eğitim Dergisi*, 166(33), 98-111.
- Thau, S., Bennett, R. J., Mitchell, M. S., & Marrs, M. B. (2009). How management style moderates the relationship between abusive supervision and workplace deviance: An uncertainty management theory perspective. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 108(1), 79-92.
- Tsai, Y. (2011). Relationship between organizational culture, leadership behavior and job satisfaction. *BMC Health Services Research*, 11, 1-9.
- Ünal, A. K., & Aydoğan, E. (2018). Kamu hastanelerindeki sağlık yöneticilerinin yetkinlikleri. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 520-545.
- Weiss, D. J., Dawis, R. V., & England, G. W. (1967). Manual for the Minnesota satisfaction questionnaire. *Minnesota Studies in Vocational Rehabilitation*, 22, 120.
- Yelboğa, A. (2007). Bireysel demografik değişkenlerin iş doyumunu ile ilişkisinin finans sektöründe incelenmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(2), 1-18.
- Yüksel, S., Işık, O., Uğurluoğlu, Ö., & Kahraman, G. (2016). Hastane yöneticilerinin yönetsel beceri düzeylerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3), 241-254.
- Zaim, H. (2008). İnsan kaynakları yönetimi açısından iş ahlakı. *İş Ahlakı Dergisi*, 1(2), 97-104.

COVID-19 AND INFODEMIA: A QUALITATIVE RESEARCH

Durmuş GÖKKAYA *
Dilruba İZGÜDEN **
Çağdaş CAZ ***


ABSTRACT

The aim of the study is to examine the concept of infodemia within the scope of the Covid-19 pandemic and to evaluate how the infodemic management should be in new pandemic situations that may come to the agenda in the future. Within the scope of the qualitative research carried out, professionals were conducted with a total of 9 academicians, working in 3 Public Health Departments, 3 Health Management Departments, and 3 Communication Faculties. Maxqda Analysis Program was used to analyze the data. As a result of the study, the sources of the infodemia were propounded and it was seen that the emphasis on social media was at the forefront. Due to the infodemia seen in the Covid-19 pandemic process, the negative effects that occur in individual, social, economic, and political areas have been revealed. It has been stated that the Ministry of Health in the national context also has duties in the national context, as well as international organizations such as the World Health Organization, in preventing such effects, in a word ensuring the management of infodemia. In addition, academics, in order to ensure the control of infodemia in possible pandemic processes in the future, to provide training on media literacy and health literacy to the members of the society; They emphasized that sanctions should be applied to those who disseminate false information about the pandemic situation.

Keywords: Infodemia, Covid-19, qualitative research

ARTICLE INFO

* Dr. Res. Assist., Yozgat Bozok University, durmusgokkaya@yobu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6713-1748>

** Dr. Res. Assist., Süleyman Demirel University, dilrubaizguden@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6938-8854>

*** Assoc. Dr. Yozgat Bozok University, cazcagdas@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0262-6114>

Received: 05.08.2021

Accepted: 13.10.2021

Cite This Paper:

Gökkaya, D., İzgüden, D., & Caz, Ç. (2022). Covid-19 and infodemia: a qualitative research. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1): ...-...

COVID-19 VE İNFODEMİ: NİTEL BİR ARAŞTIRMA

Durmuş GÖKKAYA *
Dilruba İZGÜDEN **
Çağdaş CAZ ***

ÖZ

Araştırmanın amacı, infodemi kavramının Covid-19 pandemisi çerçevesinde irdelenmesi ve ilerleyen dönemlerde gündeme gelebilecek olan yeni pandemi durumlarında infodemi yönetiminin nasıl olması gerektiğine ilişkin değerlendirmelerin ele alınmasıdır. Yürütülen nitel araştırma çerçevesinde alanında uzman 3 Halk Sağlığı Bölümü, 3 Sağlık Yönetimi Bölümü ve 3 de İletişim Fakültesi'nde görev yapan toplam 9 akademisyen ile görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Verilerin analizinde Maxqda Analiz Programı kullanılmıştır. Çalışma sonucunda infodeminin kaynakları ortaya konulmuş ve temelde sosyal medya vurgusunun ön planda olduğu görülmüştür. Covid-19 pandemi sürecinde görülen infodemiye bağlı olarak bireysel, toplumsal, ekonomik ve siyasal alanlarda meydana gelen olumsuz etkiler gözler önüne serilmiştir. Bu gibi etkilerin önüne geçilmesinde yani infodemi yönetimini sağlama noktasında Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası kuruluşların yanı sıra ulusal bağlamda Sağlık Bakanlığı'na da görevler düştüğü ifade edilmiştir. Ayrıca akademisyenler, ilerleyen dönemlerde muhtemel pandemi süreçlerinde infodeminin kontrolünün sağlanması noktasında toplum bireyelerine medya okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı konusunda eğitimlerin verilmesini; pandemi durumuna ilişkin yanlış bilgi yayanlara ise yaptırımların uygulanması gerektiğini vurgulamışlardır.


Anahtar Kelimeler: Infodemi, Covid-19, nitel araştırma

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Arş. Gör., Yozgat Bozok Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, durmusgokkaya@yobu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6713-1748>

** Dr. Arş. Gör. Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, dilrubaizguden@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6938-8854>

*** Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi, Spor Bilimleri Fakültesi, Spor Yöneticiliği Bölümü, cazcagdas@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-0262-6114>

Gönderim Tarihi: 05.08.2021

Kabul Tarihi: 13.10.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Gökkaya, D., İzgüden, D. & Caz, Ç. (2022). Covid-19 and infodemia: a qualitative research. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1): ... - ...

I. INTRODUCTION

With the Covid-19 pandemic, individuals have been subjected to information bombardment on health issues by becoming closely connected with health news on a global scale. Health news disseminates rapidly through communication channels (social media and traditional media) and entered the lives of individuals and had an impact on many points. The disseminated news and the source of the information transmitted are easily accepted without being correct. So, serious problems and crises have arisen regarding the course and control of the pandemic.

Perhaps the most prominent concept that has come into our lives as a result of this information bombardment experienced with the Covid-19 pandemic is the concept of "infodemia". It is seen that this concept was first included in an article about the SARS virus published in the Washington Post by David J. Rothkopf in 2003. Stating that the SARS virus has two stories in her article, Rothkopf points out the importance of "infodemia", the other side of the medallion. Expressing that infodemia affects the lives of thousands of people, she points out that the epidemic crisis (SARS) makes it difficult to control and control and the dangers in this direction. Rothkopf interprets the infodemia as "an information epidemic" and describes a few facts mixed with fear, speculation, and rumor that are rapidly spreading and transmitted by modern information technologies around the world (www.washingtonpost.com).

Infodemia is considered as a concept derived from the words "knowledge" and "epidemic" according to the Oxford Dictionary. Infodemia is defined as "information about a problem that is often unreliable, spreading rapidly and making it difficult to reach a solution" (www.lexico.com). According to Wikipedia, It is stated that infodemia is interpreted as a combination of "information" and "epidemic", which "expresses the rapid, wide and comprehensive spread of both true and false information" (en.wikipedia.org). The report published by the World Health Organization (WHO) on February 2, 2020, in response to the Covid-19 pandemic, it is stated that accompanying a massive infodemia described as "excessive information overload", some correct and some incorrect, causing difficulties in finding reliable and valid resources when needed. In the same report, WHO also states that by establishing technical risk communication and social media teams to combat infodemia, there is a 24-hour struggle against the myths and rumors about Covid-19 (www.who.int, 2020a). In addition to, on February 15, 2020, WHO general director T. A. Ghebreyesus stated that "they are not only fighting an epidemic but also fighting an infodemic." He also states that "fake news spreads faster and easier than this virus and is similarly dangerous" (www.who.int, 2020b). As can be seen from the explanations, the issue of infodemia is at least as important as the pandemic itself and is worth examining.

In this context, if a general definition about infodemia is to be made; With the development and individualization of communication tools, together with the traditional media, everyone has become a content producer with social media, and the spread of information can be expressed as all of the factors that cause the disseminate of false information for the benefit, lack of information or other reasons. On the other hand, the concept of infodemia is associated with concepts such as misinformation, disinformation, information pollution, fake news, excessive information, conspiracy theories, and biological weapons in the literature, and its effects are discussed (Erku, et al., 2020; Stephens, 2020; Gupta, et al., 2020; Ahinkorah, et. al., 2020; Aydın, 2020; Cinelli, et. al., 2020; Mesquita, et. al., 2020; García-Marín, 2020).

According to specialists, infodemia, which is related to the Covid-19 pandemic and also expressed as information pollution, especially circulated in social media channels, is at least as effective as a virus and threatens our health by manipulating large masses (Yerlikaya, 2020). *Infodemia is an important issue not only during the pandemic period but also in situations such as election, crisis, war, natural events, and so on. In such cases, infodemia emerges and spreads rapidly with the effect of social media platforms.* The resulting infodemia leads to the misdirection of large masses, and this situation causes the emergence of possible crises. It is important to evaluate the issue of infodemia, which increases the negative effects of the Covid-19 pandemic in the health field. Based on these thoughts, the current study is based on examining and evaluating the concept of infodemia from the perspective of academicians within the scope of the qualitative research method.

II. METHOD

2.1. The Purpose and Importance of the Research

The purpose of the current research is to determine the evaluations regarding the concept of infodemia within the scope of the Covid-19 pandemic from an academic perspective. The concept of infodemia has been a frequent phenomenon during the Covid-19 pandemic period. At this point, in the Covid-19 pandemic process, by revealing the infodemic instances, the reasons for the occurrence of infodemia, the infodemic sources, and examining the consequences of the infodemia during the pandemic process, evaluating the infodemia management during the Covid-19 process in the following periods. It is also important to consider how the infodemic management should be in new pandemic situations that may come to the agenda.

2.2. The Methodology of the Research

In the study, the qualitative research method, which consists of investigations aimed at understanding and discovering the meanings attributed by people to a particular subject and problem, was preferred (Creswell, 2017). Within the scope of the research, questions were asked to the academics regarding infodemia during the Covid-19 pandemic process, and their opinions on this issue were examined.

In the research was used Phenomenological. With the Phenomenological, as Yıldırım and Şimşek (2016) also stated, it is possible to put forward the explanations of the people in a way that will enable a better examination of the studied phenomenon. In this way, it is aimed to provide an in-depth examination of the infodemia case within the framework of the Covid-19 pandemic within the scope of the research.

Within the scope of the research, it was reached by using criterion and snowball method among purposeful sampling methods to academicians. Criteria addressed in criterion sampling are as follows:

- To work as an academician in one of the departments of Health Management, Public Health, and Communication Faculty.
- To have knowledge about infodemia.
- To be closely related to the Covid-19 pandemic process

Interviews were held with the academicians who met the specified criteria, and after the interviews made using the snowball method, the names of the new academicians were obtained and the interviews were completed. In this context, a total of 9 academicians participated in the research, from 3 Health Management, 3 Public Health, and 3 from the Faculty of Communication, who can make an assessment on Covid-19. The sections of the participants included in the research are Public Health, Health Management and Communication. The reason why these departments are preferred is that the faculty members in these departments have broader knowledge and experience about the research topic of infodemi and Covid-19 pandemic. The subject of infodemi is an information epidemic and is closely related to the field of communication. The issue of pandemic, on the other hand, finds a special area of investigation in the field of public health. Since the infodemic seen during the pandemic period was discussed within the scope of the research and it was wondered how it could be managed and prevented, it was deemed appropriate to consult the opinions of experts in the field of health management. The characteristics of the academicians and interview information are shown in Table 1.

Table 1. The Characteristics of Academicians and Interview Information

No	Pseudonym of the participants	Degree-position	Department	Place of the Interview	Interview Duration
1	(P1)	Prof. Dr.	Health management	Faculty	39 minutes 15 seconds
2	(P2)	Assoc. Prof. Dr	Health management	Zoom	25 minutes 45seconds
3	(P3)	Assoc. Prof. Dr	Health management	Zoom	27 minutes 270seconds
4	(P4)	Dr. Fac.mem.	Public relations and publicity	Zoom	34 minutes 25seconds
5	(P5)	Prof. Dr.	Public health	Zoom	30 minutes 24 seconds
6	(P6)	Prof. Dr.	Public health	Zoom	38 minutes 53 seconds
7	(P7)	Dr. Fac.mem.	Public health	Zoom	25 minutes 13 seconds
8	(P8)	Dr. Fac.mem.	Communication sciences	Zoom	29 minutes 7 seconds
9	(P9)	Assoc. Prof. Dr.	Media and communication	Zoom	22 minutes 41 seconds

The semi-structured interview technique, which is one of the interview types used in qualitative research, was used in the study, and detailed information on the subject was obtained from the participants (Demir, 2017). During the semi-structured interview, 5 basic questions and questions at the end were asked to the participants. As a result of the interviews with the participants, 35 pages of data were obtained, and it was observed that the average interview duration was 30 minutes. The data obtained from the participants through the interviews were subjected to thematic analysis. The data were arranged and coded in this way, collected under general themes, analyzed, and the results were interpreted by making sense of the findings (Creswell, 2017; Yıldırım and Şimşek, 2016). In this context, the interviews were first deciphered and the documents obtained were subjected to coding by the researchers. The reliability of the study was ensured by observing that there was a consistency between the codes obtained. Regarding the validity of the study, an external control mechanism, one of Creswell and Miller's (2000) strategies regarding the validity, was provided, and rich and intense descriptions were included. After the codes were obtained, the analyzes were completed and the findings were obtained by transferring the codes to the Maxqda Program in order to make themes more systematic and to create concept maps. In this context, the data were collected by asking the following interview questions to the participants:

1. What do you think when you hear the concept of infodemia for the first time?
2. What could be the sources of infodemia (social media- media organs, etc.) and how do they spread?
3. Can you evaluate infodemia within the COVID-19 pandemic?
4. What kind of consequences did infodemia have during the COVID-19 pandemic period? At the end: What effects did it show in which areas? (What are the economic, political, social, and individual effects?)
5. Do you think the infodemic process was managed during the COVID-19 pandemic period? At the end: How should "infodemic management" be in terms of preventing the aforementioned effects during pandemic periods?

2.3. Ethical Approval

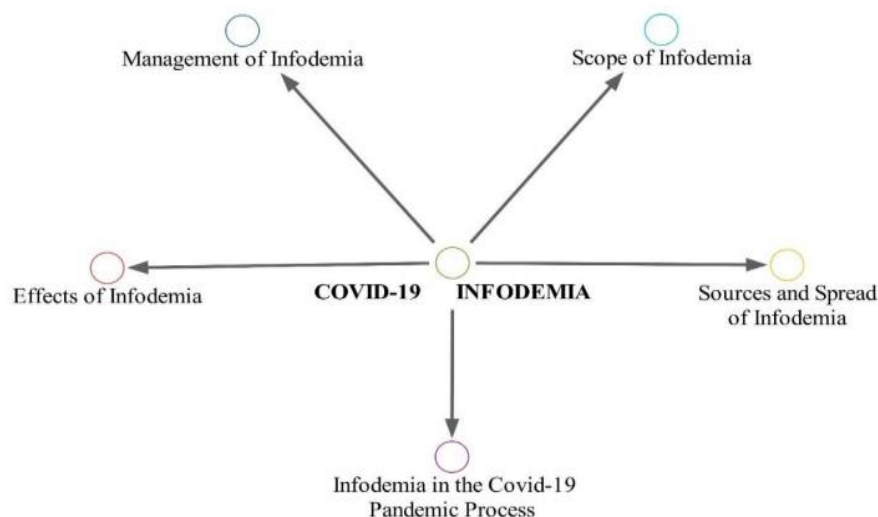
The present study was approved by the Süleyman Demirel University, Social and Humanities Ethics Committee (Date: 25.05.2021; Number of Meetings: 107; Number of Decisions: 1).

III. RESEARCH FINDINGS

In this part of the research, the findings and comments of the data obtained from the opinions of the participants, consisting of academicians, on "Covid-19 and Infodemia" are included. The data obtained

within the scope of five basic questions were coded and collected and analyzed under themes by the inductive method. Participant P1, P2,...P9 codes were used while determining to whom the opinions belonged.

Figure 1. Covid-19 and Infodemia: Concept Map for Assessment of the Academicians Perspective



In the figure above, from the perspective of the academicians, the scope, sources, and propagation of infodemia, the infodemia in the Covid-19 pandemic process, the effects of the infodemia, and the themes of infodemic management are seen with their baselines. The opinions and evaluations of academicians about Covid-19 and infodemia are handled over these 5 themes.

3.1. Findings Regarding the Extent of Infodemia

The first question of the research, "What does the concept of infodemia bring to your mind in the first stage?" The theme of "scope of infodemia" was created in line with the answers given to the question. From the participants about the concept of infodemia; "uncontrolled dissemination of information", "rapid spreading of false information", "information pollution", "incomplete information sharing", "inconsistent news", "false information epidemic", "sharing non-evidence-based information", "fake news", and "spreading of speculative and non-scientific base information". The answers were received and coded.

The concept of infodemia was first addressed by the P1 and P2 participants, associated with the uncontrolled spread of information and the rapid spread of false information. Regarding the concept of infodemia, P1 said, "The uncontrolled spread of information comes to mind due to the pandemic. It is unproven information. It is the rapid dissemination of information that people are sensitive to". P2, on the other hand, uses the metaphor of "information garbage" related to the concept of infodemia, as "the concept is new, so it evokes the name of a disease. In the digital age, the rapid spread of incorrect information comes to mind. I can say that it is information garbage".

The participant P3, P5 and P7 stated that infodemia is information pollution and the dissemination of information without a scientific basis. Regarding the subject, P3 said that "a concept emphasized by WHO and expressed as information pollution. In addition, they are the ideas that arise especially during the pandemic process, and do not have a scientific basis... In a sense, I can say that it is information pollution..." while P7 commented that "giving false information, sharing information without evidence comes to my mind". In addition, P3 stated that "information pollution also occurs as a result of not

providing the information on time and correctly", and stated that infodemia can occur in different ways. In this context, in the Covid-19 pandemic, we are experiencing, public institutions and international organizations need to share information on time and adequately. Otherwise, the emergence of the concept of infodemia is inevitable.

In the first stage, Other concepts that come to mind of the participants and are associated with the concept of infodemia are; inconsistent news, false information, and fake news. Regarding the concept of infodemia, P4 commented as "as far as I have read, it is stated that inconsistent news on any subject is shared and spread". On the other hand, P9 "Infodemia means fake news. This kind of fake information is spread in order to create impact and chaos on people". He emphasized the concept of infodemia as fake news with the statement.

On the other hand, P5 and P6 associated the concept of Infodemia with the term misinformation epidemic. According to this, P5 is expressed, "We know that people have difficulty extracting the correct information between too much information. As such, I can say that the effect of false news on individuals is high. During the pandemic process, the concept of infodemic reminds me that too much wrong and wrong information". Besides, p5 comments as "I understand that misinformation is terrifying. There is an epidemic, but there is also an information epidemic. Although it is especially reduced to coronavirus, we know that there is a spread of information in the field of health. We see that people who appear on TV make interesting expressions to make them famous. We see that even experts working in the field of health care hesitant about many issues due to the spread of false information. We know that vaccines have been developed and applied similarly for centuries. Despite this, we see that individuals are caught between vaccination and not. I can say that this is due to false and false information." on the other hand, P6 states that the concept of infodemia is an epidemic of misinformation. In summary, in this section, the concepts associated with the concept of infodemia, in general, are emphasized, the scope of infodemia is tried to be drawn and the framework of the concept of infodemia is discussed.

3.2. Resources of the Infodemia and Findings Regarding Its Spread

The second question to the academicians is "What could be the sources of infodemia and how does it spread?" The question has been posed. Almost all of the participants emphasized that in addition to sources such as "traditional media" (TV, magazines, and newspapers), especially "social media" (Whatsapp, Twitter, Youtube, and Facebook) channels are the source of infodemia. It was emphasized that social media created an environment for the emergence, increase, and development of infodemia by the participants. In this context, P5 said, "First of all, it is necessary to start with traditional media. Because not everyone uses social media. Television, one of the media organs, makes a lot of news about the epidemic. During this period, we witnessed many people commenting on television programs. Comments and recommendations of non-experts on infectious diseases cause information pollution. On the other hand, some information is shared on social media without confirming its accuracy, and it is delivered to many people in a short time. Misinformation spreading from one person is shared by more than one person in a short time and increases like an avalanche " A similar comment is made by P4. According to P4, "I think that infodemic diffusion is supported by both traditional and new media. We know that especially social media is more effective in spreading information and news. Any sentence or news or video shared on social media quickly affects people".

It can be said that infodemia has become more pronounced and developed in times such as extraordinary periods and crises. In such cases, sharing on social media can cause an increase in infodemia. P2 put forward the opinion on this issue; "In extraordinary times, people show extraordinary reflexes. Because while it is easier to access information in normal periods, we do not have enough time and resources to access information in extraordinary periods. For this reason, we can easily believe any information to be said. In short, the spread and credibility of the information are more in this process. The spread of such news in newspapers, magazines, and TV programs occurs rapidly. However, I can say that the information expressed through official channels of official institutions is more realistic and accurate. When we look at it today, there is no control of Whatsapp groups. For this reason, false information is spreading rapidly. It has an increasing feature, like an avalanche, so to speak".

As the source of infodemia, some academics state that individuals spread false information in order to be popular or to attract attention on social media. Related to this, P9 state that, "We know that people want to attract attention. This is done through social media. This kind of information is widely spread over social media supported platforms such as Twitter and Instagram". Besides, P6 said that "people want to be popular on social media. For this, it started to distort information and increased the spread of false information. The increase in the use of social media has led to the rapid spread of information " but P1 said, "I can talk about two types of information emergence. Since people are sensitive in some subjects, they can spread information and add to it. On the other hand, I can say that it emerged consciously. With the interpretation that the information I mentioned is spread over social media." it is pointed out that infodemia may be done maliciously (social engineering, creating a climate of fear, etc.), and sometimes it is unintentionally exaggerated by additions by individuals. In this context, it can be interpreted that, based on the views of the academicians participating in the study, the rapid generation of news and information via smartphones may cause the infodemia to spread rapidly.

3.3 Findings Concerning the Evaluation of Infodemia in the Covid-19 Pandemic Process

In this section, the findings obtained from the responses of the academicians regarding the evaluation of infodemia in the Covid-19 pandemic process are included. To the participants, "Can you evaluate infodemia within the Covid-19 pandemic?" The question has been posed. According to the answers received from the participants, codes such as "what happened at the beginning of the pandemic", "what happened during the pandemic process" and "what happened during the vaccination process" came to the fore. When "what happened at the beginning of the pandemic" is considered within the scope of these codes, the following expressions stand out. Firstly, when Covid-19 started, a serious infodemic process was encountered. This atmosphere of uncertainty and chaos at the beginning affected almost all states. In such an environment, information and conspiracy theories, mostly unfounded, began to emerge. In some countries, actions and protests were made against the masking and curfews, which are perceived as restrictions on freedoms. Recently, unfounded news and information about the vaccine started to be produced. Considering all these situations, a serious infodemic process has been experienced in the Covid-19 pandemic and continues to be experienced. Become a global problem that concerns the whole world. In this delicate situation, the news is a lie, its spread was falsely accelerated. In the early days of the pandemic, different news about the epidemic came up. However, when they were examined, we saw that such news did not reflect the original, in the last days of the epidemic. Different approaches and theories for both social and psychological effects associated with the outbreak in Turkey have been asserted. The view is made about the emergence of the epidemic, its spread, treatment, and many issues related to the drugs used.

On the other hand, P3 said, "It was stated that the virus was produced in a laboratory environment in China, and different directions were made in the next process. It was emphasized that it was necessary to gargle with salt water, and it was said that some herbs and foods were good" emphasizes the infodemic developments experienced at the beginning and the continuation of the pandemic. Especially, misinformation that traditional medical treatments and practices are good for the virus attracts attention. It is clear that most people are exposed to such information from social media.

P4 said, "At first, it was said that the pandemic was transmitted from animals. In one article, it was written that the virus started to spread as a result of an experiment on animals. In some internet-supported news, it was stated that the source of the virus was European countries. It was said that it affected men in terms of health. We have seen that this idea is rejected by some healthcare professionals and accepted by others. Many thoughts were put forward that would negatively affect daily life. In the early days, it was said that gargling with salt water and vinegar water kills and prevents the virus. Some experts claimed that the masks were protective, while some experts did not. As a result, the information in need of continuous confirmation has been pushed forward and the infodemia has always been experienced in every field", enlightened on the events experienced in the beginning and process of the pandemic. Again, at the beginning of the pandemic, there were negative thoughts about the use of masks. At first, while masks were said to be ineffective, it was suggested that the compulsory wearing of masks in the following processes significantly reduced the risk of transmission of the virus. In addition, a serious

infodemic process has been experienced and continues to be experienced in treatment protocols and drugs for Covid-19 patients. P5 emphasizes that Different thoughts were shared on this process as a mask. At first, they did not recommend the mask, but later it was emphasized how important the mask was. While some experts have emphasized that the drugs recently applied at the point of treatment have a triggering effect by some experts, some experts have stated that they protect the virus. Due to this information, some patients did not use medication and died. Would it be helpful if they used it? We do not know. In short, everyone is saying something". They stated with similar statements in P6, P7, P8, and P9 that false information about the use of masks was spread for the first time.

Finally, considering the developments and processes experienced in the Covid-19 pandemic, it shows that the information put forward in the early days is wrong and manipulative in the last process. With the production and implementation of vaccines, we witnessed a significant level of infodemia. It is seen that misinformation such as conspiracy theories, anti-vaccination, people with chips, to reduce the population of the world by sterilizing men spread through all communication channels and become infodemics. Many participants have almost the same feelings and views regarding vaccines.

Participants state that there is a serious infodemia about the vaccine. While P5 says that "There is a lot of information about the vaccine. Some people say that the vaccine should be made by china, some people say that the vaccine developed in partnership with Europe and the USA should be made. As a result of news on social media, we witnessed that some individuals stated that they would not be vaccinated " P6, on the other hand, said, "There has been an anti-vaccination lately. Much false information was put forward, such as the presence of chips in the vaccine. As an expert in this field, even I started to get pissed off. However, we need to know that such information is not correct". As a result, we have been exposed to a multifaceted infodemic process since the beginning of the Covid-19 pandemic. The transmitted statements showed that there was a lot of false and false information, with an emphasis on anti-vaccination and vaccination.

3.4. Findings Regarding the Effects of Infodemia

It is clear that the Covid-19 pandemic we are experiencing has affected adversely the whole world and people in all aspects. We can say that this effect occurs through communication channels. In this context "What kind of consequences did infodemia have during the Covid-19 pandemic period?" and "What effects did it show in which areas?" The answers received from the academics with the last question were handled over four codes that emerged as "individual effects", "political effects", "social effects" and "economic effects". First of all, the effect of infodemia on individuals during the Covid-19 pandemic process is quite high. In accordance with the false information revealed, many people have caused serious psychological effects such as stress, anxiety, depression, illness, and fear of death. P1 states this situation, "Information pollution has increased people's anxiety levels. We have become unable to distinguish which information is correct or not". P4, on the other hand, "caused an increase in individual anxiety. Due to the constant news dissemination, most people have become extremely anxious. This has negatively affected human relations. He started to distance people from each other". However, P7 said, "The wrong statements about the epidemic caused discomfort in the people. The anxiety level of the people increased. Even with the slightest cough, the person started to doubt himself"; P9, "A healthy person may experience mental illness due to false information about the epidemic. In addition, inaccurate information can cause people to misdirect what they do right. For this reason, infodemia, as well as an epidemic, affects individuals and societies negatively." highlighting his view, he drew attention to the effect of infodemia on individuals.

The political effects of the infodemia, which came to the fore during the Covid-19 pandemic process, are also seen. The lack of transparent information sharing by the public authorities, the measures not taken and the weaknesses experienced in the management process brought along some discussions. Therefore, the issue of political trust in individuals has been damaged. In this context, P1 commentate, "The fact that the epidemic is not managed transparently causes political conflicts in the society. As a result of the evaluations made about the epidemic, we have seen that the ministry of health and the political communities are in conflict. As such, differences of opinion and polarization began to occur in

the society.” P3 said, “When the rumors combined with the facts, it shook many governments in the world. For example, we can say that England, Italy, and Spain shook the administration. Recently, there have been protests against the administration in Germany. Non-disclosure of the number of cases recently in Turkey, has only reduced the perception of the size of the epidemic disclosure of the number of patients. Then, when the number of cases disclosed that tens of thousands have confidence has decreased against the health authority in Turkey ” He tried to reveal the political reflections of infodemics and incomplete information sharing.

It was seen that infodemia had social and economic effects on the pandemic. P9, “The infodemia that developed with Covid-19 caused the economy to weaken. People have started not to invest. The unrest caused by infodemia also affected the investors negatively. The continuation of the pandemic caused an increase in foreign currency and product raw material prices. Production and consumption activities were interrupted” with his interpretation, he sheds light on the economic impact of the infodemia by creating an unsafe environment. In addition, P8 said, “With the implementation of the quarantine, that is, the bans, people have been closed to homes. Their workplaces are closed. This situation caused economic fluctuations in the society” he draws attention to the economic fluctuations. The intense infodemia experienced with the Covid-19 pandemic has affected most industries economically. In this process, the consumption habits of the individuals have changed. Due to this consumption changing, most sectors have been seriously affected. While some sectors had to be closed, some sectors started to work more intensely. For example; While the demand for some products and food materials that are said to cure Covid-19 disease has increased, some products and materials have not been in demand.

Infodemia with the pandemic process has also had a social impact in many ways. In this process, individuals started to migrate from cities to villages. Family and social relations are limited. Collective organizations have been canceled. People have experienced the anxiety process at both individual and social levels, acting with hearsay news and information. In this context, P2, “In this process, we are reviewing our attitudes and perceptions in our own lives. Who will we meet? How are we going to feed? It has been reported that the use of honey is good against the Covid-19 virus, and there has been an increase in honey sales. In the early days of the pandemic, there were processes such as not using the elevator, when we came home washing money, and separating the beds of the couples”. P5 said, “We have seen that social relations were partially postponed in this process. However, despite the prohibitions, mass ceremonies continued to be held. Recently, new thoughts on contagiousness have been expressed. Measures were taken from time to time in public transport, but later it returned to normal. All this increased the spread of the virus. Some people quit avoiding the epidemic. Many people living in the city migrated to villages and plateaus. Differences occurred in the social and economic context, and the infodemia supported this. There were conflicts between people who protected themselves from the epidemic and those who were not protected. People got into psychological conflict. They draw attention to the social effects of the infodemia experienced with Covid-19.

In addition, in this section, ask some participants “Are the effects of infodemia as serious as the effects of the Covid-19 pandemic? Does the infodemic affect the consequences of the pandemic? In the end, important answers to the question were received. Participants stated that infodemia has as serious effects as the Covid-19 pandemic. Regarding this, P4 said, “It is absolutely as important to communicate information about the epidemic as well as the epidemic. Because knowledge is a great power that affects and directs people. While correct information produces correct results, false information leads to incorrect results. In this process, we experienced infodemia a lot”. At the end of question P5, “Of course it is effective. Individuals acting within the scope of infodemia have begun to turn to false facts. A problem started at the point of income and expense. People have lost their sensitivity as a result of the news they have read on social media. The epidemic can be controlled with drugs or vaccines, but it is extremely difficult to prevent the spread of false information and to get people to believe the correct information”. The sentence points to the danger of infodemia. In addition, in P6, “The epidemic affected societies, but misinformation has affected people negatively as well as the epidemic. It is extremely difficult to control erroneous information” and expresses the effect of infodemia. As a result, the infodemic process experienced with the Covid-19 pandemic; individuals (psychological) starting from

the private (social, political and economic, etc.) has serious negative consequences. Infodemia must be tackled seriously to minimize these negative consequences.

3.5. Findings Regarding Infodemia Management

“Do you think the infodemic process was managed in the Covid-19 pandemic?” With the question, “How should be infodemic management at the point of preventing the effects mentioned in pandemic periods?” the last question was asked to participants.

First of all, most of the participants stated that infodemia could not be managed effectively during the pandemic process. Regarding this, P1 said, “I think we could not manage infodemia well. When people cannot reach the correct information, they start to fill the gap in their minds with different information. In fact, if the information were given transparently and accurately by WHO, the Ministry of Health, and our physicians, perhaps there would be no need for infodemia. If the information transferred were correct, we would not be occupied with different information. The process could be better managed by all countries of the world. I can say that if the Ministry of Health had been able to transmit the data transparently from the first day in our country, society would have been more cautious”.

P3 said, “The issue of managing the pandemic process differs from country to country. For example; Many developed countries such as America, Italy, and Spain could not manage this process. In fact, they could not manage the infodemia because they could not manage Covid. Covid-19 and infodemia concepts should not be considered separately. When he could not manage the Covid-19 pandemic, the doors of the infodemia were opened. An excessive reaction started to occur in individuals”. Thus, it can be stated that the infodemia that occurs in the Covid-19 pandemic axis cannot be managed effectively.

It has the responsibility of the official authorities as well as the individuals in the formation of infodemia. Infodemia may arise as a result of the official authorities not providing information and explanation in a transparent manner. This situation can make process management even more difficult. Regarding P1, “Responsibility for the management of infodemia belongs to official authorities. From the point of view of our country, our managers have a great job. The data should be transferred to the public in an accurate and transparent manner. In the world perspective, WHO should approach the process correctly”. In addition, P2, “Due to the nature of human beings, it exaggerates real knowledge. No matter what happens there will be false information propagation. It would be appropriate to establish an information commission including sociologists, psychologists, physicians, and communication experts and to manage the infodemia”. It points out the responsibility of the official authorities with the idea that “the official institutions should inform the society with data that will enlighten the society in a transparent way”.

Participants said, “How should be infodemia management? In the end, the idea that social media should be audited, individuals should be educated and informed about media literacy, digital literacy, and health literacy came to the fore”. They also drew attention to the need for informative, reliable, and transparent explanations in TV programs. Regarding this, P9 said, “News from social media and television channels should have been limited. Sanctions should be imposed on people and institutions that make false information. In addition, people should be educated about the use of social media and digital literacy. It would be correct to broadcast public service advertisements frequently on TV channels”. P8, “posterity may face a larger epidemic. One of the most important aspects of preventing infodemia is training on digital media literacy. It is beneficial for it to be taught as a course in schools. It is also important to obtain information from reliable sources.”

Finally, with the view of media literacy and health literacy, P4 explains infodemic management by this means; “Training on media literacy should be given starting from the primary school level. This type of training is necessary for them to understand whether any information is consistent, true, or false. Health literacy needs to be instilled in society. In this process, health professionals and academicians have a great job. Of course, the media plays an active role in this process. It is necessary to manage this process well by using traditional and digital media. It is also important to establish a mechanism that

will punish those who spread false, false, and erroneous information. Providing completely transparent, accurate, and timely information about the epidemic greatly affects the spread of false-erroneous information". As a result; individuals have a responsibility in the infodemic management process, which is an obtrusive concept that develops with the Covid-19 pandemic. Especially, public institutions and competent authorities should make studies and allocate resources in this area, taking into account the situations (such as pandemics, crises, natural events, etc.) that may occur. Media and health literacy training should be given to the individuals. In addition, timely accurate and consistent information sharing should not be allowed infodemia to emerge.

IV. DISCUSSION AND CONCLUSION

In this part of the study, the data, obtained as a result of interviews with academicians, were interpreted. In this context, academicians first expressed their thoughts on infodemia. Infodemia has been found to be information pollution, incomplete information sharing, inconsistent information, and fake news. During the pandemic process, it has been understood that infodemia is the dissemination of information that has no scientific basis and such information affects the members of the society. When the studies in the literature (Depoux et al., 2020) are examined, it is stated that infodemia is the spread of false information and this false information is made for the purpose of poisoning society. In another study (Akyüz, 2020), it was stated that there are prophecy and conspiracy theory claims and fake news that were put forward to manipulate people's lack of knowledge, fear, and confusion about infodemia.

Information about the infodemia is spreading rapidly. In the current time frame, the use of tools and equipment is extremely common depending on technology. In this way, information can reach millions of people within seconds. It is known that the spread of infodemia takes place through both traditional media and social media accounts. Millions or even billions of people use social media and watch television in the national and international arena. The scope of the study has shown that the rate of spread of infodemia is directly proportional to the number and duration of social media usage. Cinelli et al. (2020), in a study they conducted, reveal the existence of findings about the communication channels through which news originating from infodemia spread. When Twitter, Instagram, and YouTube social media tools were examined during the Covid-19 pandemic process, it was found that the highest interaction volume in terms of publishing and commenting was found on main platforms such as YouTube and Twitter. In the study made by Sezerer Albayrak (2020), it has been concluded that it has become a media that harms society since news about the Covid-19 pandemic can be shared repeatedly, especially on social media (Facebook, Twitter, Instagram, etc.).

The process from the beginning of the epidemic to the present time was taken as the basis for the evaluation of infodemic in the context of a pandemic. In this process, it is seen that different interpretations and approaches are exhibited about the same situation and concepts at different times. The current study has shown that the thoughts raised in the early days of the pandemic led to different approaches over time. In the early days of the pandemic, the thought that the use of masks was not important prevailed in society, and it was claimed that the mask reduced the spread of the virus in the following process. The dominance of this fact has been set forth as an important example at this point.

Similarly, there were those who said that the medicines applied for therapeutic purposes during the pandemic process are beneficial as well as harmful to human health. It is known that there are ideas that gargle with salt water and consuming foods such as beef broth protect from the virus. The same situation is experienced with the vaccination process. Many unfounded information and conspiracy theories have been put forward that chips will be placed in the human body, human DNA will be changed, people will be sterilized, and that it is ineffective against the mutated virus, especially with vaccines. However, it is known that this information is not based on a scientific result, and it can be interpreted that it is a part of the infodemic process. Many misinformation of this kind can be found in almost all societies and countries. When examined, Akyüz (2020) expressed that, while WHO engages in intensive information activities to prevent misinformation about the epidemic and disease, claims and conspiracies such as "alcohol defeated Covid-19", "the disease is a planned experiment", "the virus is produced in the laboratory". Upon the widespread use of this theories, it started new studies by defining such information

with the concept of "infodemia" and organized "infodemiology" conferences. This kind of approach has been made to prevent infodemia.

The infodemia related to the pandemic has negatively affected social life, human relations, and social life at many points. As a result of the spread of news whose accuracy was not proven, an atmosphere of panic occurred in people, and social life was interrupted. Individuals are starting to have trouble distinguishing which news is true or false. Considering in the context of individual or psychological effects; individuals have started to worry even with some symptoms such as sneezing, cough, and fever. In addition, due to the ways of transmission of the virus, there has been an increase in behaviors such as washing the money we use, wiping the mobile phone frequently, constantly washing clothes, and taking a shower. In this process applied social distance rules and quarantines have kept people away from each other. Considering in a political context; The fact that the data on the Covid-19 pandemic were not shared with clear figures from the first days and the information was not given enough, caused serious criticism and infodemia. In this case, polarization and conflicts have occurred between political parties and society. When viewed in an economic context; with the pandemic, many restrictions have come up. Workplaces belonging to different sectors have been closed for precautionary purposes. Also, curfews prevented people from engaging in economic activity. On the other hand, individuals started to migrate from the city to the villages and plateaus and preferred a more isolated life. As a result, economic fluctuations, bankruptcies, business closures, and collapses have created. Finally, when viewed in the context of social effects; human relations have been weakened and social activities have decreased significantly.

Studies have shown that infodemia causes many negative repercussions in society. In a study conducted by Secosan et al. (2020), it was revealed that healthcare workers are affected by false news and experience different levels of psychological disorders such as stress and insomnia. In the study carried out by Akyüz (2020), it was stated that as a result of fake news and false information, people did not take measures or resort to extreme measures, applied wrong protection and treatment methods, shaken trust in public authorities, and emerged new problems in terms of health and sociology during the pandemic period. Cathal and Michelle (2020) also showed in their research that almost half of the participants experienced negativity in their professional activities due to false news. According to the study of Tam et al. (2020), it was determined that doctors and nurses affected by inaccurate news are more stressful than healthcare professionals who are not affected by false information. Finally, in the study conducted by Bansal et al. (2020), it was determined that fake medical news, which was put forward, caused stress on healthcare professionals in their professional and personal lives. As a result, human life has been negatively affected in different areas due to the Covid-19 pandemic and the resulting infodemia. These negativities appeared both individually and socially. The result of this study can be expressed that infodemia is as dangerous as a pandemic. In addition, it can be stated that a drug or a more effective vaccine can be found for the Covid-19 pandemic, but it is extremely difficult to prevent the spread of infodemia and to prove the accuracy of the news. For this reason, it can be interpreted that infodemia is as harmful and dangerous as the pandemic.

As mentioned, it is important to control the infodemia, which has many negative effects, in pandemic processes. In the scope of the study, the participants put forward different opinions about the management of infodemia. As a result of the findings, it was emphasized at this point that it was necessary to establish information commissions in societies, to make continuous guidance, information, and announcements on the pages of the WHO and the official institutions of the countries (Ministry of Health and related institutions), and to impose sanctions on those who make unfounded news and spread information about the pandemic. In addition, it has been demonstrated that media literacy and health literacy are extremely important in infodemic management.

Considering the studies conducted on the subject, it is seen that different approaches are displayed at the point of infodemia management. In a study, the classical structuring of public authorities and traditional media is insufficient in combating misinformation, especially fake news circulating on social media that causes nonrecoverable damages (Akyüz, 2020). People who influence society, including healthcare professionals, health authorities, and leaders of the society, media organs should take

responsibility for reducing social discrimination. It is important that the right information is transferred to the public (Başterzi et. al., 2020). It is recommended to provide digital media literacy training to society through individuals and organizations such as scientists, communicators, academics, NGOs, and municipalities in order to manage infodemia (Sezerer Albayrak, 2020). On the other hand, it was emphasized that social and behavioral dimensions should be taken into consideration in combating infodemia. In addition, it was emphasized that "moral values" should be taken into consideration in combating misinformation (Ecker et. al., 2020). In addition, it was stated that healthcare professionals should provide correct information by refuting misleading information about health in order to manage infodemia (Cathal and Michelle, 2020). Finally, it was stated that academics should wage a scientific war against those who spread fake news. In the Covid-19 pandemic process, it was emphasized that academicians should express the truth with scientific publications in response to the news of people who made and spread fake, false, pretense news and spread them (Tapia, 2020).

It is likely that this Covid-19 pandemic we experience in the end and new pandemics, crises, elections, wars, and natural events will occur from now on. With these new situations, there is always the potential for new infodemics to occur. In the current period of time, we live in the communication age and the rapid spread of information afterward, conspiracy theories, fake news, false information without a scientific basis will cause an increase in our lives. This increase will definitely affect us in many ways. This increase will definitely affect us in many ways. Every individual, social, institutional, and state level is responsible for minimizing this impact. It is necessary to reach the capacity for individual critical thinking, adequate knowledge, and education level. At the same time, individuals should be trained in media and health literacy. Common synergy must be attained by reaching the level of the information society socially. Finally, both international organizations and institutions, as well as national institutions and states, should be ready for the struggles against infodemia that may develop together with the problems experienced. Agreements should be made with international social media and communication technology companies. Content restrictions and restrictions should be applied to infodemic news surfing on social media through these companies. In this way, the dissemination of the statement will be prevented. In this way, the dissemination of the statement will be prevented. In order to prevent infodemia, governments, official institutions, and organizations need to inform citizens sufficiently about the events experienced. When there is incomplete information, individuals complete this deficiency with false and false news. Therefore, the issue of informing and making sufficient explanations should be emphasized and always be transparent at the point of information.

V. PRACTICE IMPLICATIONS

Healthcare professionals, healthcare administrators and governments should inform the public about the infodemic and provide accurate, transparent and unbiased information throughout the pandemic process. International organizations and institutions, as well as national institutions should be ready for the struggles against infodemia that may develop together with the problems experienced. The pandemic process is a tiring period. For this reason, trainings such as coping with stress should be given to nurses, doctors and other health workers in this process.

Ethical Approval: The present study was approved by the Süleyman Demirel University, Social and Humanities Ethics Committee (Date: 25.05.2021; Number of Meetings: 107; Number of Decisions: 1).

REFERENCES

- Ahinkorah, B. O., Ameyaw, E. K., Hagan Jr, J. E., Seidu, A. A., & Schack, T. (2020). Rising above misinformation or fake news in Africa: Another strategy to control COVID-19 spread. *Frontiers in Communication*, 5, 45.
- Akyüz, S. S. (2020). Misinformation outbreak: fake news circulation in Turkey during Covid-19 pandemic. *Mediterranean Journal of Communication*, 34, 422-444.

- Aydın, A. F. (2020). Disinformation in social media in post-truth period: the Covid-19 (new coronavirus) pandem process. *Academic Social Studies*, 4(12), 76-90.
- Bansal, P., Bingemann, T. A., Greenhawt, M., Mosnaim, G., Nanda, A., Oppenheimer, J., Sharma, H., Stukus, D., & Shaker, M. (2020). Clinician wellness during the COVID-19 pandemic: Extraordinary times and unusual challenges for the allergist/immunologist. *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.*, 8(6), 1781-1790.
- Başterzi, A. D., Cesur, E., Güvenç, H.R., Taşdelen, R., & Yılmaz, T. (2020). Covid-19 and stamping. *The Sixth Month Assessment Report of the Turkish Medical Association Covid-19 Pandemic*, 415-424.
- Cinelli, M., Quattrociochi, W., Galeazzi, A., Valensise, C. M., Brugnoli, E., Schmidt, A. L., Zola, P., Zollo, F. & Scala, A. (2020). The covid-19 social media infodemic. *Scientific Reports*, 10, 16598.
- Creswell, J. W. (2017). *Research design, qualitative, quantitative and mixed method approaches*. (translator: S. B. Demir), 3rd Edition. Ankara: Educational Book.
- Creswell, J. W., & Miller, D.L. (2000). Determining validity in qualitative inquiry. *Theory into Practice*, 39(3), 124-130.
- Demir, O. Ö. (2017). Qualitative research methods. In K. Boke (Ed.), *Research Methods in Social Sciences (pp.285-318)*, 5th Edition. Istanbul: Alfa Publications.
- Depoux, A., Martin, S., Karafillakis, E., Preet, R., Wilder-Smith, A., & Larson, H. (2020). The pandemic of social media panic travels faster than the COVID-19 outbreak. *Journal of Travel Medicine*, 27(3), 031.
- Ecker, U., O'Reilly, Z., Reid, J. S., & Chang, E. P. (2020). The effectiveness of short-format refutational factchecks. *British Journal of Psychology*, 111(1), 36-54.
- Erku, D. A., Belachew, S. A., Abrha, S., Sinnollareddy, M., Thomas, J., Steadman, K. J., & Tesfaye, W. H. (2020). When fear and misinformation go viral: Pharmacists' role in deterring medication misinformation during the 'infodemic' surrounding COVID-19. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(1), 1954-1963.
- García-Marín, D. (2020). Infodemia global. Desórdenes informativos, narrativas fake y fact-checking en la crisis de la Covid-19//Global infodemic: Information disorders, false narratives, and fact checking during the Covid-19 crisis. *Profesional de la Información*, 29, 1-20.
- Gupta, L., Gasparyan, A. Y., Misra, D. P., Agarwal, V., Zimba, O., & Yessirkepov, M. (2020). Information and misinformation on COVID-19: A cross-sectional survey study. *Journal of Korean Medical Science*, 35(27), 1-11.
- <https://en.wikipedia.org/wiki/Infodemic>. Date of access: 11.12. 2020.
- https://en.wikipedia.org/wiki/Misinformation_related_to_the_COVID-19_pandemic. Date of access: 12. 12. 2020.
- <https://www.lexico.com/definition/infodemic>. Date of access: 11.12. 2020.
- <https://www.washingtonpost.com/archive/opinions/2003/05/11/when-the-buzz-bites-back/bc8cd84f-cab6-4648-bf58-0277261af6cd/> Date of Access: 23.02.2022.
- <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/munich-security-conference>. date of access: 12. 12. 2020b.

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200202-sitrep-13-ncov-v3.pdf> Date of access 23.02.2022a.

Mesquita, C. T., Oliveira, A., Seixas, F. L., & Paes, A. (2020). Infodemia, fake news and medicine: Science and the quest for truth. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, 33, 203-205.

O'Connor, C., & Murphy, M. (2020). Going viral: doctors must tackle fake news in the covid-19 pandemic. *BMJ*, 369, 1587.

Secosan, I., Virga, D., Crainiceanu, Z. P., Bratu, L. M. & Bratu, T. (2020). Infodemia: Another enemy for romanian frontline healthcare workers to fight during the COVID-19 outbreak. *Medicina*, 56(12), 679.

Sezerer Albayrak, E. (2020). Covid-19 döneminin doğurdukları: yeni toplum düzeni ve medyada ortaya çıkan sahte haberler. *İletişim Çalışmaları, Sakarya Üniversite Yayınları*. 1-14.

Stephens, M. (2020). A geospatial infodemic: Mapping Twitter conspiracy theories of Covid-19. *Dialogues in Human Geography*, 10(2), 276-281.

Tam, C. W. C., Pang, E. P. F., Lam, L. C.W. & Chiu, H. F. K. (2004). Severe acute respiratory syndrome (SARS) in Hong Kong in 2003: Stress and psychological impact among frontline healthcare workers. *Psychological Medicine*, 34(7), 1197-1204.

Tapia, L. (2020). COVID-19 and fake news in the Dominican Republic. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 102(6), 1172–1174.

Yıldırım, A., & Şimşek, H. (2016), *Qualitative research methods in the social sciences*, 10. Edition. Ankara: Seçkin Publishing.

HEKİM SAHİPLENME: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI *

Kevser Hüsna ÖZYILDIZ **

Ahmet ALKAN ***

ÖZ


Sahiplenme bireylerin sahiplenecekleri şeyi kendilerine ait hissetmelerini, o şey için geliştirdikleri psikolojik bir bağlılık olgusunu ifade etmektedir. Bireyler genellikle çevreleriyle yakın ilişkiler geliştirmekte ve bu yakın ilişkiler de sahiplenme tutumunu gerçekleştirmektedir. Bireylerin çevresiyle geliştirdiği bir ilişki türü de hekim ve hasta arasındaki ilişkidir. Hasta ve hekim arasındaki ilişkinin varlığı bireyin sağlığına kavuşması gibi hayati bir önemi barındırdığı için bu ilişkide bireylerin hekimlerine karşı sahiplenme tutumu gösterecekleri düşünülmektedir. Bu araştırmada da bireylerin hekimlerini sahiplenme düzeylerinin hangi boyutlarda gerçekleştiğini ortaya koymak ve hekimlerini sahiplenme düzeylerini ölçen geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmesi amaçlanmıştır. Araştırma Isparta ve Ankara illerinde ikamet eden bireyler ve Süleyman Demirel Üniversitesinde lisansüstü eğitim gören öğrenciler ve akademisyenler olmak üzere toplam 1157 birey üzerinden yürütülmüştür. Veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından ilgili literatürün taraması ve nitel görüşmelerden elde edilen veriler ile oluşturulan anket formu kullanılmıştır. Araştırmada ölçeğin kapsam geçerliliği için uzman görüşlerine başvurulmuş; yapı geçerliliği için Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA), birinci ve ikinci düzey Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) yapılmış; maddelerin birbirleriyle, buldukları faktörlerle ve diğer faktörlerle ilişkili olup olmadığını tespit etmek için yakınsak ve iraksak geçerlilik değerleri test edilmiş; ölçüt geçerliliği içinse Hekim Sahiplenme Ölçeği ile Hekim Bağlılığı Ölçeği, Doktora Güven Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Güvenilirlik çalışması için cronbach alfa katsayısı, CR değeri ve test tekrar test katsayısı incelenmiştir. Yapılan analizler sonucunda ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçek olduğu belirlenmiş ve beş faktörlü (bağlılık, korumacılık, öz kimlik, güven ve uyum) bir hekim sahiplenme ölçeği ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sahiplenme, Psikolojik sahiplenme, hekim sahiplenme, ölçek geliştirme

MAKALE HAKKINDA

* Bu çalışma Kevser Hüsna Özyıldız'ın "Hastaların Hekim Sahiplenme Tutumu: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması" adlı tez çalışmasından türetilmiştir.

** Süleyman Demirel Üniversitesi kevserozyildiz@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7580-0139>

*** Dr. Öğr. Üyesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ahmetalkan_88@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4964-8591>

Gönderim Tarihi: 13.08.2021

Kabul Tarihi: 18.11.2021

Atıfta Bulunmak İçin:

Özyıldız, K. H. & Alkan, A. (2022). Hekim sahiplenme: Bir ölçek geliştirme çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 209-232

PHYSICIAN OWNERSHIP: A SCALE DEVELOPMENT STUDY *

Kevser Hüsna ÖZYILDIZ **

Ahmet ALKAN ***

ABSTRACT

Ownership refers to individuals' feeling that they own the thing they will own, and a psychological commitment they develop for that thing. Individuals generally develop close relationships with their environment, and these close relationships lead to an attitude of ownership. Another type of relationship that individuals develop with their environment is the relationship between physician and patient. Since the existence of the relationship between the patient and the physician is of vital importance such as the individual's recovery, it is thought that individuals will show an attitude of ownership towards their physicians in this relationship. In this study, it was aimed to reveal the dimensions of individuals' level of ownership of their physicians and to develop a valid and reliable scale that measures the level of ownership of their physicians. The research was carried out on a total of 1157 individuals, including individuals residing in the provinces of Isparta and Ankara, and students and academicians studying at Süleyman Demirel University. As a data collection tool, a questionnaire form was used by the researcher with the data obtained from the literature review and qualitative interviews. In the study, expert opinions were sought for the content validity of the scale; Exploratory Factor Analysis (EFA) and first and second level Confirmatory Factor Analysis (DFA) were used for construct validity; Convergent and divergent validity values were tested in order to determine whether the items were related to each other, to the factors in which they were found, and to other factors; For criterion validity, the relationship between Physician Affiliation Scale and Physician Engagement Scale, Doctor Trust Scale and Brief Psychological Resilience Scale was examined. For reliability study, Cronbach's alpha coefficient, CR value and test-retest coefficient were examined. As a result of the analyzes made, it was determined that the scale is a valid and reliable scale, and a physician ownership scale with five factors (loyalty, protectionism, self-identity, trust and compliance) was revealed.

Keywords: Ownership, psychological ownership, physician ownership, scale development

ARTICLE INFO

* This study was produced from Kevser Hüsna Özyıldız's thesis named "Physician Ownership in Chronic Patients: A Scale Development Study".

** Süleyman Demirel University, kevserozyildiz@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7580-0139>

*** Assist. Prof., Süleyman Demirel University, ahmetalkan_88@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-4964-8591>

Received: 13.08.2021

Accepted: 18.11.2021

Cite This Paper:

Özyıldız, K. H. & Alkan, A. (2022). Hekim sahiplenme: Bir ölçek geliştirme çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 209-232

I. GİRİŞ

Toplumda sosyal yaşantının doğal bir parçası olarak bireyler çevreleriyle çeşitli ilişkiler geliştirmektedir. Bu ilişkiler karşılıklı veya karşılıksız, somut veya soyut birçok şekilde ve şeyle olabilmektedir ve ilişkiler genellikle sahiplenme olgusunu içermektedir. Sahiplenme bilişsel ve duygusal bir özden oluşan karmaşık bir eylemdir ve somut veya soyut olan her şeye karşı geliştirilen aidiyet, bağlılık ve koruma durumudur.

Sahiplenme hissi insanların doğal bir parçasıdır ve insanlar doğaları gereği, maddi ve manevi her türlü şeye karşı sahiplenme hissi geliştirmektedirler (Pierce vd, 2001). Aynı zamanda bu his insanların kişisel hayatında önemli bir rol oynamakta ve sahip olunan şeyler kişinin hayatının bir parçası haline gelmektedir (Cram ve Paton, 1993). Sahiplenme ve sahiplik hissi toplumları yapılandıran bir mihenk taşı konumundadır. Çünkü insanlar her zaman ev, arsa gibi mülkiyet, toprak, nesnelere, ilişkiler gibi birçok şeye sahip olmuşlardır. İnsanlar sahiplenme gösterdikleri şeye karşı özel duygular geliştirirler ve sahip oldukları şeylerle kurdukları ilişkilerde güçlü tutumlar sergilerler (Asatryan ve Oh, 2008). Kişilerin yaşamında sahiplenme hissini nitelendiren birçok ifade bulunmaktadır. Örneğin; evimiz, kızım, oğlum, o benim fikrim, öğretmenim, doktorum gibi ifadeler yaygın bir şekilde kullanılmakta, sahiplenme hissi “benim” veya “bizim” gibi iyelik zamirleri ile ifade edilmektedir (Pierce ve Jussila, 2011). “Benim” ve “bizim” gibi iyelik zamirleri sahiplenme gösterilen her alanda kullanılmaktadır. İş yaşamı, sosyal hayat, bireysel eşyalar, sevdiğimiz insanlar, öğretmenlerimiz, doktorlarımız gibi aramızda bağ olan somut ve soyut her şeyde sahiplenme eğilimi görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde de bireyler için çok önemli bir yer tuttuğu göz önünde bulundurulduğunda sahiplenme hissini hasta ve hekim ilişkisinde yoğun bir şekilde görüldüğü düşünülmektedir.

Çok yönlü bir kavram olan sahiplenme sembolik ve gerçeklik olmak üzere iki düzeyde gerçekleşmektedir. Sahipliğin ikili bir yaratılış, kısmen tutum, kısmen nesne, kısmen akıl, kısmen de gerçek olduğu göz önüne alınarak aslında sahiplenmenin, değer ve sembollerin dışında var olan bir gerçek olduğu kabul edilmektedir (Etzioni, 1991). Etzioni'nin (1991) çalışmasıyla yakın döneme rastlayan Pierce ve diğerlerinin de (1991) çalışmalarında benzer tespitler yaptıkları görülmektedir. Pierce ve diğerleri de, sahiplenmenin çok yönlü ve çok boyutlu bir kavram olduğunu kabul etmişlerdir. Sahiplenmenin yasal sahiplenme ve psikolojik sahiplenme şeklinde iki düzeyinin olduğunu açıklamışlardır. Literatür incelendiğinde (Vandewalle vd., 1995; Parker vd., 1997; Pierce vd., 2003; Mayhew vd., 2007; Pierce ve Jussila, 2011; Uçar, 2017; Kalmaz ve Tozkoparan, 2020) sahiplenmenin yasal ve psikolojik sahiplenme olmak üzere iki şekilde ele alındığı görülmektedir.

Yasal sahiplenme, kaynakların, eşyaların, malların ve hizmetlerin sahiplenilmesini, kullanılmasını ve elden çıkarılmasını yöneten sosyal ve resmi düzenlemelerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Parkin, 2003) ve bireyin eşya, kaynak ve hizmet üzerinde hâkimiyet kurmasıyla arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Bu ilişki zamanla insan hakkı olarak kabul edilmiş ve devletler ve hukuk sistemleri tarafından tanınarak temel bir hak olarak ulusal ve uluslararası konumda geçerli bir ilişki olarak kabul edilmiştir (Akça, 2015). Psikolojik sahiplenme kavramından da ilk kez Pierce ve diğerleri tarafından, çalışanların mal mülk sahipliği ile ilgili yaptıkları modellerinde bahsedilmiştir. Bu modelde psikolojik sahiplenmeden bahseden bir teori ortaya koymuşlar ve bunun yasal sahiplenmeden farklı bir kavram olduğu açıklamışlardır (Pierce vd., 1991). Psikolojik sahiplenmenin sadece biçimsel sahiplenme değil, büyüyen bir olgu olduğu belirtilmiştir. Kavram her ne kadar çalışan sahipliği altında kavramsallaştırılsa da işletme, örgütsel davranış, pazarlama, sosyoloji, felsefe, psikoloji ve insan gelişimi bilimlerinin de inceleme konuları arasında yer almaktadır (Pierce vd., 2001).

Psikolojik sahiplenme, bireylerin yasal bir hakkı olmaksızın somut veya soyut şeyler hakkında sahip oldukları hisleri deneyimledikleri psikolojik bir durumdur. Bir bireyin somut veya soyut şeylere karşı sahiplenme hissi geliştirmesi insanoğlunun temel doğasına dayanmaktadır. Bir şeye “benim” veya “bizim” dediğimiz zaman sahiplenme hissimiz harekete geçmektedir ve psikolojik olarak bir şeye bağlanıldığı zaman o şey, bireylerin benliklerinin bir parçası haline gelmektedir (Pierce vd., 2001). Psikolojik sahiplenme, bireylerin sahiplendikleri şeyleri kendilerinin (benim, bizim) gibi görmeleri

durumudur (Pierce vd., 2003) ve bireyin hedef için iyelik duyguları geliştirdiği, psikolojik olarak deneyimlenen bir olgu olarak tanımlanabilmektedir (Van Dyne ve Pierce, 2004).

Psikolojik sahiplenme durumu karmaşıktır ve bilişsel ve duygusal bir yapıdan oluşmaktadır. Psikolojik sahiplenmenin oluşmasında ve ortaya çıkmasında; hedefi kontrol etmek, hedefi yakından tanımak, hedefe yatırım yapmak, hedefe ilişkin diğer faktörler, bireysel faktörler, süreç faktörü ve bağlam faktörü önemli rol oynamaktadır (Pierce vd., 2001). Psikolojik sahiplenme dışsal faktörler (kontrol, müşteri katılımı, müşteri-şirket kimliği, aitlik hissi) ve içsel faktörlerden (ilişki niyeti, daha fazla ödeme yapma isteği, rekabetçi direnç) etkilenmektedir ve bu faktörleri de etkilemektedir (Asatryan ve Oh, 2008). Örneğin, akademisyenler üniversitenin tamamına kendi bölümleri kadar sahiplenme hissi geliştiremeyebilirler. Çünkü kendi bölümleri onların kontrollerine daha çok tabidir. Benzer şekilde akademisyenlerin lisans öğrencileri ile doktora öğrencilerine karşı aynı düzeyde psikolojik sahiplenme hissetmeleri mümkün değildir. Çünkü bu iki öğrenci grubunu tanıma dereceleri ve onlara yaptıkları yatırımlar, onlarla geçirdikleri süreler aynı olmamaktadır (Pierce vd., 2003). Hastalar da hekimlerine karşı, hastaneye karşı gösterdikleri sahiplenme duygusundan daha fazla sahiplenme duygusu geliştirebilirler. Çünkü hastaların hekimle iletişiminin daha kuvvetli olduğu ve genellikle hekim için o hastaneyi tercih ettikleri düşünülmektedir.

Psikolojik sahiplenme hem birey düzeyinde hem de grup düzeyinde gerçekleşmektedir. Bu açıdan psikolojik sahiplenme, örgüte ve işe yönelik psikolojik sahiplenme ile bireysel ve kolektif psikolojik sahiplenme olarak ele alınmaktadır (Kalmaz, 2019). Mayhew ve diğerleri (2007) yaptıkları araştırma sonucunda psikolojik sahiplenmenin iş ve organizasyon temelli (örgüte yönelik) olmak üzere iki türü olduğunu ifade etmişlerdir. Bireyler hem işlerini hem de çalıştıkları örgütleri “benim” (benim işim, benim işyerim) olarak sahiplik psikolojisiyle deneyimlemeye başladıklarında işe yönelik ve örgüte yönelik psikolojik sahiplenme ortaya çıkmaktadır (Peng ve Pierce, 2015). Bireysel düzeyde psikolojik sahiplenme, kişisel sahiplenme duygularını, kişi- sahiplenilecek şey etkileşimi yoluyla ortaya çıkaran bir durumdur. Bireysel psikolojik sahiplenme “ben” ve “benim” iyelik ekleriyle kullanılmaktadır. Kolektif psikolojik sahiplenme ise sahiplenme duygusunu, kişi-nesne, başkası-nesne, kişi-kişi etkileşimleriyle ortaya çıkan bir durumdur (Pierce ve Jussila, 2010).

Hekim-hasta ilişkisi hastaların çevresiyle geliştirdiği bir yakın ilişki türü olup bireyler hastalandıklarında daha hassas bir psikoloji içerisine girerek çevrelerinden psikolojik bir destek alma ihtiyacı hissedebilmekte ve bu desteği de genellikle gittikleri hekimden alma beklentisine girmektedirler. Hastaların hekimlerinden bu desteği hissetmesi sürekli aynı hekime gitmesini sağlayarak hastalarda hekimlerini benimseme ve sahiplenme tutumu geliştirecektir.

Hekim sahiplenmesi bireylerin hekimlerini sağlıklarının iyiliği için en önemli unsurlardan biri konumuna koyarak, hekimlerine karşı aidiyet hissetmeleri, hekimlerini kendileri ve sağlıklarıyla özdeşleştirdikleri bir psikolojik bağlılık durumu olarak tanımlanabilmektedir. Pierce ve diğerleri (2001) psikolojik sahiplenmeyi kontrol, hedefe yatırım yapmak ve hedefi yakından tanıma faktörlerinin etkilediğini belirtirken, Olckers bu faktörlere ek olarak süreç, bağlam, bireysel faktörler ve hedefe ilişkin faktörlerinde psikolojik sahiplenmeyi etkilediğini ifade etmektedir (Olckers, 2011). Hekim ve hasta arasındaki sahiplenme duygusu kişi-nesne, kişi-örgüt arasında değil kişi-kişi arasında gerçekleştiği için bu faktörlerin yanında hekim ve hasta arasındaki ilişki, iletişim, güven duygusu, bağlılık ve memnuniyet gibi faktörlerden de etkilenecektir.

Hastanın hekimini benimsemesi ve sahiplenebilmesi için hekiminden samimiyet hissetmesi, hekimin hastaya değer vermesi, hastayla iletişiminin iyi olması, hastaya karşı dürüst davranması, hastanın tedavi sürecine özen göstermesi, hastayı zihnen rahatlatması, erişilebilir olması gibi beklentileri bulunmaktadır. Hastaya güven verme, bilgi dağarcığının geniş olması, ilgili davranma, hasta tatminini sağlayabilme, açık iletişime sahip olma, tedavi sonrasında iletişime devam etme ve sabırlı olma gibi özelliklerin bireylerin hekimlerini diğer hekimlerden ayıran ve sahiplenme tutumunu göstereceği özellikler olduğu düşünülmektedir.

Hekimine karşı sahiplenme duygusu hisseden hastalar sahiplenme tutumu göstermektedirler. Sahiplenme sonucunda hastaların tedavi olmak için sürekli aynı hekimi tercih etmeleri, hekimin tavsiyelerine daha fazla uyum göstermeleri, hekimin verdiği ilaçları daha düzenli kullanmaları, diğer bireylere hekimlerini tavsiye etmeleri, hastalıklarını daha fazla sahiplenmeleri, tedaviye uyumlarının artması, çevresinde hekimi hakkında olumsuz söylemler duyduğu zaman onu savunma ihtiyacı hissetmeleri beklenmektedir.

Hastaların hekim sahiplenme davranışının sonuçları çoğunlukla olumlu yönde olacağı varsayılmaktadır. Hastalar için hekimler önemli motivasyon kaynaklarıdır. Bu durumda hastanın hastalığını ve tedaviyi kabullenmesi daha kolay hale getirmektedir. Hastaların sahiplenme tutumu gösterdikleri hekimlerinin yanına daha keyif alarak gideceği ve hastaneye gitme sürecinin onlar için bir eziyet olmaktan çıkacağı düşünülmektedir. Hasta uyumu, sadakati, bağlılığı ve hekim bağlılığı gibi durumların hastanın hekimini sahiplenmesi sonucu oluşacağı beklenmektedir.

Literatüre bakıldığında sağlık yönetiminde sahiplenme ve hekim sahiplenme araştırmalarının daha çok kurumların sahip oldukları hekimler konusu altında, hastanelerin hekim sahipliği, tıbbi tesislerin hekim sahipliği (Strope vd., 2009; Iglehart, 1989; Conway, 2010) gibi alt başlıklarda yapıldığı görülmektedir. Hekimlerin sahip oldukları tıbbi tesisler, hastaların hekimlerin sahip oldukları klinikler konusundaki algıları hakkında yapılan araştırmalar da (Babu vd., 2011; Casalino, vd., 2003; Mitchell, 2007; Kahn, 2006; Mitchell vd., 1992) sağlık yönetiminde sahiplenmeyle ilgili rastlanılan diğer araştırmalar arasında yer almaktadır.

Psikolojik sahiplenme konusunda yapılan araştırmalar incelendiğinde örgüte ve işe yönelik sahiplenme duygusunun araştırıldığı ayrıca kavramın işletme, örgütsel davranış ve pazarlama alanlarında incelendiği görülmektedir. Psikolojik sahiplenme bireylerin davranışlarında önemli etkiler bırakmasına rağmen sağlık ve sağlık hizmetleri alanında nadiren dikkate alınan bir kavram olduğu görülmüştür. Sağlık hizmetleri ve psikolojik sahiplenmeyle ilişkili araştırmalara oldukça az rastlanılmıştır. Mifsud vd., (2019) tarafından yapılan “Sağlık Bakım Programlarını Psikolojik Sahiplenme Yoluyla Hasta Bağlılığını Arttırma Araştırması”, Karnilowicz (2011) tarafından yapılan “Kronik Hastalık ve Hastalık Durumunda Kimlik ve Psikolojik Sahiplenme” araştırması ve Beveridge vd. (2006) tarafından yapılan “Hastalık Sahipliği ve Diyabeti Çevreleyen Stresli Olayların Anne ve Ergen Temsilleri” araştırması psikolojik sahiplenme ve sağlık hizmetleri alanında yapılan ve rastlanılan araştırmalardır. Bu araştırmalarda hastalık sahipliği, tedavi ve bakım hizmetini sahiplenme durumları üzerinde durulmuştur. Hekimlerin bireylerin sağlık durumlarında etkisinin oldukça fazla olduğu düşünüldüğünde hastaların hekimlerini sahiplenme tutumlarının da araştırılması gerektiği ifade edilebilir.

Türkiye’de yapılan psikolojik sahiplenmeyle ilgili araştırmalar detaylı bir şekilde incelendiğinde sağlık yönetimi alanında, hekim hasta ilişkisi başlığında ve hekimi sahiplenme tutumu üzerinde bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Türkiye’de kullanılan ölçeklerin hepsi işe ve örgüte yönelik sahiplenme duygularını ölçmektedir. Sağlık alanında hekim ve hasta ilişkisi açısından kullanılacak bir sahiplenme ölçeğine rastlanılmamıştır. Bu açıdan çalışma önem arz etmektedir. Ayrıca sahiplenme kavramı memnuniyet, sadakat, tatmin, bağlılık gibi kavramlardan daha farklıdır ve memnuniyet, sadakat ölçekleriyle ölçülmemelidir. O nedenle bir sahiplenme ölçeğine ihtiyaç vardır. Bu ölçekle birlikte bireylerin hekim sahiplenme tutumları ölçülebilecek ve korumacılık, bağlılık, öz kimlik, güven ve uyum boyutları ile sahiplenme düzeyi ölçülebilecektir. Bu araştırmanın amacı da bireylerin hekim sahiplenme düzeylerini ölçmek ve sahiplenmenin hangi boyutlarda gerçekleştiğini belirlemek için geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmektir.

II. YÖNTEM

Araştırmada ölçek geliştirme süreci yapının belirlenmesi, madde havuzunun oluşturulması, uzman görüşü ve kapsam geçerliliğinin sağlanması, ön deneme uygulamasının yapılması, geçerlilik çalışmalarının gerçekleştirilmesi ve güvenilirlik analizlerinin uygulanması olmak üzere altı ana aşamadan oluşmaktadır.

Araştırmanın her sürecinde farklı örneklem gruplarıyla çalışılmıştır. Ön deneme uygulaması içinse Isparta’da yaşayan 12 kişiyle çalışılmıştır. Geçerlilik çalışmalarından yapı geçerliliğinin ilk adımı olan açımlayıcı faktör analizi için evren Isparta ili olarak planlanmıştır. Isparta ilinin toplam nüfusu 441.412’dir. %95 güven aralığı ve %5 hata payı düşünüldüğünde 384 kişilik bir örneklem grubu çalışma için yeterli kabul edilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018). Buna ek olarak ölçek geliştirme çalışmalarında Kass ve Tinsley (1979) ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 ile 10 katı bireye ulaşılması gerektiğini belirtmektedir. Bu görüşler göz önüne alınarak çalışmada açımlayıcı faktör analizi Isparta’da yaşayan 475 katılımcı ile gerçekleştirilmiştir. Ölçek geliştirme çalışmalarında ölçeğin geçerliliğinin artması için açımlayıcı faktör analizi ve doğrulayıcı faktör analizinin farklı örneklemelerde uygulanması gerektiği belirtilmektedir (Fabrigar vd., 1999). Bu kapsamda araştırmanın yapı geçerliliği aşamasının ikinci adımı olan doğrulayıcı faktör analizi ve diğer analizler (ölçüt geçerliliği, yakınsak ve ıraksak geçerlilik, Cronbach alfa katsayısı, CR değeri) için evren Ankara olarak belirlenmiştir. Ankara ilinin toplam nüfusu 5.663 milyondur. %95 güven aralığı ve %5 hata payı düşünüldüğünde ve ölçek geliştirme çalışmalarındaki örneklem büyüklükleri göz önüne alındığında 384-400 kişilik bir örneklem grubu yeterli sayılmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi ve diğer analizler Ankara’da yaşayan 635 kişiden toplanan veri ile gerçekleştirilmiştir. Güvenilirlik analizlerinden test tekrar test yöntemi için Süleyman Demirel Üniversitesi’nde lisansüstü eğitim gören veya akademisyen olan 35 kişiden veri toplanmıştır. Araştırma toplamda 1157 kişiden toplanan veriler ile yürütülmüştür.

Verilerin toplanması aşamasında katılımcılardan belirli bir hekimden düzenli bir süre tedavi hizmeti alıp almadıkları, hekim deneyimlerinin olup olmadığı bilgisi istenmiş ve en çok gittikleri hekimi düşünerek cevap vermeleri talep edilmiştir. Anketin demografik sorular kısmında “Bu anketi cevaplarırken düşündüğünüz hekime şimdiye kadar kaç kere gittiniz?” ve “Bu anketi cevaplarırken düşündüğünüz hastalığınız akut mu, kronik mi?” soruları sorularak katılımcıların hekim deneyimleri dikkate alınmıştır. Yani hiç hekim deneyimi olmayanlar çalışmaya dahil edilmemiştir.

Araştırmada veri toplama aracı anket yöntemi tercih edilmiş ve araştırmanın her aşamasında farklı ölçek formları devreye girmiştir. Açımlayıcı faktör analizi için araştırmacı tarafından geliştirilen 41 maddelik hekim sahiplenme taslak ölçek formu; doğrulayıcı faktör analizi, güvenilirlik analizleri, yakınsak-ıraksak geçerlilik ve fark analizleri için araştırmacı tarafından geliştirilen 32 maddelik ölçek formu kullanılmıştır. Ölçüt geçerliliği için araştırmacı tarafından geliştirilen 32 maddelik Hekim Sahiplenme ölçek formundan, Hekim Bağlılığı ölçeğinden (Ünal, 2017), Doktora Güven ölçeğinden (Şengül ve Bulut, 2020) ve Kısa Psikolojik Sağlık ölçeğinden (Doğan, 2017) faydalanılmıştır. Açımlayıcı faktör analizi için toplanan veriler haktan yüz yüze toplanmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ve diğer analizler için toplanan verilerin 42 tanesi pandemi sebebiyle çevrimiçi ortamda toplanmıştır. Güvenilirlik analizlerinden test tekrar test yönteminin uygulanması amacıyla toplanan verilerde (35 kişi) çevrimiçi ortamda toplanmıştır. Hem AFA hem DFA için verilerin toplanmasında kolayda örnekleme yönteminden yararlanılmıştır.

Ölçek geliştirme sürecinde açımlayıcı faktör analizi, ölçüt geçerliliği analizleri, güvenilirlik analizleri ve fark analizleri için Statistical Package for the Social Sciences (SPSS 25.0) programı kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi, Analysis of Moment Structures (AMOS 22.0) ile gerçekleştirilmiştir.

Yapı geçerliliği aşamasının ilk adımı olan açımlayıcı faktör analizinde verilerin faktör analizine uygunluğu, Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) katsayısı ve Barlett Küresellik testi kullanılarak test edilmiştir. Faktör belirleme tekniği olarak temel bileşenler analizi ve varimax döndürme tekniği tercih edilmiştir. Faktör sayısının belirlenmesinde ayrıca yamaç (çizgi) grafiği kullanılmıştır. Yapı geçerliliğinin aşamasının ikinci adımı doğrulayıcı faktör analizinde ise ölçeğin doğrulanıp doğrulanmadığı sınanan modelin yeterliliğini ortaya koymak için Ki kare uyum testi, GFI, RMSEA, CFI, NFI, RFI, IFI, RMR, CMIN/DF uyum indeksleri incelenmiştir. Ölçüt geçerliliği aşaması için hekim sahiplenme ölçeği ile hekime bağlılık ölçeği, doktora güven ölçeği, kısa psikolojik sağlık ölçeği arasındaki ilişkinin incelenmesinde ve boyutların birbirleriyle ilişkisini belirlemesinde Pearson

Çarpımı Momentler Korelasyon Analizinden yararlanılmıştır. Ölçeğin güvenilirliği cronbach alfa katsayısı, CR değeri ve test tekrar test analizi ile kontrol edilmiştir.

Bu çalışma için Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulunun E-87432956-050.99-62560 numaralı, 01.06.2021 tarihli ve 51/7 sayılı kararı ile “etik kurul onayı” alınmıştır. Çalışma, Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ne uygun olarak yapılmıştır.

III. BULGULAR

Bu bölümde ölçek geliştirme sürecinde yer alan aşamalarda yapılan analizlere ve elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

3.1. Yapının Belirlenmesi

Türkçe ve İngilizce literatürde sahiplenme, psikolojik sahiplenme, sağlık hizmetinde sahiplenme, bağlılık, hekim ve hasta ilişkisi ilgili yapılan araştırmalar ve mevcut ölçekler incelenmiş ve bireylerin hekim sahiplenme tutumunu ölçen bir ölçeğe rastlanılmaması nedeniyle bireylerin hekimlerini sahiplenme düzeylerini ve sahiplenmenin hangi boyutlarda gerçekleştiğini belirlemek amacıyla geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirmek amaçlanmıştır.

3.2. Madde Havuzu Oluşturulması

Hekim Sahiplenme Ölçeğinin maddeleri oluşturulurken psikolojik sahiplenme kavramı temel alınmıştır.

Maddeler oluşturulmadan önce 15 kronik ve 5 akut hastayla nitel görüşmeler yapılmış ve görüşmecilere hekim sahiplenmeyle ilgili araştırmacılar tarafından hazırlanan 6 soru sorulmuştur. Görüşmelerin dökümü yapılarak kodlama işlemi yapılmış ve buradan temalar elde edilmiştir. Dökümler ve kodlamalar detaylı incelemelere tabii tutularak ölçek için maddeler oluşturulmuştur. Nitel görüşmeler dışında psikolojik sahiplenme, hekim bağlılığı, hekim hasta ilişkisi, sahiplenme ve bağlılık konuları kapsamlı bir şekilde taranmıştır. Literatür okumaları ve psikolojik sahiplenme ölçeklerinin taranmasıyla da madde havuzuna eklemeler yapılmıştır. Tüm bu çalışmalar sonucunda 69 maddelik madde havuzu elde edilmiştir. Madde havuzunun oluşması için gereken madde sayısını belirlemek mümkün değildir. Madde havuzu ne kadar büyük olursa o kadar iyi olmaktadır (DeVellis, 2003). 69 maddelik madde havuzu araştırmacılar tarafından iki hafta süren detaylı incelemelerle (madde ekleme, çıkarma, düzeltme işlemleri) 52 maddeye düşürülmüştür. Madde yazımında dil bilgisi kurallarına dikkat edilmiş, Erkuş’un (2019) belirttiği gibi maddelerin kısa, net ve hedef kitlenin anlayabileceği düzeyde hazırlanmasına özen gösterilmiştir.

Araştırmanın güçlü yanı madde havuzunun oluşturulmasında kullanılan nitel görüşme tekniğidir. Nitel görüşmeler sayesinde halkın gerçek görüşleri alınmış ve ifadeler daha gerçekçi hazırlanmıştır. Psikolojik sahiplenmenin alt boyutları ve nitel görüşmelerden elde edilen temalar dikkate alınarak uyum, öz kimlik, aidiyet, korumacılık, bağlılık, sadakat, vefa, güven ölçek alt boyutları belirlenmiş ve maddelerin boyutlandırılmasında belirlenen boyutlar dikkate alınmıştır.

3.3. Uzman Görüşünün Alınması ve Kapsam Geçerliliği

Madde havuzu oluşturulduktan sonra, maddelerin ilgili değişkeni ölçüp ölçmediği, ilgili madde türüne uygun olup olmadığı, yazım dilinin dilbilgisi açısından uygunluğu ve hedef kitleye uygunluğu gibi nicelik ve nitelik bakımından yeterli olup olmadığının incelenmesi gerekmektedir (Erkuş, 2019). Kapsam geçerliliği kısaca bir ölçme aracının ölçülmek istenen nitelikleri kapsayabilmesidir (Şeçer, 2017). Kapsam geçerliliğinde “Test maddeleri ölçülmek istenen davranışı yansıtıyor mu?” sorusunun cevabı aranmaktadır (Büyüköztürk, 2020). Kapsam geçerliliğinin sözel panel tartışma yöntemi ve istatistik yöntem olmak üzere iki yöntemi bulunmaktadır. Geçerlilik kontrol edilirken tek bir yöntem

veya her iki yöntem de kullanılabilir (Erkuş, 2019). Araştırmada sözel panel tartışma yöntemi tercih edilmiştir.

Araştırmacılar tarafında 52 maddeye indirilen madde havuzunun değerlendirilebilmesi ve kapsam geçerliliğinin sağlanabilmesi için farklı üniversitelerden akademisyenlerin oluşturduğu 8 kişilik sözel tartışma paneli grubu oluşturulmuştur. Maddeler tek tek tartışılmış, nitelik ve nicelik bakımından tüm maddeler herkes hem fikir olana kadar tartışma devam edilmiştir. Bu panel sonunda çıkarılan ve revize edilen maddelerle birlikte havuz 41 maddeye indirilmiştir.

Panelden sonra elde edilen maddeler uzman görüş formu şeklinde hazırlanarak, ölçme ve değerlendirme alanında 4 akademisyen ve dilbilgisi alanındaki 4 akademisyene elektronik posta yoluyla ulaştırılmış ve maddeleri değerlendirmeleri ve maddeler üzerinde düzenleme yapmaları istenmiştir. Ölçek uzman görüşü formu “uygun”, “kısmen uygun” ve hiç uygun değil” şeklinde 3 seçenekli ve her maddenin altında uzmanların görüşlerini yazabilmeleri için boşluk bırakarak düzenlenmiştir. Ölçme ve değerlendirme alanında 4 akademisyen, dilbilgisi alanında 4 akademisyen görüşlerini bildirmişlerdir. Geri dönüşler araştırmacılar tarafından tekrar gözden geçirilmiş, maddelerin revize işlemleri yapılmış ve son olarak madde havuzu 41 madde olarak belirlenmiştir. Bir tane de kontrol sorusu (bu bir kontrol sorusudur, lütfen üç rakamını işaretleyiniz) eklenerek 42 madde ile ön deneme aşamasına geçilmiştir.

3.4. Ön Deneme Uygulamasının Yapılması

Uygulamaya hazır hale getirilen taslak ölçek formunun örnek bir gerçek hedef kitle üzerinde anlaşılabilirliğinin saptanması gerekmektedir. Taslak ölçek formu ön deneme aşamasında ölçeğin uygulanacağı hedef kitleden uç grupları temsil eden (yaşlı-geç, eğitimli-egitimsiz vb.) 10-15 katılımcı üzerinde gerçekleştirilmelidir (Erkuş, 2019). Bu kapsamda taslak olarak geliştirilen ölçek formunun ön deneme uygulaması Isparta il merkezinde yaşayan gerçek örneklem grubuyla benzerlik gösteren 12 kişiyle gerçekleştirilmiştir. Taslak ölçekteki maddeler; 1 “Hiç Katılmıyorum”, 2 “Katılmıyorum”, 3 “Kararsızım”, 4 “Katılıyorum” ve 5 “Tamamen Katılıyorum” şeklinde beşli Likert tipinde oluşturulmuştur. Maddelerin anlaşılabilirliğinin kontrol edilebilmesi için katılımcılarla ortalama 15 dakika maddeler üzerinde görüşülmüştür. Görüşmeler neticesinde maddelerin anlaşılma durumunda herhangi bir problem olmadığı sonucuna varılmıştır.

3.5. Geçerlilik Çalışmaları

Bir ölçme aracında ilk aranan özellik geçerliliktir. Geçerlilik, ölçeğin ölçmek için hazırlandığı amaca hizmet etme derecesi veya ölçmeye çalışılan amacı ölçebilme düzeyi olarak tanımlanmaktadır (Seçer, 2017). Çok fazla sayıda geçerlilik çeşidi bulunmaktadır. Bu araştırmada kapsam geçerliliği, yapı geçerliliği, yakınsak-ıraksak geçerlilik ve ölçüt geçerliliği kullanılmıştır.

3.5.1. Yapı Geçerliliği

Yapı geçerliliği ölçme aracının ölçmeye çalıştığı teorik yapıyı ölçebilme derecesi olarak tanımlanmaktadır (Seçer, 2017). Yapı geçerliliğini incelemek amacıyla faktör analizinden ve hipotez testlerinden yararlanılabilmektedir (Büyüköztürk, 2020). Hekim sahiplenme ölçeğinin yapı geçerliliğini belirlemek için açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizinden yararlanılmıştır.

3.5.1.1. Açımlayıcı Faktör Analizi

Bu araştırmada hekim sahiplenme ölçeğinin faktör yapısını belirlemek için açımlayıcı faktör analizi yapılmıştır. 41 maddelik taslak ölçek formu ile faktör analizi yapmak amacıyla Isparta’da ikamet eden 475 bireyden veri toplanmıştır. Uygulamaya katılan 17 bireyin ölçek formunda yer alan “Bu bir kontrol sorusudur, lütfen üç rakamını işaretleyiniz.” şeklindeki kontrol sorusunu yanlış işaretlemeleri nedeniyle anket formları değerlendirmeye alınmamıştır. Kalan 458 bireyin anket formuyla açımlayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 1’de gösterilmektedir.

Tablo 1. Birinci Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde	Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)			Tedavi Alınan Hekime Gidiş Sayısı		
1.-29	214	46,7	1. 1-3	107	23,4
2. 30-39	108	23,6	2. 4-6	113	24,7
3.40-49	61	13,3	3. 7-9	65	14,2
4. 50+	75	16,4	4. 10-12	87	19,0
Cinsiyet			5. 13-15	26	5,7
1. Kadın	264	57,6	6. 16+	60	13,0
2. Erkek	194	42,4	Tedavi Alınan Hekimin Cinsiyeti		
Medeni Durum			1. Kadın	147	32,1
1. Evli	224	48,9	2. Erkek	311	67,9
2. Evli Değil	234	51,1	Tedavi Alınan Hekimin Yaşı*		
Eğitim Durumu			1. Genç	62	13,5
1. Ortaokul	40	8,7	2. Orta Yaş	322	70,3
2. Lise	109	23,8	3. Yaşlı	73	16,2
3. Ön Lisans	72	15,7	Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu		
4. Lisans	193	42,1	1. Evet	103	22,5
5. Lisansüstü	44	9,7	2. Hayır	355	77,5
Hastalık*			Toplam	458	100,0
1. Kronik	208	45,4			
2. Akut	199	43,4			

* Bazı katılımcıların cevap vermemesinden dolayı veri kaybı bulunmaktadır.

Demografik bilgiler incelendiğinde kadın katılımcıların (%57,6) daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcılara “anketi cevaplarırken düşündükleri hastalıklarının kronik mi akut mu” olduğu sorulmuştur ve verilen cevaplar doğrultusunda katılımcıların hastalıkları incelendiğinde %45,4’ünün kronik bir hastalığa sahip olduğu ve %43,4’ünün akut bir hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmeti aldıkları hekimlerine gidiş sayılarının dağılımına bakıldığında katılımcıların %24,7’sinin 4-6 kez hekime gittikleri görülmüştür.

Faktör analizi yapılmadan önce örneklem büyüklüğünün faktör analizine uygunluğu test edilmiştir. Faktör analizinde örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde literatürde farklı görüşler hâkimdir. Kass ve Tinsley (1979) ölçekte yer alan madde sayısının en az 5 ile 10 katı bireye ulaşılması gerektiğini ifade etmektedirler. Comrey ve Lee (1992) örneklem büyüklüğünde 100’ün zayıf, 200’ün orta, 300’ün iyi, 500’ün çok iyi, 1000 veya daha fazlasının mükemmel olarak değerlendirmektedirler. Field (2009) ise analizin yapılabilmesi için örneklem sayısının en az 300 olması gerektiğini ifade etmektedir. Bu görüşler doğrultusunda çalışmada kullanılan 458 kişilik örneklemin açılımlayıcı faktör analizi için uygun olduğu düşünülmektedir. Bu uygunluğu istatistiksel olarak test etmek için KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) ve Barlett Küresellik testlerinden yararlanılmıştır.

Tablo 2. Hekim Sahiplenme Ölçeğinin KMO ve Barlett's Testi Değerleri

KMO ve Bartlett Küresellik Testi		
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) Örneklem Yeterliliği	0,953	
Bartlett Küresellik Testi	Ki-kare değeri	11153,537
	Serbestlik derecesi	496
	<i>p</i>	0,000

Elde edilen değerin 1'e yaklaşması örneklem büyüklüğünün yeterli olduğuna dair fikir vermektedir (Seçer, 2017). Araştırmanın KMO örneklem uygunluk değeri tablo 2'de görüldüğü üzere 0,953'tür. Bu değer verilerin açımlayıcı faktör analizi için mükemmel özellikte olduğunu göstermektedir. Barlett Küresellik testi, ölçeğin maddelerinin birbirleri ile ilişkili olup olmadığını, ölçeğin en az bir ya da daha fazla boyuttan oluşup oluşmadığını belirlemek için kullanılmaktadır. Barlett Küresellik testi değerinin $p < 0,05$ olması, ölçeğin fenomenin alt boyutları ölçmede etkin olduğu anlamına gelmektedir. Bu değerin $p > 0,05$ olması ise ölçekteki maddelerin birbirinden bağımsız olduklarını göstermektedir (Özdamar, 2017). Tablo 2 incelendiği zaman çalışmanın Barlett Küresellik testi sonucunun (sig.0,000) anlamlı olması ($p < 0,05$) verilerin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir.

Verilerin faktör analizine uygunluğu test edildikten sonra ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya koymak için faktör döndürme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada faktör belirleme tekniği olarak temel bileşenler analizi tercih edilmiş, döndürme tekniklerinden de dik döndürme yöntemlerinden varimax döndürme tekniği tercih edilmiştir.

Faktör analizinde madde faktör yük değeri, maddelerin faktörlerle ilişkisini gösteren önemli bir katsayıdır (Büyüköztürk, 2002). Madde faktör yükünün en az 0,30 olması gerekmektedir (Seçer, 2017). Maddelerin yer aldıkları faktörlerdeki yük değerlerinin yüksek olması, o maddelerin birlikte bir faktörü ölçtüğü anlamına gelmektedir. Faktör yük değerinin, 0,45 ya da daha yüksek olan maddelerin daha iyi olduğu kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2020). Faktör analizinde bir madde birden fazla faktör altında yer alarak binişik duruma gelebilmektedir. Bir maddenin binişik olduğu kabul edilebilmesi için, bir maddenin birden fazla faktörde kabul edilen yük değerinden yüksek yük değeri vermesi ve maddenin iki ya da daha fazla faktörde sahip olduğu yük değerleri arasındaki farkın 0.10'dan daha az olması gerekmektedir (okluk vd., 2021).

Bu araştırmada da faktör yükü alt kesme noktası 0,30 olarak belirlenmiş ve faktör yükleri arasındaki farkın en az 0.10 olması gerektiği göz önüne alınarak analiz gerçekleştirilmiştir.

11., 13., 15., 22., 28., 33., 34. ve 35. maddeler binişik olduğundan dolayı ölçekten çıkarılmıştır. Binişik olan maddeler ölçekten tek tek çıkarılmış her çıkarma işleminden sonra faktör yüklerinin nasıl değiştiği kontrol edilmiştir. Farklı kombinasyonlarla faktör analizi birçok kez tekrarlanmıştır. Özdamar iki maddenin bir boyut oluşturamayacağını belirtmektedir (2017). Analizlerde de 23. ve 24. maddelerin tek bir boyut altında toplandığı görülmektedir. Her iki madde de sırayla ölçekten çıkarılarak ve tekrar alınarak maddelerin faktör yük değerleri ve oluşan faktör yapıları kontrol edilmiş ve 23. maddenin de ölçekten çıkarılmasına karar verilmiştir. Faktör sayısı belirlenirken açıklayıcılığı en iyi sağlayacak faktör yapısının tekrarlı denemeler ile elde edilmesi gerekmektedir (Özdamar, 2017). Uzun süre faktör analizi yapılmaya devam edilmiş ve sonucunda başka hiçbir maddenin binişik olmadığı görülmüştür.

Tablo 3'te faktör analizinden elde edilen faktör yük değerleri gösterilmektedir.

Tablo 3. Hekim Sahiplenme Ölçeği Maddelerinin Faktör Yük Değerleri

Maddeler	Faktörler				
	1	2	3	4	5
M30. Alanında daha meşhur bir hekimden tedavi alma alternatifim olsa bile kendi hekimime danışmaya devam ederim.	0,810				
M31. Hekimim dışında bir hekimden tedavi hizmeti aldığımda eksik hizmet almış gibi hissederim.	0,786				
M29. Şehir değiştirmem durumunda hekimimi değiştirmem.	0,722				
M32. Kendi hekimime gitmediğim zaman suçluluk duygusu hissederim.	0,763				
M25. Hekimim hastane değiştirirse ondan hizmet almak için gittiği hastaneye giderim.	0,650				
M28. Hekimimden kolay kolay vazgeçmem.	0,623				
M24. Tedavi sürecim bittiğinde de hekimimi ziyaret ederim.	0,575				
M14. Hekimim benim için vazgeçilmezdir.	0,529				
M26. Hekimimin uzmanlığına girmeyen diğer durumlarda da (doktor, hastane vb.) hekimimin tavsiyesini alırım.	0,497				
M20. Hekimime zarar verici davranışlarda bulunduğunu düşündüğüm kişileri uyarman gerektiğini hissederim.		0,819			
M19. Hekimim hakkında kötü konuşulduğu zaman zoruma gider.		0,737			
M21. Hekimim eleştirildiğinde onu savunma ihtiyacı hissederim.		0,698			
M16. Hekimim hakkında olumsuz şeyler söyleyenleri uyarma ihtiyacı hissederim.		0,625			
M12. Sohbet ortamlarında hekimimden “benim hekimim” diyerek bahsederim.		0,612			
M18. Hekimimin hakkını savunurum.		0,580			
M17. Hekimimin tedavi yöntemini diğer bireylere karşı savunurum.		0,540			
M6. Hekimimi yakıным gibi görürüm.			0,790		
M5. Hekimimi ailemden biri gibi görürüm.			0,752		
M8. Hekimimi hastalık sürecimde yol arkadaşım gibi görürüm.			0,718		
M7. Hekimimi hastalık sürecimde sırdaşım gibi görürüm.			0,716		
M9. Hekimim hakkında yapılan olumlu bir yorumu kendime yapılmış gibi hissederim.			0,686		
M10. Hekimimin başarısına kendi başarımmış gibi sevinirim.			0,610		
M40. Hekimimin tecrübesine güvenirim.				0,786	
M39. Hekimimin yanında güvende hissederim.				0,724	
M38. Hekimimin tedaviyle ilgili kararlarını sorgulamam.				0,693	
M37. Hekimime değer veririm.				0,667	
M36. Hekimimin sözünü kesmeden dinlerim.				0,658	
M41. Hekimimin yanında kendimi rahat hissederim.				0,633	
M3. Hekimimin önerdiği tedaviye uyarım.					0,859
M4. Hekimimin tedavi sürecimdeki yönlendirmelerine uyarım.					0,841
M2. Hekimimin verdiği ilaçları düzenli kullanırım.					0,778
M1. Hekimimin tedavimle ilgili beklentilerini karşılarım.					0,651
Faktörün Açıkladığı varyans (%)	17,64	14,30	14,02	12,40	9,69
Açıkladığı Toplam Varyans (%)	68,07				

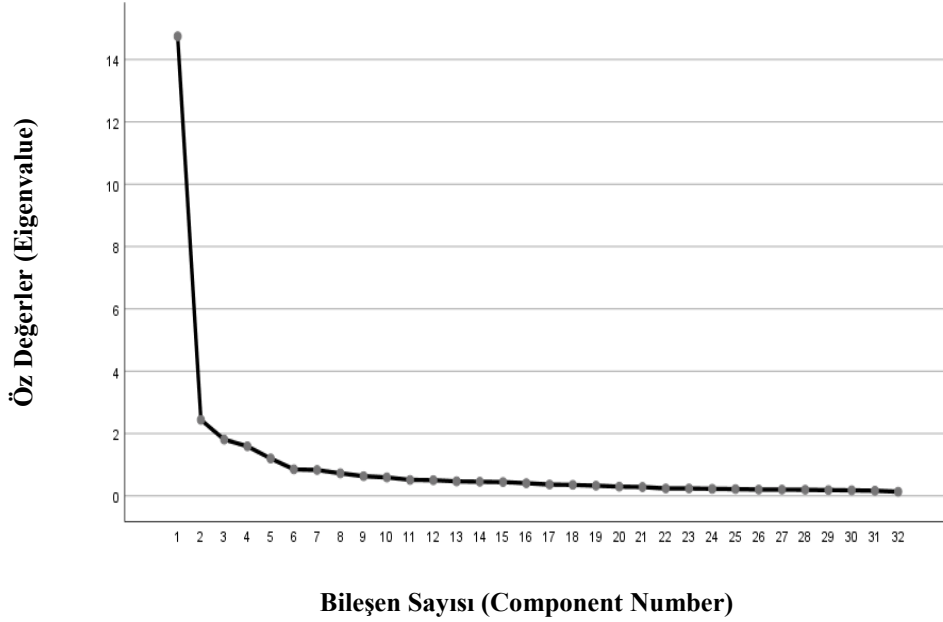
Ölçekten çıkarılan maddeler sonrasında kalan 32 madde ile temel bileşenler analizi varimax dik döndürme tekniği kullanılarak faktör analizi yapılmaya devam edilmiştir. Sonuç olarak ortaya 32 maddeli 5 faktörlü hekim sahiplenme yapısı ortaya çıkmıştır.

Açıklanan varyans oranının yüksekliği, ölçeğin faktör yapısının gücünü yansıtmaktadır. Çok faktörlü yapılarda açıklanan varyans oranının %52 ve üzeri olması gerekmektedir (Henson ve Robert, 2006). Alt faktörlerin her birinin de toplam varyansın en az %5'ini açıklaması gerekmektedir (Şeçer,

2015). Tablo 3 incelendiğinde Hekim Sahiplenme Ölçeğinde açıklanan toplam varyansının %68,07 olduğu görülmektedir. Açıklanan toplam varyans faktör bazında değerlendirildiğinde varyansın %17,64'ünü birinci faktör, %14,30'unu ikinci faktör, %14,02'sini üçüncü faktör, %12,40'ını dördüncü faktör, %9,69'unu ise beşinci faktör oluşturmaktadır.

Faktör analizinde faktör sayısının belirlenebilmesi için yamaç (çizgi) grafiğine de bakılması gerekmektedir (Çokluk vd., 2021; Büyüköztürk, 2020; Seçer, 2015). Şekil 1'de dikey eksen öz değer oranlarını, yatay eksen ise faktörleri gösterilmektedir (Büyüköztürk, 2020).

Şekil 1. Yamaç (Çizgi) Grafiği



Yamaç (çizgi) grafiği incelendiğinde beşinci faktörden sonra düşüş ivmesinin azalmakta olduğu ve yataya yakın bir şekilde devam ettiği görülmektedir. Bu sonuç da hekim sahiplenme ölçeğinin beş faktörlü bir yapıda olduğunu desteklemektedir.

Faktör analizi sonucunda ortaya çıkan beş faktör detaylı olarak incelemeye tâbi tutulmuştur. Faktörlerin isimlendirilmesi, ilgili faktörde bulunan maddelerin ifade ettikleri anlamlar ve araştırmacılar tarafından madde havuzunun oluşturulması aşamasında belirlenen boyutlar göz önüne alınarak yapılmıştır. Faktör 1 “bağlılık”, faktör 2 “korumacılık”, faktör 3 “öz kimlik”, faktör 4 “güven” ve faktör 5 “uyum” olarak isimlendirilmiştir.

3.5.1.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Doğrulayıcı faktör analizinde (DFA) elde edilen verilerden değişkenler arasındaki ilişkiye dair daha önce saptanan bir hipotez ya da kuram test edilmektedir (Büyüköztürk, 2020). Başka bir deyişle elde edilen verinin orijinal yapıya uyup uymadığını belirlemek için doğrulayıcı faktör analizi yapılmaktadır (Seçer, 2015).

Bu çalışmada geliştirilen hekim sahiplenme ölçeği modelinin doğrulanıp doğrulanmadığını ve faktörlerin modeli yeterli bir düzeyde açıklayıp açıklamadığını belirlemek amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi 32 maddeli ve 5 faktörlü ölçekle Ankara’da ikamet eden 635 kişiden toplanan veriler ile gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya katılan 32 katılımcının ölçek formunda yer alan “Bu bir kontrol sorusudur, lütfen üç rakamını işaretleyiniz.” şeklindeki kontrol sorusunu yanlış işaretlemeleri nedeniyle formları değerlendirmeye alınmamıştır. Kalan 603 katılımcının verileri kullanılarak doğrulayıcı faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Araştırmaya katılan katılımcıların demografik değişkenlere göre dağılımı Tablo 4’te gösterilmektedir.

Tablo 4. İkinci Çalışma Grubunun Demografik Özellikleri

Değişkenler	Frekans	Yüzde	Değişkenler	Frekans	Yüzde
Yaş (Yıl)			Tedavi Alınan Hekimin Cinsiyeti*		
1.-29	141	23,4	1. Kadın	192	32,0
2. 30-39	243	40,3	2. Erkek	408	68,0
3.40-49	116	19,2	Tedavi Alınan Hekimin Yaşı*		
4. 50+	103	17,1	1. Genç	84	14,0
Cinsiyet			2. Orta Yaş	432	72,0
1. Kadın	213	35,3	3. Yaşlı	84	14,0
2. Erkek	390	64,7	Tedavi Alınan Hekime Gidiş Sayısı*		
Medeni Durum			1. 1-3	147	24,5
1. Evli	322	53,4	2. 4-6	155	25,8
2. Evli Değil	281	46,6	3. 7-9	87	14,5
Eğitim Durumu			4. 10-12	114	19,0
1. Ortaokul	62	10,3	5. 13-15	36	6,0
2. Lise	135	22,4	6. 16+	61	10,2
3. Ön Lisans	98	16,3	Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu*		
4. Lisans	266	44,1	1. Evet	127	21,2
5. Lisansüstü	42	7,0	2. Hayır	473	78,8
Hastalık*			Toplam	603	100,0
1. Kronik	341	61,6			
2. Akut	213	38,4			

* Bazı katılımcıların cevap vermemesinden dolayı veri kaybı bulunmaktadır

Demografik bilgiler incelendiğinde erkek katılımcıların (%64,7) daha fazla olduğu görülmektedir. Katılımcılara “anketi cevaplarırken düşündükleri hastalıklarının kronik mi akut mu” olduğu sorulmuştur ve verilen cevaplar doğrultusunda katılımcıların hastalıkları incelendiğinde %56,6’sının kronik bir hastalığa, %35,3’ünün ise akut bir hastalığa sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmeti aldıkları hekimlerine gidiş sayılarının dağılımına yer verilmiştir. Katılımcıların %24,4’ünün 1-3 kez, %18,9’unun ise 10-12 kez gittiği görülmüştür.

Doğrulayıcı faktör analizinde ölçeğin doğrulanıp doğrulanmadığı sınanan modelin yeterliliğini ortaya koymak için pek çok uyum indeksine bakılmaktadır. Ki kare uyum testi (Chi-Square Goodness), GFI (Goodness of Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), CFI (Comparative Fit Index), NFI (Normed Fit Index), RFI (Relative Fit Index), IFI (Incremental Fit Index) genellikle bakılan uyum indeksleri arasında yer almaktadır (Seçer, 2015). Uyum indeksleri de kendi aralarında mutlak uygunluk ölçütleri ve karşılaştırmalı uygunluk ölçütleri (aşamalı uygunluk ölçütleri) olarak iki temel kategoriye ayrılmaktadır. Mutlak uygunluk ölçütleri modelin örneklem verisi ile uygunluğunu kontrol etmektedir ve bu uygunluk için bakılan ölçütler CMIN/DF (χ^2/sd), RMSEA ve GFI değerleridir. Karşılaştırmalı uygunluk ölçütleri ise ki-kare değerini ham biçimde kullanmak yerine bu değeri bir referans model ile kıyaslamaktadır. Bu uygunluk ölçütü için bakılan değerler ise CFI ve NFI değerleridir (McDonald ve Ho, 2002).

Tablo 5’te uyum indekslerinin kabul edilen uyum ve mükemmel uyum sınırları ile hekim sahiplenme ölçeğinin değerleri yer almaktadır.

Tablo 5. Hekim Sahiplenme Ölçeği Birinci Düzey DFA Uyum İndeksleri

Ölçüm (Uyum İndeksleri)	Kabul Edilebilir	Mükemmel Uyum	Model	Model Uyumu
CMIN/DF (Genel Model Uyumu)	Bulunan değer istatistiksel olarak anlamsız olmalıdır ve $\chi^2/sd=3$ 'ten küçük olmalıdır. $2 < \chi^2/sd < 5$		2,511	Mükemmel Uyum
GFI (Mutlak Uyum İndeksi)	0,85 ve üzeri	0,90 ve üzeri	0,90	Mükemmel Uyum
CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)	0,95 ve üzeri	0,97 ve üzeri	0,951	Mükemmel Uyum
RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)	0,050 ve 0,080 arası	0,000 ve <0,050 arası	0,050	Kabul Edilebilir Uyum
NFI (Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi)	0,90 ve üzeri	0,95 ve üzeri	0,922	Kabul Edilebilir Uyum
RFI (Göreceli Uyum İndeksi)	0,90 ve üzeri	0,95 ve üzeri	0,912	Kabul Edilebilir
IFI (Artan Uyum İndeksi)	0,90 ve üzeri	0,95 ve üzeri	0,951	Mükemmel
RMR (Artık Temelli Uyum İndeksi)	0,050 ve 0,080 arası	0,000 ve <0,050 arası	0,043	Mükemmel Uyum

CMIN/DF minimum fark değerinin serbestlik derecesine bölümüdür. Bu oran güvenilir bir uyum ölçüsü olarak kabul edilmektedir (Özdamar, 2017). Tablo 5'te de görüldüğü üzere genel model uyumu (ki-kare uyum iyiliği testi (CMIN/DF)) değeri 2,511 bulunmuştur. Bu sonuç modelin mükemmel uyuma sahip olduğunu ifade etmektedir. GFI, örneklem büyüdükçe ki-kare istatistiğinin yükselmesi sorununu ortadan kaldırmak için bulunmuştur. GFI, örneklem büyüklüğüne daha az duyarlı bir indekstir (Yaşlıoğlu, 2017). Çalışmada GFI değeri 0,90 olarak tespit edilmiştir. GFI'nın 0,90 ve üzerinde olması mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir (Shevlin ve Miles, 1997). CFI, NFI istatistiğinin geliştirilmiş halidir ve örneklem büyüklüğünü de hesaba katmaktadır. CFI, 0 ve 1 arasında değer almakta ve 1'e yaklaştıkça modelin uygunluğunun arttığı ifade edilmektedir (Bentler ve Bonnet, 1980). Tablo 5 incelendiğinde, hekim sahiplenme ölçeğinin CFI indeksi 0,951 olarak tespit edilmiştir ve mükemmel uyuma sahip olduğu görülmüştür. RMSEA, popülasyon/örnek kovaryans matrisi ise, öngörülen modelin kovaryans matrisinin farkına göre uyumunu test eden bir indekstir (Özdamar, 2017). Çalışmada RMSEA değeri, 0,050 olarak tespit edilmiştir (Tablo 5). Bu değer 0,080 altında olması gerekmektedir (Brown, 2006). Çalışmadan elde edilen RMSEA değerinin kabul edilebilir uyuma sahip olduğu görülmektedir. NFI, modeldeki parametre sayısının kısıt düzeyini ölçmek için kullanılan bir indekstir (Özdamar, 2017). NFI değeri, 0 ile 1 arasında bir değer almaktadır ve 0,90 üzeri olması daha iyi uyuma sahip olduğunu göstermektedir (Hu ve Bentler, 1999). Tablo 3'te görüldüğü üzere çalışmada da NFI değeri 0,922 olarak tespit edilmiş ve kabul edilebilir bir uyuma sahip olduğu söylenebilmektedir. Hekim sahiplenme ölçeğinin IFI (Artan Uyum İndeksi) değeri 0,951 olarak tespit edilmiştir (Tablo 5). IFI değerinin 0,90 üzeri olması iyi uyuma, 0,950 üzeri olması mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir (Carlson ve Mulaik, 1993). IFI değerinin de bu çalışmada mükemmel uyuma sahip olduğu görülmektedir. Hekim sahiplenme ölçeğinin RMR değeri ise 0,043 olarak tespit edilmiştir (Tablo 5). RMR değerinin 0,050'nin altında olması mükemmel uyuma, 0,080'nin altında olması iyi uyuma, sahip olduğunu göstermektedir. Çalışmada, RMR değerinin 0,043 çıkması mükemmel uyuma sahip olduğunu göstermektedir.

Doğrulayıcı faktör analizi yapılırken çok boyutlu ölçeklerin ikinci düzey çok faktörlü modellerinin de test edilmesi gerekmektedir (Meydan ve Şeşen, 2011). Hekim sahiplenme ölçeğinin de ikinci düzey faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Aşağıdaki tabloda ikinci düzey doğrulayıcı faktör analizinden elde edilen veriler gösterilmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Hekim Sahiplenme Ölçeği İkinci Düzey DFA Uyum İndeksleri

Ölçüm (Uyum İndeksleri)	Model
CMIN/DF (Genel Model Uyumu)	3,732
GFI (Mutlak Uyum İndeksi)	0,861
CFI (Karşılaştırmalı Uyum İndeksi)	0,910
RMSEA (Yaklaşık Hataların Ortalama Karekökü)	0,067
NFI (Ölçeklendirilmiş Uyum İndeksi)	0,881
RFI (Göreceli Uyum İndeksi)	0,869
IFI (Artan Uyum İndeksi)	0,910
RMR (Artık Temelli Uyum İndeksi)	0,061

Tablo 6’da yer alan hekim sahiplenme ölçeği ikinci düzey DFA uyum indeksleri incelendiğinde, CMIN/DF=3,732, GFI=0,861, CFI=0,910, RMSEA=0,067, NFI=0,881, RFI=0,869, IFI=0,910 ve RMR=0,061 olarak görülmektedir. İkinci düzey doğrulayıcı faktör uyum analizlerinin de kabul edilebilir düzeyde olduğu ifade edilebilir.

Yapılan doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda uyum indekslerinin yeterliliği sağlanmıştır. 32 madde ve 5 faktörlü hekim sahiplenme ölçek yapısının uyum istatistiklerine göre doğrulandığı ifade edilebilir.

3.5.2. Yakınsak ve İraksak Geçerlilik

Yapısal geçerlilik testlerinden sonra yakınsak (convergent) ve iraksak (discriminant) geçerliliklerin de test edilmesi gerekmektedir. Yakınsak geçerlilik değişkenlere ilişkin maddelerin birbirleriyle ve oluşturdukları faktörlerle ilişkili olduğunu göstermektedir. İraksak geçerlilik ise maddelerin buldukları faktör dışındaki faktörlerle daha az ilişkisi olması gerektiğini açıklamaktadır (Yaşlıoğlu, 2017).

Yakınsak geçerliliğin incelenebilmesi için Açıklanan Ortalama Varyans (AVE) değeri incelenmektedir. Bu değer 0,50 ve üzerinde olması yakınsak geçerliliğin sağlandığını ifade etmektedir (Fornell ve Larcker, 1981). Açıklanan Ortalama Varyans (AVE) değeri ise aynı faktördeki maddelerin faktör yüklerinin karelerinin toplamının madde sayısına bölünmesiyle bulunmaktadır (Yaşlıoğlu, 2017).

Tablo 7’de hekim sahiplenme ölçeği yakınsak ve iraksak geçerlilik test sonuçları yer almaktadır.

Tablo 7. Hekim Sahiplenme Ölçeği Yakınsak ve İraksak Geçerlilik Testi Sonuçları

Boyutlar	AVE Değeri	MSV Değeri	ASV Değeri
Bağlılık	0,54	0,59	0,41
Korumacılık	0,64	0,59	0,45
Öz Kimlik	0,64	0,57	0,41
Güven	0,55	0,50	0,40
Uyum	0,64	0,29	0,16

Tablo 7 incelendiğinde tüm boyutların AVE değerlerinin 0,50 üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgulara dayanarak ölçeğin yakınsak geçerliliğin sağlandığı ifade edilmektedir.

İraksak geçerliliğin incelenebilmesi için ise MSV ve ASV değerlerinin hesaplanması gerekmektedir. Maksimum Paylaşılan Varyansın Karesi (MSV), bir faktörün diğer faktörlerden herhangi birisiyle paylaştığı en yüksek varyansın karesidir. Paylaşılan Varyansın Karesinin Ortalaması (ASV) ise bir faktörün diğer faktörlerle paylaştığı varyansın karelerinin toplamının paylaşılan varyans sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir (Yaşlıoğlu, 2017). İraksak geçerliliğin sağlanabilmesi için $MSV < AVE$, $ASV < MSV$ ve AVE ’nin karekökünün faktörler arası korelasyondan büyük olması

gerekmektedir (Fornell ve Larcker, 1981). Tablo 7’deki değerler incelendiğinde $MSV < AVE$ şartını bağlılık boyutu hariç diğer tüm boyutların karşıladığı görülmektedir. $ASV < MSV$ şartını da tüm boyutlar doğrulamaktadır. Bu bulgular doğrultusunda hekim sahiplenme ölçeğinin ıraksak geçerliliğinin sağlandığı görülmektedir.

3.5.3. Ölçüt Geçerliliği

Ölçüt geçerliliği, geliştirilmek ya da uyarlanmak istenen ölçme aracından elde edilen bulguların, halihazırda mevcut ve geçerlilik güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan başka bir ölçüt ile karşılaştırılmasıdır (Seçer, 2015). Ölçüt geçerliliğinin yapılması için Ankara’da ikamet eden 603 kişiden oluşan örneklem grubu kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak “Hekim Bağlılığı Ölçeği” (Ünal, 2017), “Doktora Güven Ölçeği” (Şengül ve Bulut, 2020) ve “Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği” (Doğan, 2015) ölçekleri kullanılmıştır.

Katılımcıların geliştirilmesi amaçlanan ölçekten aldıkları puanların, benzer tutumları ölçen başka ölçeklerden aldıkları puanların korelasyonuna bakarak ölçüt geçerliliği kontrol edilmektedir (Büyükoztürk, 2008). Tablo 8’de hekim sahiplenme ölçeği ile hekime bağlılık ölçeği, doktora güven ölçeği ve kısa psikolojik sağlık ölçeği arasındaki korelasyon sonuçları yer almaktadır.

Tablo 8. Hekim Sahiplenme Ölçeği ile Hekime Bağlılık Ölçeği, Doktora Güven Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	Hekim Sahiplenme Ölçeği
Hekime Bağlılık Ölçeği	0,455**
Doktora Güven Ölçeği	0,356**
Kısa Psikolojik Sağlık Ölçeği	0,006

Tablo 8 incelendiğinde hekim sahiplenme ölçeği ile hekime bağlılık ölçeği arasında ($r=0,455$, $p<0,001$) ve doktora güven ölçeği arasında ($r=0,356$, $p<0,001$) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Kısa psikolojik sağlık ölçeği ile arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir.

Hekim sahiplenme ölçeği alt boyutları ile “hekim bağlılığı ölçeği”, “doktora güven ölçeği” ve “kısa psikolojik sağlık ölçeği” arasındaki ilişkinin incelenmesi için Pearson Çarpımı Momentler Korelasyon Analizi uygulanmıştır. Bulgular Tablo 9’da yer almaktadır.

Tablo 9. Hekim Sahiplenme Ölçeği Boyutları ile Doktora Güven Ölçeği, Hekime Bağlılık Ölçeği ve Kısa Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Arasındaki Korelasyon Sonuçları

	Bağlılık Boyutu	Korumacılık Boyutu	Öz Kimlik Boyutu	Güven Boyutu	Uyum Boyutu	Hekime Bağlılık Ölçeği	Doktora Güven Ölçeği	Psikolojik Sağlamlık Ölçeği
Bağlılık Boyutu	1	r=0,719** p=0,000	r=0,689** p=0,000	r=0,579** p=0,000	r=0,346** p=0,000	r=0,392** p=0,000	r=0,311** p=0,000	r=0,011 p=0,000
Korumacılık Boyutu	r=0,719** p=0,000	1	r=0,714** p=0,000	r=0,634** p=0,000	r=0,370** p=0,000	r=0,391** p=0,000	r=0,306** p=0,000	r=-0,048 p=0,000
Öz Kimlik Boyutu	r=0,689** p=0,000	r=0,714** p=0,000	1	r=0,589** p=0,000	r=0,361** p=0,000	r=0,377** p=0,000	r=0,289** p=0,000	r=-0,005 p=0,000
Güven Boyutu	r=0,579** p=0,000	r=0,634** p=0,000	r=0,589** p=0,000	1	r=0,542** p=0,000	r=0,385** p=0,000	r=0,315** p=0,000	r=0,027 p=0,000
Uyum Boyutu	r=0,346** p=0,000	r=0,370** p=0,000	r=0,361** p=0,000	r=0,542** p=0,000	1	r=0,293** p=0,000	r=0,218** p=0,000	r=0,096 p=0,000
Hekime Bağlılık Ölçeği	r=0,392** p=0,000	r=0,391** p=0,000	r=0,377** p=0,000	r=0,385** p=0,000	r=0,293** p=0,000	1	r=0,742** p=0,000	r=0,026 p=0,000
Doktora Güven Ölçeği	r=0,311** p=0,000	r=0,306** p=0,000	r=0,289** p=0,000	r=0,315** p=0,000	r=0,218** p=0,000	r=0,742** p=0,000	1	r=0,018 p=0,000
Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	r=0,011 p=0,000	r=-0,048 p=0,000	r=-0,005 p=0,000	r=0,027 p=0,000	r=0,096* p=0,000	r=0,026 p=0,000	r=0,018 p=0,000	1

Ölçüt geçerliğinin sağlanması için hekim sahiplenme ölçeğinin beş faktörünün birbirleri içindeki korelasyonları incelenmiştir. Hekim sahiplenme ölçeğinin faktörleri arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde bağlılık boyutu ile korumacılık boyutu arasında ($r=0,719$, $p<0,001$), bağlılık boyutu ile öz kimlik boyutu arasında ($r=0,689$, $p<0,001$), bağlılık boyutu ve güven boyutu arasında ($r=0,579$, $p<0,001$), bağlılık ve uyum boyut arasında ($r=0,346$, $p<0,001$), korumacılık boyutu ile öz kimlik boyutu arasında ($r=0,714$, $p<0,001$), korumacılık boyutu ve güven boyutu arasında ($r=0,634$, $p<0,001$), korumacılık boyutu ve uyum boyutu arasında ($r=0,370$, $p<0,001$), öz kimlik boyutu ve güven boyutu arasında ($r=0,589$, $p<0,001$), öz kimlik ve uyum boyutu arasında ($r=0,361$, $p<0,001$) ve güven boyutu ile uyum boyutu arasında ($r=0,542$, $p<0,001$) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptandığı görülmektedir.

Hekim Sahiplenme Ölçeğinin hem diğer ölçeklerle hem de faktörler arasındaki korelasyon katsayıları incelendiğinde ölçüt geçerliliğinin sağlandığı görülmektedir.

3.6. Güvenilirlik Analizleri

Bu araştırmada güvenilirlik analizleri için cronbach alfa katsayısı, CR değeri ve test tekrar test güvenilirlik katsayıları incelenmiştir.

3.6.1. Cronbach Alfa Katsayısı ve CR (Composite Reliability) Değeri

Hekim sahiplenme ölçeği boyutlarının cronbach alfa katsayısı hesaplandığında bağlılık boyutunun cronbach alfa değeri 0,915, korumacılık boyutunun cronbach alfa değeri 0,921, öz kimlik boyutunun cronbach alfa değeri 0,915, güven boyutunun cronbach alfa değeri 0,877 ve uyum boyutunun cronbach

alfa değeri 0,864 olarak bulunmuştur (Tablo 9). Cronbach alfa değerinin 0,70 ile 0,90 arasında olması ölçeğin yüksek güvenilirlik düzeyine sahip olduğunu, 0,90 ve üzerinde olması ise ölçeğin çok yüksek düzeyde güvenilir olduğunu ifade etmektedir (Özdamar, 2017). Bu kapsamda güven ve uyum boyutlarının yüksek düzeyde; bağlılık, korumacılık ve öz kimlik boyutlarının çok yüksek düzeyde güvenilir olduğu yorumu yapılabilir.

Tablo 10. Hekim Sahiplenme Ölçeği Boyutları Cronbach Alpha Katsayısı ve CR Değeri

Boyutlar	Cronbach Alfa Katsayısı	CR Değeri
Bağlılık	0,915	0,91
Korumacılık	0,921	0,92
Öz Kimlik	0,915	0,91
Güven	0,877	0,88
Uyum	0,864	0,87

Tablo 10'da bulunan Hekim Sahiplenme Boyutlarının CR değerleri incelendiğinde bağlılık boyutunun CR değeri 0,91, korumacılık boyutunun CR değeri 0,92, öz kimlik boyutunun CR değeri 0,91, güven boyutunun CR değeri 0,88 ve uyum boyutunun CR değeri 0,87 olarak bulunmuştur. CR değerlerinin 0,70 ve üzeri olması ölçeğin güvenilir olduğu anlamına gelmektedir (Raykov, 1998'den akt. Lapa vd., 2020). Bu kapsamda değerlendirildiğinde tüm boyutların CR değerlerinin eşik değerin üzerinde ve güvenilir olduğu yorumu yapılabilir.

3.6.2. Test Tekrar Test Yöntemi

Test tekrar test yöntemi bir zaman örnekleme modelidir ve ölçme aracı belirli bir gruba belirli bir zaman aralığında tekrar uygulanarak gerçekleştirilmektedir. Bu zaman aralığı 15 ile 30 gün arasında olmalıdır. Yapılan iki uygulama arasındaki korelasyona bakılarak ölçeğin test tekrar test güvenilirliği saptanmaktadır (Seçer, 2017).

Tablo 11. Hekim Sahiplenme Ölçeğinin Test Tekrar Güvenilirlik Katsayıları

	Bağlılık	Korumacılık	Öz Kimlik	Güven	Uyum
Bağlılık	0,929**				
Korumacılık		0,915**			
Öz Kimlik			0,826**		
Güven				0,889**	
Uyum					0,839**

n=35 p**<0,01

Hekim sahiplenme ölçeğinin belirli bir zaman aralığındaki kararlılığını istatistiksel olarak test etmek için 35 kişiye (lisansüstü öğrenci ve akademisyen) iki hafta ara ile iki uygulama yapılmıştır. İki uygulama arasındaki kararlılığı test etmek için Pearson Momentler Çarpım Korelasyon Katsayısına bakılmış ve sonuçları Tablo 11'de gösterilmiştir.

Alt boyutların test tekrar test güvenilirlik katsayıları incelendiğinde bağlılık boyutunun 0,929, korumacılık boyutunun 0,915, öz kimlik boyutunun 0,826, güven boyutunun 0,889 ve uyum boyutunun 0,839 olarak tespit edildiği görülmektedir. Test tekrar test güvenilirlik katsayısının 0,80 ile 0,90 arasında olması, ölçeğin güvenilir olduğunu göstermektedir (Özdamar, 2017). Bu bağlamda hekim sahiplenme ölçeğinin güvenilir ve kararlı bir ölçüm yapabildiği ifade edilebilir.

IV. SONUÇ

Araştırmada temel olarak psikolojik sahiplenme kavramı ele alınmıştır. Psikolojik sahiplenmenin, bireylerin somut veya soyut şeyleri kendilerine ait olarak hissetmesi, bilişsel ve duygusal bir yapıdan oluşan bir olgu olduğu göz önüne alındığında insan ilişkilerinde de önemli olabileceği, hekim ve hasta

ilişkisi açısından da ele alınabileceği düşünülmüştür. Literatür taraması sonrasında psikolojik sahiplenmenin diğer disiplinlerde araştırılmasına rağmen sağlık yönetimi ve sağlık sosyolojisi alanlarında çok fazla araştırılmadığı görülmüştür. Gerek kavramsal gerekse ampirik olarak ele alınmamış hekim sahiplenme olgusu incelenmeye ve bu doğrultuda da bireylerin hekim sahiplenme düzeylerini ölçen bir ölçme aracı geliştirmenin uygun olacağına karar verilmiştir.

Türkçe literatürde bu araştırma kapsamında çalışılan konuya benzer çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Ancak değişen ve gelişen sağlık sistemi ve sağlık hizmeti sunumuyla hekim hasta ilişkisi ve hekim hasta iletişimi daha önemli hale gelmesine rağmen bu ilişki ve iletişimden kaynaklanan bağlılık, sahiplenme gibi olgular tam olarak tespit edilmemiştir. Bu çalışmada da bireylerin hekim sahiplenme düzeylerini ve bu hekim sahiplenmenin hangi boyutlarda gerçekleştiğini belirlemeye yönelik bir ölçek geliştirilmiştir. Yapılan analizler sonucunda beş alt boyut ve otuz iki maddeden oluşan hekim sahiplenme ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak, ölçeğin geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu tespit edilmiştir.

Ölçek geliştirme süreciyle ilgili alanyazın incelenmiş, gerekli okumalar yapılmış ve süreç içerisinde de sürekli araştırmaya devam edilmiştir. Ölçek geliştirme aşamalarının genel olarak benzer olduğu görülmüştür (Murphy ve Davidshofer, 2005; Erkuş, 2007; Karakoç ve Dönmez, 2014; Seçer, 2015; Özdamar, 2017; Erkuş, 2019; Özer ve Yılmaz, 2020). Genel olarak görülen aşamalar özetle; madde havuzunun oluşturulması, uzman görüşünün alınması, ön deneme aşamasının gerçekleştirilmesi, geçerlilik çalışmalarının ve güvenilirlik analizlerinin gerçekleştirilmesi ve elde edilen ölçeğin gerçek toplum üzerinde yapılmasıdır (Özdamar, 2017; Erkuş, 2019). Bu çalışmada da ilgili fenomenin kavramsal alt yapısı belirlenerek nitel görüşmeler neticesinde madde havuzu oluşturulmuş, madde havuzu için uzman görüşleri alınmış, ön deneme aşaması yapılarak ölçeğin anlaşılabilirliği test edilmiştir. Geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılarak, ölçek Ankara ilinde yaşayan bireylerde uygulanmıştır. Ölçek geliştirilirken izlenen aşamaların, alanyazında mevcut olan aşamalarla benzerlik göstermesi doğru bir yol izlendiğini destekler niteliktedir.

Hekim sahiplenme ölçeğini bağlılık, korumacılık, öz kimlik, güven ve uyum olmak üzere beş alt boyut oluşturmaktadır. *Bağlılık Boyutu*, dokuz maddeden oluşan ve ölçekteki en fazla maddeye sahip olan boyuttur. Boyut içerisinde yer alan maddeler incelendiği zaman bireylerin hekimlerine karşı göstermiş oldukları sadakat, vefa ve bağlılık duyguları ön plana çıkmaktadır. Hekimlerine karşı sadakat ve bağlılık gösteren bireylerin hekimlerini değiştirme ihtimallerinin daha az olduğu görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında bağlılık boyutunun sahiplenme için önemli bir yeri olduğu ifade edilebilir. Ölçekteki puan ortalaması 1,00-1,80 aralığında ise çok düşük, 1,81-2,60 arasında ise düşük, 2,61-3,40 arasında orta, 3,41-4,20 arasında yüksek, 4,21-5,00 değerleri arasında ise çok yüksektir. Boyutun ortalama puanı 3,20 olduğu bulunmuştur. *Koruyuculuk Boyutu* yedi maddeden oluşmaktadır. Boyut içerisindeki maddeler incelendiğinde burada vurgulanmak istenilenin hekimi koruma ve savunma olduğudur. Koruma duygusu aslında bireyin hekime karşı duyduğu sahiplenme tutumunun davranışsal yaklaşımıdır. Bireylerin hekimleri için herhangi bir tehdit unsuru durumunda onları savunmaya geçmelerinin sahiplenmeyle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Ölçekteki puan ortalaması 1,00-1,80 aralığında ise çok düşük, 1,81-2,60 arasında ise düşük, 2,61-3,40 arasında orta, 3,41-4,20 arasında yüksek, 4,21-5,00 değerleri arasında ise çok yüksektir. Bu çalışmada koruyuculuk boyutunun ortalama puanı 3,70 olarak bulunmuştur. Boyuttan alınan puanın yüksek olması bireylerin hekimlerini koruma içgüdülerinin yüksek düzeyde olması anlamına gelmektedir. *Öz Kimlik Boyutu* altı maddeden oluşmaktadır. Bireyler sahiplendikleri şeylerle kendilerini tanımlayabilmektedir. Sahiplendikleri şeylere bağlanırlar ve kendilerini o şeye entegre edebilirler. Bu boyutu oluşturan maddeler incelendiğinde de bireylerin sahiplenme tutumu gösterdikleri hekimleri kendilerine yakın hissettikleri ve onların başarılarını içselleştirebildikleri vurgulanmaktadır. Birey sahiplendiği şeyi kendisinin gibi hissettiği zaman sosyal ve duygusal ihtiyaçları karşılanmaktadır. Hastalık sürecinde de psikolojik olarak iyi bir ruh halinin önemli olduğu düşünülmektedir. Bu açıdan bireyin hekimini kendisine yakın hissetmesi hastalık sürecinin başarıyla yürütülmesini sağlayacaktır. Bu noktada boyutun önem derecesi ortaya çıkmaktadır. Ölçekteki puan ortalaması 1,00-1,80 aralığında ise çok düşük, 1,81-2,60 arasında ise düşük, 2,61-3,40 arasında orta, 3,41-4,20 arasında yüksek, 4,21-5,00 değerleri arasında ise çok yüksektir. Araştırmada Öz kimlik boyutunun ortalama puan 3,31 olarak

tespit edilmiştir. *Güven Boyutu* da altı maddeden oluşmaktadır. Güven duygusu sosyal yapılarıdaki ve ilişkilerdeki karmaşıklığı azaltan, uyumun ve iletişimin devamlılığını sağlayan önemli bir unsurdur. Bu duygu hekimler ve hastalar arasındaki iletişimin ve ilişkinin kalitesini belirlemede, etkin bir sağlık hizmeti sunumunda, tedavi ve bakım sürecinin başarılı ilerlemesinde önemli rol oynamaktadır. Hastanın bir hekimi tercih etmesinde ve sahiplenmesinde ona duyduğu güvenin önemli bir payı olduğu düşünülmektedir. Çünkü hekimlerine güven duymayan hastaların tedavi sürecini yarıda bıraktıkları, hekimlerini tekrar tercih etmedikleri gözlenmektedir. Bu açıdan boyutun önemli olduğu görülmektedir. Ölçekteki puan ortalaması 1,00-1,80 aralığında ise çok düşük, 1,81-2,60 arasında ise düşük, 2,61-3,40 arasında orta, 3,41-4,20 arasında yüksek, 4,21-5,00 değerleri arasında ise çok yüksektir. Bu çalışmada güven boyutunun ortalama puanı 4,17 olarak bulunmuştur. Güven boyutundan yüksek puan alınması bireylerin hekimlerine yüksek düzeyde güven duydukları anlamına gelmektedir. *Uyum Boyutu* ölçeğin son boyutudur. Boyut incelendiğinde boyutu oluşturan dört madde olduğu görülmektedir. Hastalarda uyum davranışı hastanın kendisine önerilen tedavi kabul etmesi ve sürdürmesi anlamına gelmektedir. Hasta hekimin kullanmasını istediği ilaçları kullanarak, hastalık sürecinde dikkat etmesi gereken noktalara dikkat ederek, sağlığına uygun ve geliştirici davranışlarda bulunarak uyum davranışı sergilemektedir. Ölçeğin uyum boyutu da hastaların uyum düzeylerini ölçmeyi hedeflemesi açısından önemli bir boyut olduğu yorumu yapılabilir. Ölçekteki puan ortalaması 1,00-1,80 aralığında ise çok düşük, 1,81-2,60 arasında ise düşük, 2,61-3,40 arasında orta, 3,41-4,20 arasında yüksek, 4,21-5,00 değerleri arasında ise çok yüksektir. Bu çalışmadan elde edilen uyum boyutu ortalama puanı 4.36'dır. Uyum boyutundan yüksek puan alınması bireylerin hekimlerinin kendilerinden istediklerine ve onların önerilerine yüksek düzeyde uyum gösterdikleri şeklinde değerlendirilmektedir.

Bu ölçek hekimine belirli süre (en az 1 yıldır aynı hekime giden ya da en az 5 defa aynı hekimden tedavi hizmeti alan) giden bireylerde kullanılabilir niteliktedir. Gelecekte bu ölçek ile yapılacak olan çalışmalarda çeşitli hastalıkların hekim sahiplenmedeki rolleri, etkili hekim ve hasta iletişiminde bireyin hekimi sahiplenme tutumunun etkisi, hekim ve hasta ilişkisinde hekim sahiplenmenin önemi, ağır hastalıkların kabullenilmesinde hekim sahiplenmenin etkisi gibi farklı çalışmalar yürütülebilir.

Etik Kurul İzni: Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Etik Kurulunun E-87432956-050.99-62560 numaralı, 01.06.2021 tarihli ve 51/7 sayılı kararı ile "etik kurul onayı" alınmıştır.

KAYNAKLAR

- Akça, K. (2015). Anayasa mahkemesi kararlarında mülkiyet hakkı. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi Özel Sayı*, 6(3), 543-596.
- Asatryan, V. S., & Oh, H. (2008). Psychological ownership theory: An exploratory application in the restaurant industry. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 32(3), 363-386.
- Babu, M. A., Rosenow, J. M., & Nahed, B. V. (2011). Physician-owned hospitals, neurosurgeons, and disclosure: Lessons from law and the literature. *Neurosurgery*, 68(6), 1724-1732.
- Bentler, P. M., & Bonett, D. G. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88(3), 588-606.
- Beveridge, R. M. A., Berg, C., J. Wiebe, D., & L. Palmer, D. (2005). Mother and adolescent representations of illness ownership and stressful events surrounding diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(8), 818-827.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. The Guilford Press.
- Büyüköztürk, Ş. (2002). Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 32, 470-483.

- Büyüköztürk, Ş. (2020). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı*. Pegem Akademi Yayıncılık.
- Carlson, M., & Mulaik, S. A. (1993). Trait ratings from descriptions of behavior as mediated by components of meaning. *Multivariate Behavioral Research*, 28(1), 111-159.
- Casalino, L. P., Devers, K. J., & Brewster, L. R. (2003). Focused factories? Physician-owned specialty facilities. *Health Affairs*, 22(6), 56-67.
- Comrey, A. L., & Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*. NJ: Lawrence Erlbaum.
- Conway, C. A. (2010). Physician ownership of hospitals significantly impacted by health care reform legislation. *Health Law Perspectives*. University of Houston Health Law and Policy.
- Cram, F., & Paton, H. (1993). Personal possessions and self-identity: The experiences of elderly women in three residential settings. *Australian Journal on Ageing*, 12(1), 19-24.
- Çokluk, Ö., Şekercioğlu, G., & Büyüköztürk, Ş. (2021). *Sosyal bilimler için çok değişkenli istatistik spss ve lisrel uygulamaları*. Pegem Akademi Yayıncılık.
- DeVellis, R. F. (2017). *Ölçek geliştirme kuram ve uygulamalar*. (Çev. Tarık Toran). Atalay Matbaacılık.
- Doğan, T. (2015). Kısa psikolojik sağlamlık ölçeği'nin türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenirlik çalışması. *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 93-102.
- Erkuş, A. (2007). Ölçek geliştirme ve uyarlama çalışmalarında karşılaşılan sorunlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 13(40), 17-25.
- Erkuş, A. (2019). *Psikolojide ölçme ve ölçek geliştirme-I*. Pegem Akademi Yayıncılık.
- Etzioni, A. (1991). The socio-economics of property. *Journal of Social Behavior and Personality*, 6, 465-468.
- Fabrigar, L. R., Wegener, D. T., MacCallum, R. C., & Strahan, E. J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272-299.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. Sage publications.
- Fornell C., & Larcker DF. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of Marketing Research*, 18(1), 39-50.
- Gürbüz, S., & Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri*. Seçkin Yayıncılık.
- Henson, R. K., & Roberts, J. K. (2006). Use of exploratory factor analysis in published research: Common errors and some comment on improved practice. *Educational and Psychological Measurement*, 66(3), 393-416.
- Hu, L., & Bentler, P. M. (1999). Cut off criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55.
- Iglehart, J. K. (1989). The debate over physician ownership of health care facilities. *New England Journal of Medicine*, 321(3), 198-204.
- Kahn, C. N. (2006). Intolerable risk, irreparable harm: The legacy of physician-owned specialty hospitals. *Health Affairs*, 25(1), 130-133.

- Kalmaz, M., & Tozkoparan, G. (2020). Psikolojik sahiplenmenin çalışanların ekstra rol davranışı üzerine etkisi: özel sektörde bir araştırma. *İzmir İktisat Dergisi*, 35(2), 255-270.
- Kalmaz, M. (2019). *Psikolojik sahiplenmenin çalışanların ekstra rol davranışı üzerine etkisi: Özel sektörde bir araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, İzmir.
- Karakoç, F. Y., & Dönmez, L. (2014). Ölçek geliştirme çalışmalarında temel ilkeler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 40, 39-49.
- Karnilowicz, W. (2010). Identity and psychological ownership in chronic illness and disease state. *European Journal of Cancer Care*, 20(2), 276-282.
- Lapa, Y. T., Serdar, E., Kaas Tercan, E., Çakır, O. V., & Köse, E. (2020). Rekreasyonda algılanan sağlık çıktıları ölçeğinin türkçe versiyonunun psikometrik özellikleri. *Spor Bilimleri Dergisi*, 31(2), 83-95.
- Mayhew, M. G., Ashkanasy, N. M., Bramble, T., & Gardner, J. (2007). A study of the antecedents and consequences of psychological ownership in organizational settings. *The Journal of Social Psychology*, 147(5), 477-500.
- McDonald, R. P., & Ho, M.-H. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods*, 7(1), 64-82.
- Meydan, H. C., & Şeşen, H. (2011). *Yapısal eşitlik modellemesi Amos uygulamaları*. Detay Yayıncılık.
- Mifsud, M., Molines, M., Cases, A.-S., & N'Goala, G. (2019). It's my health care program: Enhancing patient adherence through psychological ownership. *Social Science & Medicine*, 232, 307-315.
- Mitchell, J. M., & Sunshine, J. H. (1992). Consequences of physicians' ownership of health care facilities- joint ventures in radiation therapy. *New England Journal of Medicine*, 327(21), 1497-1501.
- Mitchell, J. M. (2007). Utilization changes following market entry by physician-owned specialty hospitals. *Medical Care Research and Review*, 64(4), 395-415.
- Murphy, K., & Davidshofer, C. O. (2005). *Psychological testing: Principles and applications*. Pearson, Upper Saddle River.
- Olckers, C. (2011). *A Multi-Dimensional Measure of Psychological Ownership for South African Organizations*. Unpublished Doctoral Thesis, South Africa: University of Pretoria Faculty of Economic and Management Sciences, South Africa.
- Özdamar, K. (2017). *Ölçek ve test geliştirme yapısal eşitlik modellemesi*. Nisan Kitabevi.
- Özer, E., & Yılmaz, N. (2020). Sağlıklı yaşam farkındalığı: Bir ölçek geliştirme çalışması. *Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Dergisi*, 3(1), 47-60.
- Parker, S. K., Williams, H. M., & Turner, N. (2006). Modeling the antecedents of proactive behavior at work. *Journal of Applied Psychology*, 91(3), 636-652.
- Parkin, Michale. (2003). *Economics*. Addison Wesley.
- Peng, H., & Pierce, J. (2015). Job- and organization-based psychological ownership: Relationship and outcomes. *Journal of Managerial Psychology*, 30(2), 151-168.

- Pierce, J. L., & Jussila, I. (2009). Collective psychological ownership within the work and organizational context: Construct introduction and elaboration. *Journal of Organizational Behavior*, 31(6), 810-834.
- Pierce, J. L., Kostova, T., & Dirks, K. T. (2001). Toward a theory of psychological ownership in organizations. *Academy of Management Review*, 26(2), 298-310.
- Pierce, J. L., Kostova, T., & Dirks, K. T. (2003). The state of psychological ownership: integrating and extending a century of research. *Review of General Psychology*, 7(1), 84-107.
- Pierce, J. L., Rubenfeld, S. A., & Morgan, S. (1991). Employee ownership: A conceptual model of process and effects. *The Academy of Management Review*, 16(1), 121-144.
- Pierce, J. L., & Jussila, L. (2011). *Psychological ownership and the organizational context: Theory, research evidence, and application*. UK: Edward Elgar Publishing.
- Shevlin, M., & Miles, J. N. V. (1998). Effects of sample size, model specification and factor loadings on the gfi in confirmatory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 25, 85-90.
- Strope, S. A., Daignault, S., Hollingsworth, J. M., Ze, Z., Wei, J. T., & Hollenbeck, B. K. (2009). Physician ownership of ambulatory surgery centers and practice patterns for urological surgery: Evidence from the state of florida. *Medical Care*, 47(4), 403-410.
- Seçer, İ. (2015). *SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi analiz ve raporlaştırma*. Anı Yayıncılık.
- Seçer, İ. (2017). *SPSS ve LISREL ile pratik veri analizi analiz ve raporlaştırma*. Anı Yayıncılık.
- Şengül, H., & Bulut, A. (2020). Tıbbi güvensizlik ölçeği ve doktora güven ölçeğinin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *International Social Sciences Studies Journal*, 6(62), 1956-1964.
- Tinsley, H. E. A., & Kass, R. A. (1979). The latent structure of the need satisfying properties of leisure activities. *Journal of Leisure Research*, 11(4), 278-291.
- Uçar, Z. (2018). Psikolojik sahiplik olgusunu örgütsel düzlemde ölçmek için ölçek geliştirme çalışması. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 10(3), 640-654.
- Ünal, Ö. (2016). *Hasta hekim iletişiminin hastanın hekim bağlılığına ve hastane bağlılığına etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sakarya.
- Van Dyne L., & Pierce J. L. (2004). Psychological ownership and feelings of possession: Three field studies predicting employee attitudes and organizational citizenship behavior. *Journal of Organizational Behaviour*, 25, 439-459.
- Vandewalle, D., Van Dyne, L., & Kostova, T., (1995). Psychological ownership: An empirical examination of its consequences. *Group & Organization Management*, 20(2), 210-226.
- Yaşhoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.

COVID-19 PANDEMİSİ, SAĞLIK OKURYAZARLIĞININ ARTAN ÖNEMİ VE SEÇİLMİŞ OECD ÜLKELERİ ÜZERİNE EKONOMİK BİR DEĞERLENDİRME

Nihal KALAYCI OFLAZ *

ÖZ

Toplumların Covid-19 pandemisiyle verdikleri mücadelede bireylerin tutumları ve pandemi ile ilgili kullanılan tıbbi terminolojiyi anlamaları açısından sağlık okuryazarlığı konusunun önemi artmıştır. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığının Covid-19 pandemisi sürecindeki önemi ele alınmış ve konunun sağlık ekonomisinin temel ekonomik verilerinden biri olan sağlık harcamaları ile ilişkisi yanında kişi başına gelir düzeyi ve Gini indeksi gibi ekonomik veriler ile olan ilişkisinin analiz edilmesi amaçlanmıştır. Bununla birlikte pandemiye ilişkin vaka sayıları, vefat sayıları, aşılanma oranları gibi veriler de sağlık okuryazarlığı ile olan ilişkisi açısından değerlendirilmiştir. Bu amaçla çalışmada 18 OECD ülkesi seçilmiş olup, bu ülkelere ilişkin veriler, Türkiye İstatistik Kurumu, Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve uluslararası kurumların açık erişim verilerinden elde edilmiştir. Veriler doğrultusunda, seçilmiş ülkelerin genelinde bireyler arasında sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygınlığının vaka ve vefat sayılarının artışında etkili olduğu ve bu ülkelerde ekonomik eşitsizliğin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu tüm ülkelerde Gini indeksinin adaletsiz bir dağılım sergilediği söylenememektedir. Bunun yanında, kişi başına düşen gelir düzeyinin ya da sağlık harcamaları için ayrılan payın yüksek olduğu ülkelerde gelir dağılımının daha adil ya da sağlık okuryazarlığının daha gelişmiş olduğunu gösteren bir faktör de tespit edilememiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık ekonomisi, sağlık harcamaları, sağlık okuryazarlığı, Covid-19.

MAKALE HAKKINDA

* Dr. Öğretim Üyesi, İstanbul Medipol Üniversitesi, İşletme ve Yönetim Bilimleri Fakültesi, Uluslararası Ticaret ve Finansman Bölümü, nkalayci@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8252-5868>

Gönderim Tarihi: 31.08.2021

Kabul Tarihi: 10.01.2022

Atıfta Bulunmak İçin:

Kalaycı Oflaz, N. (2022). Covid-19 Pandemisi, Sağlık Okuryazarlığının Artan Önemi ve Seçilmiş OECD Ülkeleri Üzerine Ekonomik Bir Değerlendirme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 233-254

THE COVID-19 PANDEMIC, THE RISING IMPORTANCE OF HEALTH LITERACY AND AN ECONOMIC ASSESSMENT ON SELECTED OECD COUNTRIES

Nihal KALAYCI OFLAZ *

ABSTRACT

The importance of health literacy has increased in terms of individuals' attitudes and understanding of the medical terminology used in the fight against the Covid-19 pandemic by societies. In this study, the importance of health literacy in the Covid-19 pandemic process was discussed and it was aimed to analyze the relationship of the subject with health expenditures, which is one of the basic economic data of health economics, as well as economic data such as per capita income level and Gini index. In addition, data such as the number of cases, death numbers, vaccination rates related to the pandemic were also evaluated in terms of their relationship with health literacy. For this purpose, 18 OECD countries were selected in the study. The data on these countries were obtained from the Turkish Statistical Institute, the Ministry of Health of the Republic of Turkey, and open access data of international institutions. In line with the data, it has been determined that the prevalence of insufficient health literacy among individuals in selected countries is effective in the increase in the number of cases and deaths, and economic inequality is also high in these countries. As a result, the Gini index exhibits an unequal distribution in all countries where health literacy is insufficient. In addition to this, a factor indicating that the income distribution is more equitable or the health literacy is more developed in countries where the per capita income level or the share allocated for health expenditures is high could not be determined.

Keywords: Health economics, health expenditures, health literacy, Covid-19.

ARTICLE INFO

* Dr., Istanbul Medipol University, Medipol Business School, Department of International Trade and Finance, nkalayci@medipol.edu.tr



<https://orcid.org/0000-0002-8252-5868>

Received: 31.08.2021

Accepted: 10.01.2022

Cite This Paper:

Kalayci Ofiaz, N. (2022). Covid-19 Pandemisi, Sağlık Okuryazarlığının Artan Önemi ve Seçilmiş OECD Ülkeleri Üzerine Ekonomik Bir Değerlendirme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 25(1), 233-254

I. GİRİŞ

Küreselleşmenin etkisiyle sınır ötesi faaliyetlerin ve dolayısıyla insan hareketliliğinin artması Covid-19 pandemisinde de deneyimlediğimiz gibi, bulaşıcı hastalıkların da ülkeler arasında geçiş yapabilmesi olasılığını artırmaktadır (Abdel-Latif, 2020). Küreselleşen mal ve hizmetler arasında değerlendirilen sağlık hizmetlerinin (Ulun, A.B., 2020) en önemli bileşeni halk sağlığı olup, halk sağlığına etki eden temel faktörlerden biri ise sağlık okuryazarlığıdır (Aslan vd., 2017). Sağlık okuryazarlığının yetersizliği toplum sağlığına; genel sağlık düzeyinde düşüklük, koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi hizmetlerinden yararlanmada sorunlar, kronik hastalıkları yönetmede ve kişisel bakımda yetersizlik, ilaç kullanımında yanlışlıklar, sağlık harcamalarında artış, sağlık hizmetlerine ulaşımında zorluk, sağlık durumundaki kötüleşmeyi fark edememe, sağlığa ilişkin mesajları algılayamama, tıbbi öneri ve/veya talimatlara uyumda sorunlar yaşama, hastanede yatış sürelerinin uzaması, gereksiz acil servis kullanımı gibi etkilerin yanında, maliyetli sağlık hizmetlerinden yararlanmada artış ve mortalite yüksekliği gibi sonuçlara neden olmaktadır (Abdel-Latif, 2020; Aslan vd., 2017; Göncü Şavran, 2018; Tözün ve Sözmén, 2014).

Pandemi süreci, sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin küresel olarak hafife alınan bir halk sağlığı sorunu olduğunu açığa çıkartmış olup (Paakkari ve Okan, 2020), sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin benzeri bir pandemi riskine karşı halk sağlığı politikalarını güçlendirebilmek adına oldukça önem kazandığını göstermiştir (Abel ve McQueen, 2020). Bununla birlikte Covid-19 pandemisi sürecine sağlık ekonomisi perspektifinden bakıldığında sağlık ile ilgili en temel ekonomik veriler olan; sağlık harcamaları ve sağlığa ayrılan bütçelerin değerlendirilmesi yanında sağlık ile ilişkili göstergeler açısından gelir eşitsizliğinin etkisini de analiz edebilmek oldukça önemlidir. GSYİH'nin yüzdesi olarak daha büyük sağlık bütçelerine sahip ülkelerde halk sağlığı için daha fazla bütçe ayrıldığı, bu ülkelerde vakaların ve ölümlerin daha doğru bir şekilde takip edilebildiği ve milyon nüfus başına daha fazla test yapıldığı tespit edilmiştir (Khan vd., 2020). Pandemiye bağlı vaka ve vefat sayılarının Gini katsayısı ve kişi başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla değişkenleri ile olan ilişkisi açısından ele alındığı bir çalışmada yüksek düzeyde ekonomik eşitsizliğe sahip gelişmiş ülkelerde daha yüksek sayıda vaka sayılarının görüldüğü tespit edilmiştir (Vera-Valdes, 2021).

Çalışmanın amacı, sağlık harcamaları için GSYİH'dan ayrılan payın ve bunun yanında gelir eşitsizliğine ilişkin göstergelerin pandemiye ilişkin veriler (test sayısı, vaka sayısı, vefat sayısı ve aşılama ile ilişkin bilgiler) ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile olan ilişkisini incelemektir. Bu doğrultuda, seçilmiş 18 OECD ülkesinde (ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsviçre, İtalya, Japonya, Kanada, Polonya, Portekiz, Slovenya, Türkiye ve Yunanistan) sağlık okuryazarlığının pandemi ile ilişkisi üzerine ekonomik bir değerlendirme yapılması hedeflenmektedir. Bu amacı gerçekleştirmek üzere, yukarıda belirtilen OECD ülkelerinde daha önce sağlık okuryazarlığına ilişkin yürütülmüş çalışmalardan yararlanılmıştır. Bu çalışmalarda genel beceri anketleri (örneğin³PIAAC) veya sağlık okuryazarlığına özgü geliştirilmiş anketler (örneğin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı anketi) kullanılarak sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçülmüştür (Moreira, 2018). Bu ülkelerin seçilmesinin temel sebebi sağlık okuryazarlığına ilişkin düzey belirleme çalışmalarının karşılaştırılabilir ölçütler ile yürütülmüş olmasıdır.

Çalışmada belirtilen OECD ülkelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, GSYİH'dan sağlık harcamaları için ayırdıkları pay, Covid-19 pandemisindeki vaka sayıları, vefat sayıları, kişi başına gelir ve Gini indeksi gibi parametreler göz önünde bulundurularak karşılaştırılmış ve dikkat çeken noktalar açıklanmaya çalışılmıştır.

³ PIAAC: Programın adı Uluslararası Yetişkin Yeterliliklerini Değerlendirme Programı (PIAAC)'dır. Yetişkin becerilerinin değerlendirilmesi ve analizine yönelik bir program olup, yürütülen bir anket ile, yetişkinlerin temel bilgi işleme becerilerindeki okuryazarlık, matematik ve problem çözme yeterliliği ölçümlenmektedir. Uluslararası anket 40'tan fazla ülkede/ekonomide yürütülmekte ve bireylerin topluma katılımı ile ekonomilerin gelişmesi için gereken temel bilişsel ve işyeri becerilerini ölçümlenmektedir (OECD (2021f), <https://www.oecd.org/skills/piaac/>, 13.08.2021).

II. KONU HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Çalışmanın amacı, sağlık harcamaları için GSYİH'dan ayrılan payın ve bunun yanında gelir eşitsizliğine ilişkin göstergelerin pandemiye ilişkin veriler ve sağlık okuryazarlığı düzeyi ile olan ilişkisini incelemek olduğu için bu çalışmayla cevaplanması amaçlanan araştırma soruları; Covid-19 pandemi sürecinde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin neden önemli hale geldiği ve pandemiye ilişkin verilerin, sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersizliği ve sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir, kişi başına düşen sağlık harcaması ve Gini katsayısı gibi ekonomik göstergeler ile olan ilişkisinin tespitine yöneliktir. Bu amaçla birinci bölümde öncelikle sağlık okuryazarlığı kavramı ve sağlık harcamaları ile olan bağlantısı açıklanarak Dünya'da ve Türkiye'de sağlık okuryazarlığı ile ilgili genel bir bilgilendirme yapılmıştır. İkinci bölümde, pandemiye ilişkin bilgiler verilerek ekonomiye ve sektörlere olan etkisi özellikle sağlık sektörü bağlamında ele alınarak sağlık harcamalarına olan etkileri değerlendirilmiştir. Son bölümde, pandeminin sağlık okuryazarlığı, sağlık harcamaları, kişi başına düşen gelir, kişi başına düşen sağlık harcaması ve Gini indeksi ile olan ilişkisine yönelik veriler ve çalışmanın sonucunda elde edilen bulgular değerlendirilerek, gelecekte yapılacak olan çalışmalara ilişkin önerilere yer verilmiştir.

III. YÖNTEM

Covid-19 pandemisine ilişkin veriler ile seçilen OECD ülkelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri, GSYİH'dan sağlık harcamaları için ayırdıkları pay, Covid-19 pandemisindeki vaka sayıları, vefat sayıları, kişi başına gelir ve Gini indeksi gibi parametreler incelenmiş ve nitel bir çalışma yürütülerek durum analizi yapılmıştır. Çalışmada kullanılan sayısal bilgilerin derlenmesinde ikincil veri kaynaklarından yararlanılmıştır. Bu kaynaklar, Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve uluslararası kurumların açık erişim verilerinden elde edilmiştir.

IV. BULGULAR

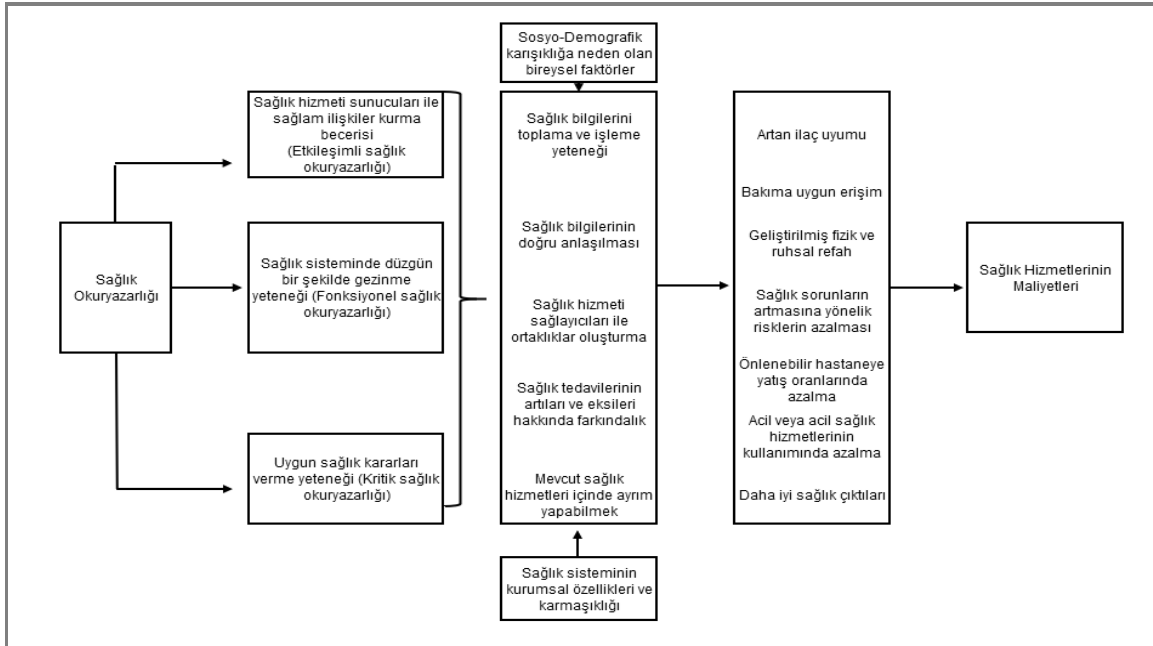
Sağlık okuryazarlığına ilişkin pek çok tanım bulunmaktadır. Bu tanımlar arasında en yaygın kullanılanı sağlık okuryazarlığının: *“bireylerin uygun sağlık kararları vermek için gereken temel sağlık bilgilerini ve hizmetlerini edinme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi”* olarak ifade edilmesidir (Coughlan vd., 2013; Nielsen-Bohman vd., 2004; Ratzan ve Parker, 2000). Bir diğer tanımlamaya göre sağlık okuryazarlığı; insanların sağlıkları ile ilgili bilinçli seçimler yapmak, sağlığa yönelik riskleri azaltmak ve yaşam kalitesini artırmak adına sağlıkla ilişkili bilgileri ve kavramları aramak, anlamak, değerlendirmek ve kullanmak için geliştirdikleri beceri ve yeterlilikler olarak görülmektedir (Zarcadoolas vd.,2005).

Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü (T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011) ise sağlık okuryazarlığını: *“Bireylerin sağlıkla ilgili bilgilere ulaşması, bu bilgileri anlaması ve bu bilgileri sağlıkla ilgili kararlarında kullanabilmesi için gerekli olan zihinsel ve sosyal becerileri”* olarak ifade etmektedir. Yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bir birey, kendi sağlığının yanı sıra aile sağlığı ve toplum sağlığı için de sorumluluk alma becerisine muktedir görülmektedir (Sorensen vd., 2012). Sağlık okuryazarlığı, birey, aile ve toplum sağlığı yanında politika yapıcılar ve sağlık hizmeti sunucuları için uygun halk sağlığı stratejilerinin geliştirilmesi ve sunulan sağlık hizmetlerini iyileştirmek amacıyla kullanacakları bir araç olarak da görülmektedir (Australian Bureau of Statistics, 2018). Bu nedenle toplumların sağlık okuryazarlığının düzeyinin belirlenmesi ve bu düzeyin nasıl belirleneceği önem kazanmaktadır. Bu amaçla, kullanıldığı kesimin özelliklerine göre belirlenen çeşitli ölçeklerden yararlanılmaktadır. Bu ölçeklerden bazıları; Tıpta Yetişkin Okuryazarlığının Hızlı Tahmini (Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine, REALM), Yetişkinlerde İşlevsel Sağlık Okuryazarlığı Testi (Test of Functional Health Literacy in Adults, TOFHLA), En Yeni Yaşamsal Belirteç (Newest Vital Sign, NVS), Avrupa Sağlık Okuryazarlığı Araştırması Anketi (European Health Literacy Survey, HLS-EU-Q)'dir (Ertuğrul ve Albayrak, 2020).

Sağlık okuryazarlığının yetersizliği bireyin yaşam kalitesine etki etmesi ve olumsuz sağlık sonuçlarına neden olmasından dolayı bir risk faktörü olarak görülürken, gelişmiş bir sağlık okuryazarlığı bilinci ise kronik hastalıkların yönetiminde oldukça önemli olup, sağlıkta eşitsizlikleri gidermede etkin bir araç olarak görülmektedir. Bu nedenlerle de halk sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (Gözlü, 2020). Sağlık okuryazarlığının yetersizliği, yaşlı yetişkinlerde ve eğitim düzeyinin düşük olduğu bireylerde daha ciddi sorunlar ile karşılaşılmasına neden olmaktadır (Nielsen-Bohlman vd., 2004). Bununla birlikte sağlık okuryazarlığının yetersizliği sağlık harcamalarının maliyetlerini artıran bir faktör olarak görülmektedir (Dukic vd., 2013; Palumbo, 2017; Cafferkey ve Doyle, 2011; Vernon vd., 2007; Vernon, 2010).

Amerika'da yürütülen ampirik bir çalışmanın bulgularına göre sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin ABD ekonomisine her yıl 236 milyar dolara mal olduğu tahmin edilmektedir. Bu rakam toplam sağlık bütçesinin %7'si ile %17'si arasında değişiklik göstermektedir (Vernon vd., 2007). Kanada'da yetersiz sağlık okuryazarlığının yıllık maliyetinin toplam sağlık bütçesinin %3-5'i olduğu tahmin edilmektedir (Papadacos vd., 2021). Sağlık okuryazarlığının yetersizliği, sağlık harcamalarında ek maliyet artışlarına neden olurken tam tersine sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlık hizmetlerinden daha etkin yararlanarak maliyet tasarrufları elde edilmesine katkı sağlamaktadır (Biçer ve Malatyacı, 2018). Yetersiz sağlık okuryazarlığının beklenen tıbbi maliyetlerinin ele alındığı bir araştırmada, sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin Çin'in Ningbo kentinde yaşayan tipik bir bireyin beklenen tıbbi harcamasının %10'una (176 yuan) mal olacağı tahmin edilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin %21'den %30'a çıkması (2030'a kadar hedeflenen düzey) Ningbo'daki toplam cepten yapılan tıbbi harcamanın 0,9 milyar yuan azalmasına neden olacağı beklenmektedir (Liu vd., 2021). Sağlık okuryazarlığı ve tıbbi bakım maliyetleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, sınırlı ve yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip kişilerin sağlık okuryazarlığının geliştirilmesine yönelik ihtiyaçlarının karşılanması ile bu nüfus için toplam sağlık maliyetlerinin yaklaşık %8'i kadar potansiyel ekonomik tasarruf sağlanabileceği tespit edilmiştir (Haun vd., 2015). Amerika'da yürütülen bir çalışmada ise yalnızca Medicare yararlanıcıları için sağlık okuryazarlığının iyileştirilmesinin yaklaşık 1 milyon hastane ziyaretini önleyerek, sağlık sistemine yılda 25 milyar dolardan fazla tasarruf sağlayabileceği belirtilmektedir (Eramo, 2021). Sağlık okuryazarlığı ve sağlık hizmetlerinin maliyetleri arasındaki ilişki Şekil 1'de ele alınmıştır.

Şekil 1: Sağlık Okuryazarlığı ve Sağlık Hizmetlerinin Maliyetleri Arasındaki İlişki



Kaynak: Palumbo (2017)

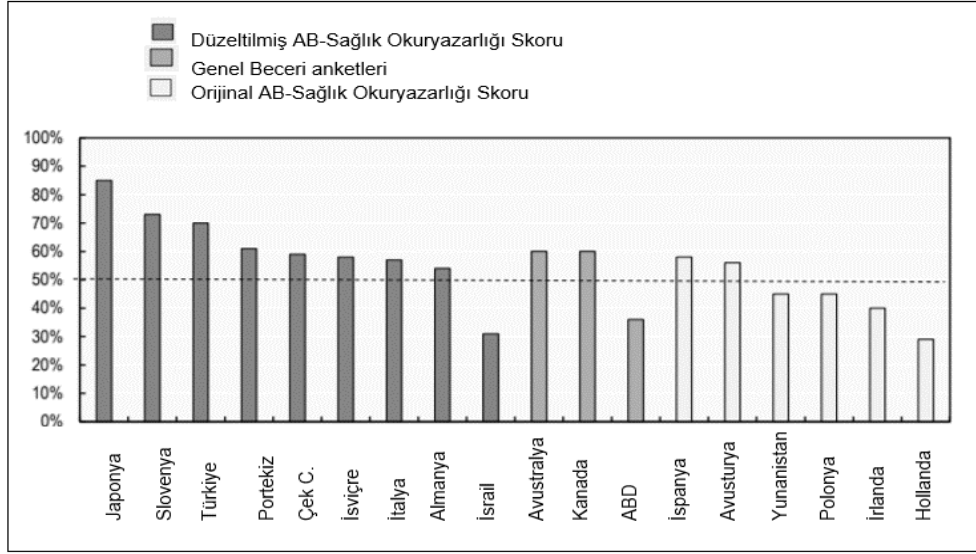
Şekil 1’de sağlık okuryazarlığına ilişkin üç beceri betimlenmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yeterli olmasının, sağlık profesyonelleri ile iş birliğine dayalı ve birlikte yaratıcı ilişkilerin kurulması (etkileşimli sağlık okuryazarlığı), sağlık bilgilerini toplama ve işleme kapasitesinin artması (fonksiyonel sağlık okuryazarlığı), mevcut sağlık tedavileri hakkında ileri düzeyde farkındalık sağlanması (kritik sağlık okuryazarlığı) gibi olumlu yansımaları olmaktadır. Sağlık okuryazarlığı düzeyi arttıkça hastaneye yatış oranlarının azalması, acil bakım kullanımının azalması gibi daha iyi sağlık sonuçları elde edilmekte ve sağlık maliyetlerinin azalmasına katkı sağlanmaktadır (Palumbo, 2017). Bu açıdan bakıldığında, sağlık okuryazarlığının yetersizliğine bağlı nedenlerle sağlık sisteminin yüklenmek zorunda olduğu ek maliyetleri engelleyebilmek için sağlık okuryazarlığının gelişimini destekleyecek önlemlerin alınması gerekmektedir.

4.1. Sağlık Okuryazarlığına İlişkin Küresel Görünüm

Dünya genelinde yaklaşık 776 milyon yetişkinin temel sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu bilinmektedir (Avcı ve Özkan, 2019). Sağlığın sosyal belirleyicilerinden biri olan ve giderek önem kazanan sağlık okuryazarlığına ilişkin çalışmalar Dünya genelinde artış göstermektedir. Şimdiye dek bu alanda yapılan çalışmalar büyük oranda Amerika’da yürütülmüştür. Bunun temel nedeni Amerika’da sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yetişkinler arasında yaygın bir problem olarak görülmesidir. ABD’li yetişkinlerin yalnızca yüzde 12’si profesyonel sağlık okuryazarlığına sahiptir (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Bu ülkede sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygınlığı; olumsuz sağlık sonuçları, sağlıkta eşitsizlikler, ırk, sosyoekonomik durum ve eğitim gibi faktörlerle ilişkilidir (Leslie vd., 2020).

Sağlık okuryazarlığına ilişkin çalışmalar Avrupa’da da yaygınlık göstermeye başlamıştır (Sørensen ve Wängdahl, 2019). Kanada, Danimarka, Avustralya, Filipinler, Almanya, Birleşik Krallık gibi ülkelerde sağlık okuryazarlığına ilişkin farklı ölçekler ve farklı perspektiflerden yapılan değerlendirmeler ile sağlık okuryazarlığının düzeyi ve sağlık okuryazarlığına etki eden faktörlere ilişkin çalışmalar yapılmıştır (Sykes ve Wills, 2019). Avrupa Birliği üyesi sekiz ülke için gerçekleştirilen Avrupa Birliği Sağlık Okuryazarlığı Anketinin bulgularına göre ankete katılım gösteren bireylerin %48’sinde sağlık okuryazarlığı düzeyinin sınırlı olduğu tespit edilmiştir (Sorensen vd., 2015). İskandinav ülkelerinde ise bu alanda yapılan çalışmaların yetersizliğinin farkındalığı ile 2012 yılında sağlık okuryazarlığı bilincinin geliştirilmesine yönelik İskandinav sağlık okuryazarlığı ağı kurulmuş olup, İskandinav bakış açısıyla araştırma, politika ve uygulamada ilerlemeler sağlamak için harekete geçilmiştir (Sørensen ve Wangdahl, 2019).

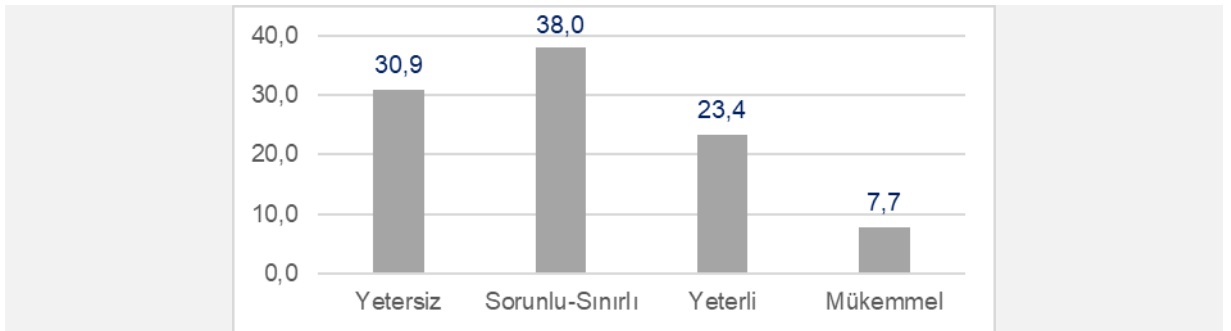
OECD üyesi 18 ülkeden elde edilen kanıtlara göre, OECD nüfusunun en az üçte birinin düşük sağlık okuryazarlığı seviyelerine sahip olabileceği belirtilmektedir. Japonya, Slovenya, Türkiye, Portekiz, Çek Cumhuriyeti, İsviçre, İtalya, Almanya, Avustralya, Kanada, İspanya ve Avusturya gibi ülkelerin nüfuslarının %50’sinden fazlası düşük sağlık okuryazarlığına sahiptir (Moreira, 2018). 18 OECD ülkesinde genel beceri anketleri (örneğin PIAAC) veya sağlık okuryazarlığına özgü geliştirilmiş anketler (örneğin Avrupa Sağlık Okuryazarlığı anketi) kullanılarak sağlık okuryazarlığı düzeyi ölçülmüştür (Moreira, 2018). Şekil 2’de OECD ülkelerinin sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin verileri paylaşılmıştır.

Şekil 2: OECD Ülkelerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeyleri

Kaynak: Moreira (2018)

Sağlık okuryazarlığına ilişkin verileri mevcut olan 18 OECD ülkesinden 12'sinde, bireylerin yarısından fazlasının sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu görülmektedir.

Türkiye'de ise sağlık okuryazarlığı ile ilgili düzey belirleme ve sağlık okuryazarlığına etki eden faktörlerin tespit edilmesine yönelik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Ulusal düzeyde Sağlık Bakanlığı tarafından TSOY-32⁴ ölçeği kullanılarak yürütülen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Çalışması (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018)'nin bulgularına, ülkemizde sağlık okuryazarlığının düzeylerini gösteren Şekil 3'de yer verilmiştir.

Şekil 3: Türkiye'de Sağlık Okuryazarlığı Düzeyinin Dağılımı, (%)

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018)

Türkiye'de nüfusun %30,9'unun sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz, %38'inin sorunlu-sınırlı, %23,4'ünün yeterli, %7,7'sinin ise mükemmel düzeydedir. Toplamda nüfusun %68,9'u sağlık

⁴ TSOY-32 ölçeği: iki boyut (Tedavi ve hizmet ve Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi) ile dört süreç (Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme, Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama) olmak üzere toplam sekiz bileşenden oluşan matris yapıda bir sağlık okuryazarlığı ölçeğidir. Avrupa'nın sağlık okuryazarlığı ölçeğinden Türkiye'nin yapısına göre geliştirilmiştir. Detaylı bilgi için bkz. (Abacıgil vd., 2016).

okuryazarlığı ile ilgili sorun yaşamaktadır. Aynı çalışmada, Ülkemizde yetersiz sağlık okuryazarlığı düzeyi sıklığı %30,9 olarak tespit edilmiş olup, sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin Türkiye ortalamasının üzerinde olduğu bölgeler, Güneydoğu Anadolu Bölgesi (%33,3), Akdeniz Bölgesi (%35), Ege Bölgesi (%37,9), Kuzeydoğu Anadolu Bölgesi (%42,7) ve Ortadoğu Anadolu (%54,2)'dir. İstanbul (%29,5), Batı Anadolu (%29,7) ve Doğu Karadeniz (%30,2) ise yetersiz sağlık okuryazarlığı sıklığı açısından Türkiye ortalamasının altında yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2018). Sağlık okuryazarlığının neden olduğu sağlık maliyetlerini belirlemek oldukça güç olmakla birlikte Sağlık Finansmanı Raporu (TÜSAP Sağlık Platformu, 2020)'nda, Türkiye'de hastalık yükünü azaltmada en etkili yöntemin sağlık okuryazarlığı ve sağlığın korunmasına yönelik teşvik, promosyon ve benzeri halk sağlığı uygulamalarının olduğu belirtilmiştir.

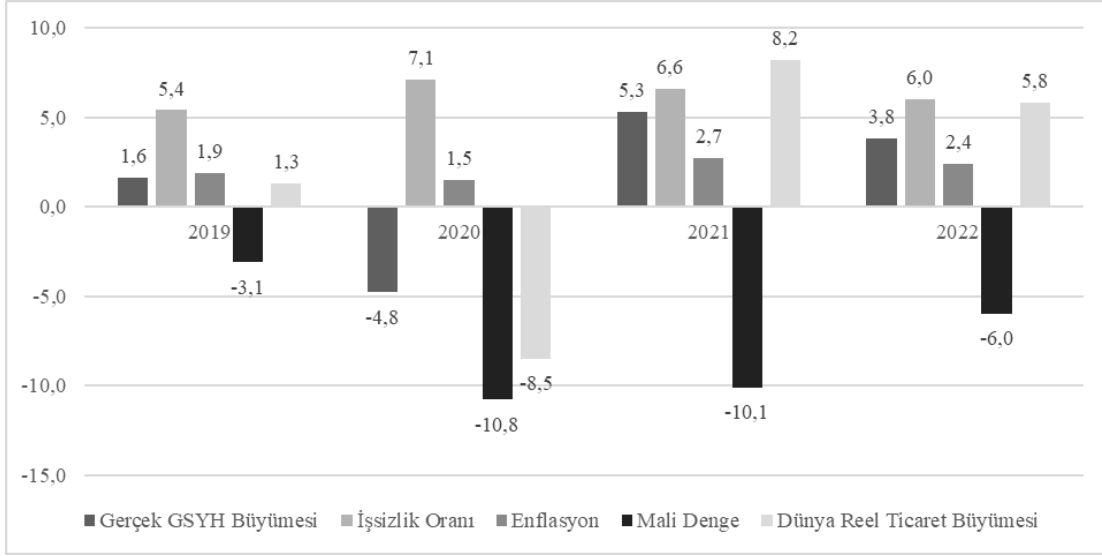
V. COVID-19 PANDEMİSİ

Covid-19 pandemisi 31 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan şehrinde hayvanlardan insanlara bulaştığı düşünülen bir virüs saptanması ile başlamıştır. Virüsün öksürme sonucunda oluşan damlacıklar ile insandan insana bulaştığı ve virüsün bulaştığı yüzeyler ile temas edilmesine bağlı olarak bulaş riskinin arttığı tespit edilmiştir (TÜBA, 2020). Virüsün küresel olarak yayılım göstermesi ile 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından bu hastalık Pandemi olarak ilan edilmiştir (World Health Organization, 2020). Aynı tarihte ülkemizde de ilk Covid-19 vakası tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2020). Covid-19 pandemisi dünya genelinde 4 milyona yakın insanın ölümüne neden olmuştur. Bu sayı her geçen gün artış göstermekle birlikte pandemi ile mücadele kapsamında küresel olarak 10.08.2021 tarihine kadar 2.950.104.812 aşı uygulaması gerçekleştirilmiştir (WHO, 2021). Dünya genelinde nüfusun %30,2'si en az bir doz Covid-19 aşısı alırken, %15,6'sı ise tam aşıdır (Our World in Data, 2021).

Pandeminin ilanı ile dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de ekonomik, sosyal ve kültürel hayata etki eden pek çok tedbir alınmıştır. Bu tedbirlere kronolojik olarak yer vermek bu çalışmanın sınırları içerisinde mümkün olmamakla birlikte bulaş riskinin önlenmesini sağlamak için alınan tedbirlerden bazıları; her eğitim kademesinde eğitim ve öğretime ara verilmesi ve süreçte uzaktan eğitime geçilmesi, insanların bir araya gelmesini engelleyecek mekanların kapatılması, seyahat engelleri, çalışma saatlerinin esnetilmesi, sokağa çıkma yasakları gibi uygulamalardan oluşmaktadır (Güngör, 2020). Alınan tedbirlerin hareket noktası insanlar arasındaki ilişkinin en aza indirgenerek bulaş riskinin minimize edilmesidir. Bu amaçla sağlık okuryazarlığı ile birebir ilişkili olan "maske", "fiziksel mesafe" ve "kişisel hijyen" kurallarına uyum tüm dünyada uyulması gereken temel kurallar olarak ilan edilmiştir. Pandemi ortamında bireylerin pandemiden koruyucu davranışları uygulayabilmesi yanında, paylaşılan tıbbi bilgileri ve pandemiye ilişkin terminolojiyi anlayabilmesi de önem kazanmıştır (Akbal ve Gökler, 2020).

5.1. Covid-19 Pandemisinin Ekonomiye Etkileri

Covid-19 Pandemisi ile mücadele etmek için alınan tedbirler ülkelerin ekonomik göstergelerinin olumsuz etkilenmesine neden olmuştur. Büyüme oranı, işsizlik, enflasyon, mali denge ve dış ticaret gibi göstergelerde meydana gelen olumsuz değişime ve 2021-2022 yılları için iyileşme beklentilerine OECD ülkeleri temel alınarak Şekil 4'te gösterilmiştir.

Şekil 4: Ekonomik Göstergeler, OECD

Kaynak: OECD (2021a)

Şekil 4'te yer aldığı gibi 2019 yılı ile kıyaslandığında Pandeminin etkilerinin en yoğun hissedildiği dönem olan 2020'de en olumsuz etkilenen göstergeler büyüme, mali denge ve ticaret büyümesidir. Bu göstergelerin negatife dönmesinin en temel sebebi alınan kısıtlama tedbirleri ile tüm dünyada üretim düzeyinin yavaşlaması ve uluslararası ticari faaliyetlerin yavaşlamasıdır. Mali dengedeki daralmanın nedeni ise bireylere ve şirketlere verilen desteklerin bu dönemde artış göstermesidir. Küresel açıdan istihdam verileri değerlendirildiğinde, 2020 yılında istihdamda yaşanan kayıplar işsizlikten ziyade artan işgücünün dışında kalmak şeklinde gerçekleşmiştir. Küresel işsizlik 2020 yılında 33 milyon gerçekleşirken, küresel istihdam kaybı 144 milyondur. İşsizlik oranı ise %1,1 artarak %6,5'e yükselmiştir (Uluslararası Çalışma Örgütü, 2021).

Pandemi, üretimin yavaşlamasına ya da tamamen durmasına neden olarak pek çok sektörün bu durumdan olumsuz etkilenmesine neden olmuştur. Turizm, havacılık ve denizcilik, otomotiv, inşaat ve emlak, imalat, finansal servisler pandemiden olumsuz etkilenen sektörler arasında yer almaktadır (TÜBA, 2020). Türkiye'de pandeminin sektörel etkilerinin değerlendirildiği ampirik bir çalışmanın bulguları; Elektrik, Ulaştırma, Mali, Sınai ve Teknoloji sektörlerinde pandeminin etkileri açısından ekonomik olarak anlamlı şekilde etkilere maruz kaldığı, Gıda-İçecek, Ticaret, Tekstil, Turizm ve Hizmetler sektörlerinde ise anlamlı etkilere ulaşamadığı yönündedir (Tayar vd., 2020).

Üretimin yavaşlaması Enerji piyasasını da olumsuz etkilemiştir. Covid-19 pandemisinin neden olduğu krize kadar varıl fiyatı 60 dolar olan petrol, pandeminin etkilerine bağlı olarak önce 50 doların altına, sonra ise krize eşlik eden talep daralması ve petrol üreticilerinin rekabeti nedeniyle 20 dolar seviyelerine inmiştir. Bu durum günlük toplam petrol tüketiminin %73 oranında azalmasına, stokların artışına neden olmuştur (TÜBA, 2020).

Pandemiden en çok etkilenen sağlık sektöründe ise dünya genelinde sağlık tesisleri büyük zorluklar ile mücadele etmek durumunda kalmıştır. Sağlık ekipmanları yetersizliği, sağlık tesislerinde yoğun bakım ve ventilatör yetersizliği, test yapma kapasitesine sahip olmayan kurumların varlığı ve bu dönemde tedarik zincirinin aksaması sonucu bu tür donanımların temininde sorunlar yaşanması sektörü küresel olarak olumsuz etkilemiştir (Kaye vd., 2020).

Sağlık sistemlerini desteklemek için ülkelerin aldıkları tedbirler seçilmiş OECD ülkeleri için Tablo 1'de sunulmuştur.

Tablo 1: Covid-19'a İlk Sağlık Sistemi Yanıtları, (2020)

Ülke	Aşılar ve tedavi için Ar-Ge hızlandırılması	Teletıp, gözetim ve izleme için verilerin daha akıllı kullanımının teşviki	Herkes için teşhis ve tedavinin satın alınabilirliğini iyileştirmek	Ruh sağlığı hizmetlerine erişimi artırmak	Tanısal testler, koruyucu ekipman, ventilatörler, temel ilaçların tedarikini artırmak	Sağlık çalışanlarını harekete geçirmek ve korumak	Teşhis ve tedaviler için hastane yataklarını ve alanlarını optimize etmek	Yaşlılar için koruma	Sağlık Sistemi için ek finansman sağlamak
ABD									
Almanya									
Avusturya									
Avustralya									
Çek Cumhuriyeti									
Hollanda									
İrlanda									
İspanya									
İsrail									
İsviçre									
İtalya									
Japonya									
Kanada									
Polonya									
Portekiz									
Slovenya									
Türkiye									
Yunanistan									

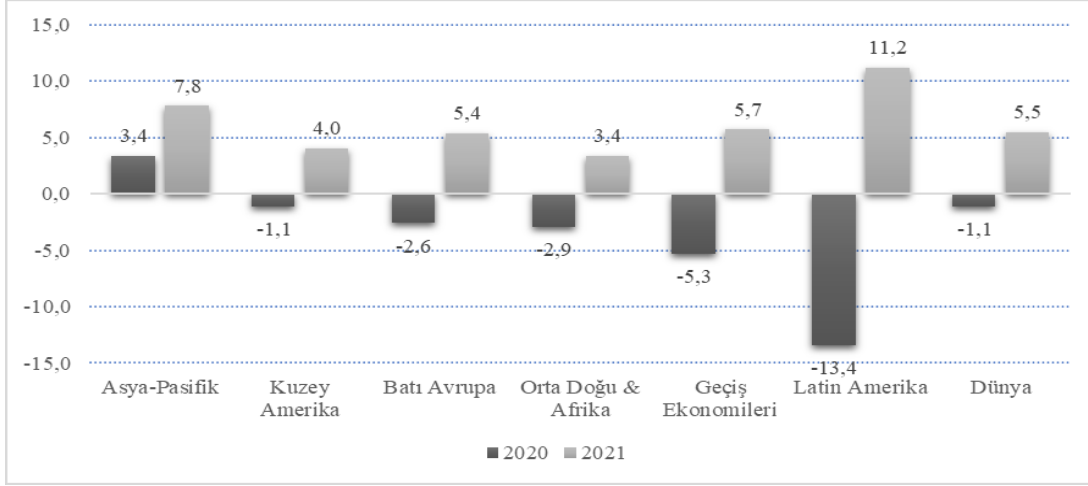
Kaynak: OECD, (2021b)

Aşılar ve tedavi için ar-ge çalışmalarının hızlandırılması, tele-tıp, gözetim ve izleme için verilerin daha akıllı kullanımının teşviki, herkes için teşhis ve tedavinin satın alınabilirliğini iyileştirmek, ruh sağlığı hizmetlerine erişimi artırmak, tanısal testler, koruyucu ekipman, ventilatörler, temel ilaçların tedarikini artırmak, sağlık çalışanlarını harekete geçirmek ve korumak, teşhis ve tedaviler için hastane yataklarını ve alanlarını optimize etmek, yaşlılar için koruma sağlamak, sağlık sistemi için ek finansman sağlamak gibi parametreler açısından hükümetlerce sağlık sistemine verilen destekler ele alındığında seçilmiş ülkeler arasında Avustralya, İrlanda, Japonya, Portekiz ve Türkiye'nin tüm alanlara yönelik aksiyom aldığı görülmektedir.

Ruh sağlığı hizmetlerine erişim ve finansman desteği sağlanmasının genel olarak ilk müdahale alanlarını oluşturmadığı söylenebilir. Yaşlılar için koruma sağlamak konusunda ABD, İsrail, İtalya, Kanada ve Slovenya'da önlem alınmadığı görülmektedir.

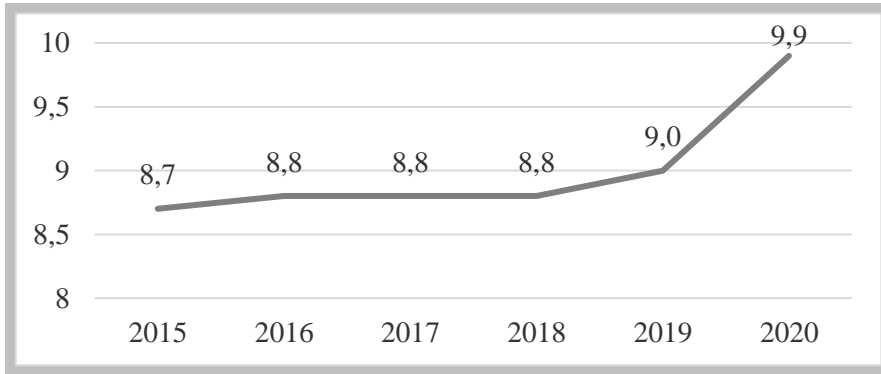
5.2. Covid-19 Pandemisinin Sağlık Harcamalarına ve Sağlık Maliyetlerine Etkileri

Sağlık harcamalarına ilişkin 2020 yılı verileri ilan edilmemiş olmasına rağmen Ekonomist dergisinin, Covid-19 Pandemisinin sağlık harcamaları üzerine etkilerine yönelik raporu (The Economist Intelligence Unit, 2020)'nda acil olmayan sağlık hizmetlerinin iptal edilmesi ve hastaların hastane ve kliniklerden uzak durmasıyla sağlıkla ilişkili harcamalarda dünyanın en büyük 60 ekonomisinde sağlık harcamalarında düşüş öngörülmektedir. Şekil 5'te 2020 ve 2021 yıllarına ilişkin sağlık harcamalarına ilişkin tahmini rakamlara yer verilmiştir.

Şekil 5: Sağlık Harcamaları, 2020-2021 (ABD Doları Cinsinden % Değişim)

Kaynak: The Economist Intelligence Unit (2020)

2020 yılı için ABD doları bazında küresel sağlık harcamalarının %1,1 düşeceği beklenirken, 2021 yılı için dolar bazında %5,5 artış beklenmektedir. Grafikte de izlenebileceği gibi pandemiye bağlı olarak genel sağlık hizmetleri için 2020 yılında çoğu ülkede sağlık harcamalarında düşüş beklentisi olduğu görülmektedir. Nitekim Zhang vd.'nin (2020) çalışmalarında, pandemi sürecinde Çin'de sağlık hizmeti kullanımının genel olarak azalma gösterdiği tespit edilmiştir. Toplam sağlık harcaması ve kullanımı sırasıyla %37,8 ve %40,8 azalmış, kişi başına harcama ise %3,3 oranında artmıştır. Ülkede pandeminin etkilerinin azalmasına bağlı olarak sağlık hizmetleri kullanımı artarken, sağlık harcamaları da kademeli olarak artış göstermeye başlamıştır. OECD ülkelerinde ise tam tersine sağlık harcamalarının 2020 yılı için artış öngörülmekte ve sağlık harcamalarının GSYİH'nın %9,9'u oranında gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (OECD, 2020). 2015-2020 yılları arasında sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payına Şekil 6'da yer verilmiştir.

Şekil 6: Sağlık Harcamalarının GSYİH'daki payı, OECD

Kaynak: OECD (2021c)

2020 yılına ilişkin sağlık harcaması verisi tahmini olmakla birlikte 2015-2020 yılları arasındaki sağlık harcamaları karşılaştırıldığında bu dönemde daha durağan olan sağlık harcamalarında özellikle 2019 ve 2020 yıllarında diğer yıllara göre artış görülmektedir.

Pandemiden kaynaklanan sağlık harcamalarının maliyetleri; ülkelerin demografik özelliklerine, coğrafi özelliklerine, mevcut sağlık alt yapısının yeterliliği ve acil durumlara karşı hayati sağlık ekipmanlarının varlığına ve yedek kapasitesinin durumuna, sağlık profesyonellerinin ücretlerine bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Pandemiye bağlı vakaların yüzde 20'sinin hastaneye yatırılması

gerektiği varsayımı ile hastanede yatan kişi başına 29.000 ABD Dolarına eşdeğer bir maliyet ile karşılaşılabilmektedir (IMF, 2020).

Türkiye’de yürütülen “Covid-19 Tedavisinin Ekonomik Yükü” araştırmasına göre hastalığın yıllık tıbbi maliyeti 3,7 milyar TL olarak belirlenmiştir. Araştırmaya göre, Covid-19 nedeniyle yatarak ve ayaktan tedavi olan hastaların toplam tedavi maliyetinin devlet sağlık harcamalarındaki payı %2, SGK harcamaları içindeki payı ise %3,8’dir (Dünya Gazetesi, 2021). Bununla birlikte: “*Hafif şiddetteki hastalık maliyetleri 6.830,5 TL, orta şiddetteki hastalık maliyetleri 8.791,1 TL, ağır şiddetteki hastalık maliyetleri 13.405,9 TL ve bununla birlikte O₂ gereksinimi olmayan hastanın tedavisi 8.095,2 TL, O₂ gereksinimi olan hastanın tedavisi 16.747,5 TL ve O₂ tedavisi ile birlikte yoğun bakım ihtiyacı olan hastalık maliyeti 30.257,3 TL*” olarak tespit edilmiştir (BT Haber, 2021). Türkiye’de Covid-19 hastalarının yönetim maliyetlerinin hesaplanmasının amaçlandığı bir diğer çalışmada Covid-19 hastalarının %17,40’ı için yatış gerektiği, yatan hastaların %7,4’ünün yoğun bakımda kalması gerektiği tespit edilmiştir. Ayakta hasta, yatan hasta ve yoğun bakımda kalış maliyetleri sırasıyla 367,04 TL, 16.534,09 TL ve 66.278,23 TL olarak hesaplanmıştır (Karahan vd., 2020).

5.3. Covid-19 Pandemisinin Sağlık Okuryazarlığı, Sağlık Harcamaları ve Gini İndeksi ile İlişkisi

Sağlık okuryazarlığı, pandemi ile ilgili sağlık bilgilerine erişim, anlama, değerlendirme ve sağlık talimatlarını uygulama açısından oldukça önemlidir (Okan vd., 2020). Pandemi ile mücadele için sık sık el yıkamak, sosyal mesafeyi korumak, yüze dokunmaktan kaçınmak ve halka açık yerlerde maske takmak gibi önlemler ile bireysel hijyenin önemi bu dönemde son derece artmıştır (Block vd., 2020)’nin çalışmalarında bu tür halk sağlığı önerilerine uyumu ölçülemek için ankete dayalı bir risk değerlendirmesi yapılmıştır. Anket sonuçlarına göre ankete katılanlar halk sağlığı tavsiyelerine her zaman uymak ve elleri yıkamak %72, sosyal mesafeye uyum %67, yüze dokunmaktan kaçınmak %55 ve maske takmak %65 oranlarında halk sağlığı önerilerine uyum göstermektedir. Ölçümlenen alanlara katılımcılar %80’in altında uyum gösterdiği için çalışmada bu popülasyonu daha kötü sağlık sonuçlarının bekleyebileceği vurgulanmıştır. Bu durumun nedenleri arasında sağlık bilgisine erişimdeki eşitsizlikler yanında pandemi ile ilgili bilgilere daha düşük erişim, düşük uyum gibi nedenler gösterilmiştir. Çözüm yolu olarak düzenlenecek eğitim kampanyaları ile bu grupta pandeminin yaygınlığının ve ölüm oranlarının düşürülebileceği savunulmuştur.

Okan vd. (2020)’nin Almanya’da Coronavirüs ile ilgili geliştirdiği sağlık okuryazarlığı ölçütü (HLS-COVID-Q22) kapsamında 16 yaş üstü katılımcılara uyguladığı çevrimiçi bir anketten elde ettiği bulgulara göre; örneklem olarak alınan kesimin %49,9’unun Coronavirüs ile bağlantılı sağlık okuryazarlığı yeterli düzeydeyken, %50,1’inin sağlık okuryazarlığı düzeyi “sorunlu”, (%15,2)’sinin ise “yetersiz” (%34,9) olduğu tespit edilmiştir. Covid-19 pandemisinin sağlık sistemi ve işgücü üzerinde benzeri görülmemiş bir yük oluşturduğuna, bu nedenle pandemi ile mücadele için sağlık okuryazarlığının uzun vadeli bir politika aracı olarak ele alınmasının sağlık hizmetleri, sağlığın teşviki ve hastalıkların önlenmesi için büyük değer sağlayacağını ifade etmişlerdir.

Collins vd. (2020)’nin çalışmalarında, halk sağlığı altyapısının güçlendirilmesini, uluslararası ve sektörel iş birliklerinin ve koordinasyonun artırılmasını, sağlık eşitsizliklerini hedef alarak savunmasız gruplar için sürdürülebilir iletişim kampanyaları dahil olmak üzere sağlık okuryazarlığının geliştirilmesini önererek alınacak önlemlerin gelecekte, sağlık sistemlerini ve toplumları olası salgın risklerine karşı koruyacağını savunmuşlardır.

Vera-Valdes (2021)’in pandemiye bağlı vaka ve ölümleri sağlık, politik ve ekonomik pek çok açıdan değerlendirdiği çalışmasında hem Gini katsayısı hem de kişi başına Gayri Safi Yurtiçi Hasıla değişkenlerinin vaka sayıları ile arasında pozitif ilişki bulunmuş olup, yüksek düzeyde ekonomik eşitsizliğe sahip gelişmiş ülkelerin daha yüksek sayıda vaka ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu tür ülkelerdeki nüfusun daha bireyci bir tutum sergilediğini ve topluma küçük bir kişisel maliyetle fayda sağlayacak şekilde hareket etmeye daha az eğilimli olduğuna işaret etmişlerdir. Amerika Birleşik Devletleri, Meksika ve Brezilya’da gibi ülkeleri bu kapsamda değerlendirirken, daha fazla

dayanışma gösteren toplumların virüsün yayılmasını kontrol etmek için gereken donanımına sahip olduğu değerlendirilmiştir.

Covid-19 pandemisinin sağlık okuryazarlığı ve sağlık harcamaları ile ilişkisini analiz edebilmek için bu çalışmada seçilmiş 18 OECD ülkesine ilişkin GSYİH, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, nüfus, test sayısı, vaka sayısı, vefat sayısı, ölüm oranı, toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve sağlık okuryazarlığı yetersiz olan nüfusa ilişkin verilere ve Gini indeksine ilişkin verilere karşılaştırmalı olarak yer verilmiştir. Tablo 2’de seçilmiş OECD ülkeleri için genel nüfus ve sağlık okuryazarlığı yetersiz olan nüfusa ilişkin bilgiler ile pandemi sürecinde yapılan test, vaka ve vefat sayılarına yer verilmiştir.

Tablo 2: Pandemi İstatistikleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi

Ülke	Sağlık Har. GSYİH (%)	Nüfus	Test Sayısı	Vaka Sayısı	Vefat Sayısı	SO Yetersiz Olan Nüfusun %'si
ABD	17,0	333.146.077	546.622.139	36.780.480	633.799	35,0
Almanya	11,7	84.079.923	67.658.074	3.800.048	92.291	46,3
Avustralya	9,4	25.826.246	26.847.522	37.013	943	59,0
Avusturya	10,4	9.063.148	69.844.185	664.133	10.751	56,4
Çek Cum.	7,8	10.730.935	33.965.196	1.675.179	30.369	59,4
Hollanda	10,0	17.176.766	16.254.958	1.887.831	17.871	28,7
İrlanda	6,8	4.998.633	4.729.538	313.876	5.044	40,0
İspanya	9,0	46.774.795	58.466.967	4.627.770	82.125	58,3
İsrail	7,5	9.326.000	17.162.009	908.322	6.559	30,0
İsviçre	11,3	10.168.802	11.448.153	1.104.538	14.620	55,0
İtalya	8,7	60.363.528	79.277.767	4.400.617	128.242	54,6
Japonya	11,0	126.048.279	19.196.748	1.043.625	15.297	72,0
Kanada	10,8	38.107.385	39.024.434	1.442.087	26.678	60,0
Polonya	6,2	37.800.784	18.978.511	2.884.361	75.285	44,6
Portekiz	9,5	10.163.830	15.803.776	988.061	17.485	60,0
Slovenya	8,5	2.079.254	1.405.044	260.372	4.433	62,8
Türkiye	4,4	85.340.310	70.128.071	5.942.271	52.313	68,9
Yunanistan	7,8	10.366.735	13.545.528	516.785	13.068	44,8

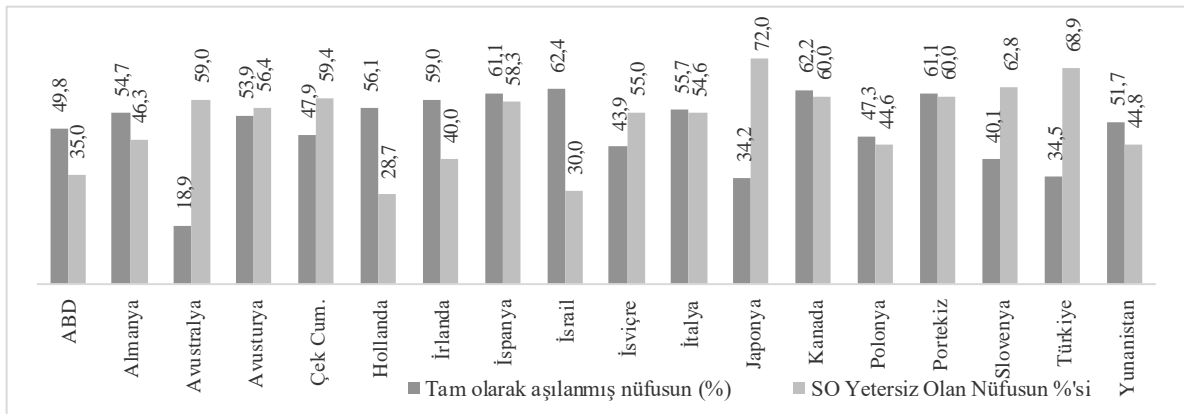
Kaynak: Worldometer Coronavirus Cases, (10.08.2021); Moreira, 2018; Sorensen vd., 2015; Nakayama vd., 2015; Kucera vd., 2016; Levin-Zamir ve Baron-Epel, 2020; Espanha ve Avila, 2016; Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding, 2008; OECD, 2020’den yazar tarafından oluşturulmuştur.

Seçilen ülkelerde sağlık okuryazarlığının yetersizliğin yaygın bir problem olduğu görülmektedir. Avustralya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, İspanya, İsviçre, İtalya, Japonya, Kanada, Portekiz, Slovenya ve Türkiye’de nüfusun yarısından fazlasının sağlık okuryazarlığı yetersizdir. Sağlık okuryazarlığının yetersizliği ile paralel olarak bu ülkeler arasında vefat sayılarının en yüksek olduğu ülkeler sırasıyla ABD, Almanya, İspanya, İtalya, Polonya ve Türkiye’dir. Pandemiye ilişkin veriler açısından GSYİH’nin yüzdesi olarak daha büyük sağlık bütçelerine sahip ülkelerde halk sağlığı için daha fazla bütçe ayrıldığı, bu ülkelerde vakaların ve ölümlerin daha doğru bir şekilde takip edilebildiği ve milyon nüfus başına daha fazla test gerçekleştirildiği tespit edilmiştir (Khan vd., 2020). Vaka ve vefat sayılarının takibinin doğruluğu konusunda tablodaki veriler doğrultusunda yorum yapmak çok mümkün olmamakla birlikte Covid-19 pandemisine ilişkin süreçte ilan edilen veriler doğrultusunda en yüksek test, vaka ve vefat sayılarının nüfus ile paralel olarak ABD’de olduğu görülmektedir. Bu ülke sağlık harcamaları için GSYİH’den en yüksek payı ayıran ülkedir. ABD’den sonra sağlık harcamaları için en yüksek payı ayıran ülke olan Almanya ve İsviçre’de de test sayısının yüksek olduğu görülmektedir. Fakat Japonya’da yapılan test sayısının genel nüfusa oranla oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu ülkede sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin de yaygın bir problem olduğu görülmektedir. Seçilmiş ülkeler arasında GSYİH’den sağlık harcamaları için en az payı ayıran Türkiye’de yapılan test sayısı yüksek olmakla birlikte vaka ve vefat sayılarının yüksek olduğu görülmektedir. Nitekim Türkiye’de de sağlık okuryazarlığının yetersizliği son derece yaygındır

(%68,9). Tablo 2’de yer alan veriler doğrultusunda seçilen OECD ülkeleri için; GSYİH’den sağlık harcamaları için en yüksek pay sırasıyla ABD, Almanya, İsviçre, Japonya, Kanada, Avustralya ve Hollanda’da ayrılırken, en düşük payı ayıran ülkenin Türkiye olduğu görülmektedir. Peki sağlık harcamalarından ayrılan payın boyutu aslında ne olmalıdır? Özellikle sürdürülebilir kalkınma hedefleri doğrultusunda evrensel sağlık kapsayıcılığına ulaşmak için Dünya Sağlık Örgütü kamusal sağlık harcamalarının asgari GSYİH’nın %4-5 civarında olması gerektiğini ifade etmektedir (Jowett vd., 2016). GSYİH’den sağlığa ayrılan pay açısından OECD ülkelerinin 2020 yılı ortalaması olan %9,9’un altında kalan ülkeler ve üstünde kalan ülkeler şeklinde ikili bir ayrıma tabi tutarak sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin veriler karşılaştırıldığında; ABD, Almanya, Avustralya, İsviçre, Japonya ve Kanada’da sağlık harcamaları için GSYİH’nın 10’unun üzerinde pay ayrılmasına rağmen sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygın olduğu söylenebilir. Dikkat çekici olan Avustralya’da test sayısı nüfusun üzerinde bir rakama ulaşmış olup, vaka ve vefat sayılarının çok düşük olmasıdır. Pandeminin kontrol altına alınmış olduğu ülkede sıkı kapanma tedbirleri, vatandaşlar ve kamu kurumları ve özel kesim liderleriyle etkin bir iletişim kurulması bu durumun en önemli sebebi olarak görülmektedir (Child vd., 2020). Özellikle Japonya’da sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu nüfusun çok yüksek olduğu görülmektedir. Amerika’da ise nüfusun %35’inin sağlık okuryazarlığı yetersiz gibi görünse de aslında genel nüfusun yalnızca %12’sinin sağlıkla ilgili yetkinlik düzeyinin yüksek olduğu bilinmektedir (U.S. Department of Health and Human Services, 2008). Hollanda ise bu durumun istisnası olarak GSYİH’nın %10’unu sağlık harcamaları için ayırırken, sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu nüfus genel nüfusun %28,7’sini oluşturmaktadır. Avustralya, Çek Cumhuriyeti, İrlanda, İspanya, İsrail, İtalya, Polonya, Portekiz, Slovenya, Türkiye ve Yunanistan’da sağlık harcamaları için ayrılan pay OECD ortalamasının altında olup, bu ülkelerde sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygınlığı nüfusun %40’ının üzerindedir.

Ülkelerin sağlık harcamaları için ayırdığı paydan daha da önemlisi ayrılan kaynakların ne kadar etkin kullanımının sağlandığıdır. Bu etkinliğin ölçütü olarak finansal sürdürülebilirliğin sağlanması önem kazanmaktadır. Finansal sürdürülebilirlik için ise sağlık harcamalarındaki artış hızının büyüme hızının altında kalması gerekmektedir (Atasever, 2020). Finansal sürdürülebilirlik bu çalışmanın konusu olmamakla birlikte sağlık okuryazarlığı ve sağlık harcamaları arasındaki bağlantıyı ifade edebilmek açısından iki hususun değerlendirilmesi gerekmektedir. Birincisi, elde edilen bulgular sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin sağlık harcamalarını artıran bir faktör olduğunu göstermektedir. İkincisi; GSYİH’den sağlık harcamalarına ayrılan payın yüksek olması halk sağlığı faaliyetlerindeki kullanımına bağlı olarak sağlık okuryazarlığının gelişimine katkı sağlayan bir unsur olarak görülmektedir. Bu açıdan bakıldığında da sağlık okuryazarlığı sağlık harcamalarının etkin kullanımına aracılık etmektedir. Pandemi ile mücadele için aşılama oranının yüksek olması bu dönemde önem kazanan bir diğer konudur. Şekil 7’de seçilmiş OECD ülkeleri için aşılama oranı ve sağlık okuryazarlığının yetersizliği arasındaki ilişki ele alınmıştır.

Şekil 7: Aşılama Oranı ve Sağlık Okuryazarlığı Yetersiz Olan Nüfus Arasındaki İlişki



Kaynak: Our World in Data, (10.08.2021).

Seçili ülkelerde tam olarak aşılanmış olan nüfusun genel nüfusa oranı ve bu ülkelerde sağlık okuryazarlığı yetersiz olan nüfus karşılaştırıldığında en düşük aşılanma oranının Avustralya, Japonya, Türkiye ve Slovenya’da olduğu görülmektedir. Bu ülkelerde sağlık okuryazarlığı yetersiz olan nüfus %60 ve üzerindedir. Amerika, Çek Cumhuriyeti, İsviçre ve Polonya’da da aşılanma oranı nüfusun %50’sinin altında olup, bu ülkelerde de nüfusun yarısının sağlık okuryazarlığının düşük olduğu söylenebilir. Sağlık okuryazarlığı yetersiz olan nüfusun en az olduğu ülke olan Hollanda’da ve İsrail’de ise aşılanma oranının %50’nin üzerinde olduğu görülmektedir. Sağlık okuryazarlığının yetersizliği aşılanma oranının etkin bir şekilde gerçekleşmesine olumsuz etki eden bir faktör olarak değerlendirilebilir. Fakat Almanya, Avusturya, İspanya, İtalya, Kanada, Polonya, Portekiz ve Yunanistan gibi ülkelerde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu nüfusun ve aşılanma oranının birbirine yakın olması sağlık okuryazarlığı yetersiz olan bireylerin de aşılamaya yaklaşımının olumlu olduğunu göstermektedir.

Sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ekonomik eşitsizlik ilişkisini analiz edebilmek için Tablo 3’te kişi başına düşen GSYİH, kişi başına düşen sağlık harcamaları ve Gini indeksine ilişkin veriler ile seçilmiş ülkelerin sağlık okuryazarlığı düzeyi ele alınmıştır.

Tablo 3: Kişi Başına Düşen GSYH ve Sağlık Harcaması, Sağlık Okuryazarlığı ve Gini İndeksi İlişkisi

Ülke	Kişi Başına Düşen GSYİH (USD) (2019)	Kişi Başına Sağlık Harcaması (USD) (2019)	SO Yetersiz Olan Nüfusun %’si	Gini İndeksi
Slovenya	41.181,40	3.303,50	62,8	24,6
Çek Cum.	43.015,80	3.417,50	59,4	25,0
Hollanda	59.674,80	5.739,20	28,7	28,1
Polonya	33.858,30	2.289,30	44,6	30,2
Avusturya	58.664,70	5.705,10	56,4	30,8
İrlanda	89.681,00	5.083,20	40,0	31,4
Almanya	55.891,20	6.518,00	46,3	31,9
Japonya	44.397,60	4.691,50	72,0	32,9
Yunanistan	30.869,20	2.319,00	44,8	32,9
İsviçre	73.114,50	7.138,10	55,0	33,1
Kanada	50.660,60	5.370,40	60,0	33,3
Portekiz	36.871,70	3.347,40	60,0	33,5
Avustralya	53.079,00	4.919,20	59,0	34,4
İspanya	42.211,80	3.600,30	58,3	34,7
İtalya	44.397,60	3.653,40	54,6	35,9
İsrail	41.964,70	2.903,40	30,0	39,0
ABD	65.240,40	10.948,50	35,0	41,4
Türkiye	27.599,80	1.266,90	68,9	41,9

Kaynak: OECD (2021d); World Bank (03.08.2021); OECD (2021e).

Kişi başına düşen GSYİH rakamları değerlendirildiğinde en yüksek kişi başına gelir ve kişi başına düşen sağlık harcaması rakamları sırasıyla İrlanda, İsviçre ve ABD’de de olmasına rağmen, gelir dağılımındaki adaletin ölçütü olarak Gini indeksine ilişkin veriler değerlendirildiğinde bu üç ülkenin gelir dağılımında adaleti sağlayamadığı görülmektedir. Seçilmiş ülkeler arasında gelirin en adaletsiz dağılım sergilediği ülkelerden Türkiye, ABD, İtalya, İspanya ve Avustralya’da sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin de yaygın bir problem olduğu görülmektedir. İsrail’de ise Gini indeksi yüksek olmasına rağmen (39,0), sağlık okuryazarlığı düzeyinin yetersiz olduğu nüfusun genel nüfus içindeki payı %30’dur. Hollanda’da kişi başına düşen GSYİH ve sağlık harcaması yüksek, gelir dağılımı daha adil

(28,1) ve sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygınlığının daha az (%28,7) olduğu görülmektedir. Kişi başına düşen GSYİH, kişi başına düşen sağlık harcaması, Gini indeksi ve sağlık okuryazarlığına ilişkin seçilmiş OECD ülkelerine ilişkin veriler incelendiğinde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu tüm ülkelerde Gini indeksinin de adaletsiz bir dağılım sergilediğini söylemek mümkün değildir. Örneğin Slovenya seçili ülkeler arasında gelir dağılımının en adil olduğu ülkelerden biri olmasına rağmen nüfusun %62,8'inin sağlık okuryazarlığı yetersizdir. Nitekim kişi başına gelir ve sağlık harcamalarına ilişkin göstergelerin yüksek olması da tek başına gelir dağılımında adaleti sağlayan ya da sağlık okuryazarlığının gelişmiş olmasına etki eden bir faktör olarak değerlendirilememektedir. Örneğin İsviçre, İrlanda, ABD'de mutlak anlamda adil bir gelir dağılımının sağlanamadığı görülmektedir.

VI. TARTIŞMA VE SONUÇ

Seçilmiş OECD ülkelerine ilişkin kişi başına GSYİH, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, Gini indeksine ilişkin veriler, nüfus, test sayısı, vaka sayısı, vefat sayısı, toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyleri değerlendirildiğinde; seçilmiş ülkeler arasında nispeten daha yüksek düzeyde ekonomik eşitsizliğe sahip olan ABD, Türkiye, İtalya, İspanya, İsviçre, Kanada, Japonya, Almanya, Avusturya, Polonya ve Yunanistan gibi ülkelerde daha yüksek sayıda vaka ve vefat sayılarının olduğu görülmektedir. Bu ülkelerde sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygın bir problem olduğu görülmektedir. İlave olarak bu ülkelerden Türkiye, Polonya ve Yunanistan dışındaki ülkelere GSYİH'dan sağlık harcamaları için ayrılan pay OECD ülkelerinin ortalamasının üzerindedir. Dolayısıyla bu ülkelerde sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi yoluyla sağlık harcamalarından tasarruf elde edilmesi söz konusu olabilir. Seçilmiş ülkeler arasında gelir dağılımının daha adil olduğu Çek Cumhuriyeti'nde nüfusun yaklaşık %60'ının sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersiz olup, bu ülkede vaka ve vefat sayıları da yüksektir. Bu ülkenin sağlık harcamaları için ayırdığı pay OECD ortalamasının altındadır. Seçilmiş ülkeler arasında vaka ve vefat sayılarının en az olduğu iki ülke Avustralya ve Slovenya'dır. Her iki ülkede de nüfusun %50'sinden fazlasının sağlık okuryazarlığı düzeyi yetersizdir. Her iki ülkede de Gini indeksi diğer ülkelere nispeten gelirin daha adil dağıldığını göstermektedir. Her iki ülkede de sağlık harcamaları için ayrılan pay OECD ortalamasının altındadır. Özellikle Avustralya'da uygulanan sıkı kapanma tedbirlerinin vaka ve vefat sayılarının sayıca düşük olmasında etkisi büyüktür. Hollanda ise seçili ülkeler arasında sağlık okuryazarlığı düzeyi, Gini indeksinin daha adil oluşu, sağlık harcamalarının payının ortalamasının üzerinde olması gibi göstergeler açısından tek istisnayı oluşturmakla birlikte bu ülkede vaka ve vefat sayılarının yüksek olduğu görülmektedir.

Seçilmiş OECD ülkeleri (ABD, Almanya, Avustralya, Avusturya, Çek Cumhuriyeti, Hollanda, İrlanda, İspanya, İsrail, İsviçre, İtalya, Japonya, Kanada, Polonya, Portekiz, Slovenya, Türkiye ve Yunanistan)'ne ilişkin kişi başına GSYİH, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payı, Gini indeksine ilişkin veriler ile pandemi sürecine ilişkin test sayısı, vaka sayısı, vefat sayısı, aşılama oranları ve toplumun sağlık okuryazarlığı düzeyleri karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Bu amaçla elde edilen verileri karşılaştırmalı olarak ele alan tablo ve grafiklerden yararlanılmıştır.

Veriler değerlendirildiğinde her ülkenin özellikle pandemi sürecinde kendine özgü aldığı tedbirler ile pandeminin seyrini yönlendirdiğini söylemek mümkündür. Bu süreçte bulaş riskini kontrol altına almak için bireysel tedbirlere riayet etmek gereği sağlık okuryazarlığının önemini artırmıştır. Seçilmiş ülkelerde bireyler arasında sağlık okuryazarlığının yetersizliğinin yaygınlığının vaka ve vefat sayılarının artış göstermesine neden olduğu söylenebilir. Bu durumun istisnasını oluşturan ülkeler Avustralya ve Slovenya'dır. Ülke halkı tarafından tepki ile karşılanmasına rağmen özellikle Avustralya'da hükümetin pandemi sürecindeki tam kapanmaya ilişkin tavrının sürecin aşılmasında yalnızca bireylerin sorumluluğunun bulunmadığını ulusal politikaların da pandemi ile mücadele için önemli olduğunu ortaya koymaktadır. Fakat pandeminin küreselleşmesi özellikle ekonomiye olan olumsuz etkilerinden dolayı yalnızca ulusal politikaların yeterli olmadığını, küresel politikaların da sürecin atlatılması için önemli olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda pandeminin en çok etkilediği sektörlerden biri olan sağlık için ayrılan kaynakların maliyet etkin yöntemler ile kullanılması gerekmektedir. Uzun vade de sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi sağlığa ayrılan kaynakların tasarruf edilmesine olanak sağlayacak bir politika olarak değerlendirilebilir. Ülkelerin GSYİH'dan sağlık

harcamaları için ayrılan pay içinde halk sağlığının geliştirilmesine yönelik faaliyetlere de ağırlık vermesi pandemi benzeri riskler ile mücadele edilebilmesi için oldukça önemlidir. Çünkü sağlık okuryazarlığına yönelik yetkinliğin kazandırılması zaman isteyen bir süreçtir.

Özet olarak, kişi başına düşen GSYİH, kişi başına düşen sağlık harcaması, Gini indeksi ve sağlık okuryazarlığına ilişkin seçilmiş OECD ülkelerine ilişkin veriler incelendiğinde sağlık okuryazarlığının yetersiz olduğu tüm ülkelerde Gini indeksinin de adaletsiz bir dağılım sergilediğini söylemek mümkün değildir. Bununla birlikte, kişi başına düşen gelir ve sağlık harcamalarına ilişkin göstergelerin yüksek olması da gelir dağılımında adaleti sağlayan ya da sağlık okuryazarlığının gelişmiş olmasına etki eden bir faktör olarak değerlendirilememektedir.

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında yaşanan en büyük sınırlılık sağlık harcamalarının ilan edilmemiş olması ve pandemiye ilişkin istatistiklerin her gün değişim göstermesidir. Bu nedenle ileride yapılacak çalışmalar için sağlık harcamalarının ve sağlık bütçelerinin detayları incelenerek, temel ekonomik göstergeler ve sağlık okuryazarlığı düzeyine ilişkin verilerin ilişkisi farklı ülkeler için ele alınabilir.

Etik Kurul İzni: Kamuya açık, resmi istatistiklerden alınması nedeniyle etik kurul izni gerekmemektedir.

KAYNAKLAR

- Abacıgil, F., Harlak, H. & Okyay, P. (2016). Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği türkçe uyarlaması içinde, Okyay, P. ve Abacıgil, F. (Ed.) *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması* (1. Baskı, ss. 21-41). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Abdel-Latif, M. (2020). The enigma of health literacy and Covid-19 pandemic. *Public Health*, 185, 95.
- Abel, T., & McQueen, D. (2020). The COVID-19 pandemic calls for spatial distancing and social closeness: not for social distancing!. *International Journal of Public Health*, 65(3), 231-231.
- Akbal, E. & Gökler, M.E. (2020). COVID-19 salgını sürecinde eksikliği ortaya çıkan bir gerçek: sağlık okuryazarlığı. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*. 5, 148-155.
- Aslan, Ş., Dömbekçi, H. & Özen, M. (2017). Acil sağlık hizmetlerine gereksiz başvuruların azaltılmasında önemli bir etken: Sağlık okuryazarlığı. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 4(12), 47-62.
- Atasever, M. (24.04.2020). Türkiye’de sağlık harcamaları ve OECD ile karşılaştırması, Tax Independent Advisors, <https://ia.com.tr/wp-content/uploads/2020/04/2020-48-saglik-mali-boyutu-analiz-v2-3.pdf>
- Australian Bureau of Statistics. (29.04.2019). *National Health Survey: Health literacy*. <https://www.abs.gov.au/statistics/health/health-conditions-and-risks/national-health-survey-health-literacy/latest-release>.
- Avcı, E., & Özkan, S. (2019). Dünyada ve türkiye’de sağlık okuryazarlığı düzeyi ve etkileyen faktörler. İçinde Özkan S. (Ed.) *Sağlık okuryazarlığı* (1. Baskı, ss. 16-21). Türkiye Klinikleri.
- Biçer, E. B. & Malatyalı, İ. (2018). Sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi örneği. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 17 (2), 1-15.
- Block Jr, R., Berg, A., Lennon, R. P., Miller, E. L., & Nunez-Smith, M. (2020). African American adherence to COVID-19 public health recommendations. *HLRP: Health Literacy Research and Practice*, 4(3), e166-e170.

- BT Haber. (25.05.2021). TÜSAP 22. Vizyon toplantısı sağlık otoritelerinin katılımı ile başarıyla gerçekleşti. <https://www.bthaber.com/tusap-22-vizyon-toplantisi-saglik-otoritelerinin-katilimi-ile-basariyla-gerceklesti/>
- Cafferkey, K. & Doyle, G. (2011). *Health literacy and economic costs*. 24th In Irish Accounting & Finance Association Annual Conference, University College Cork, Ireland.
- Child, J., Dillon, R., Erasmus, E. & Johnson, J. (15.12.2020). Collaboration in crisis: Reflecting on Australia's COVID-19 response, McKinsey&Company, <https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/collaboration-in-crisis-reflecting-on-australias-covid-19-response>.
- Collins, T., Akselrod, S., Bloomfield, A., Gamkrelidze, A., Jakab, Z., & Placella, E. (2020). Rethinking the covid-19 pandemic: Back to public health. *Annals of Global Health*, 86(1).
- Coughlan, D., Turner, B., & Turijillo, A. (2013). Motivation for a health-literate health care system—does socioeconomic status play a substantial role? Implications for an Irish health policymaker. *Journal of Health Communication*, 18(1), 158-171.
- Dukic, N., Arbula Blecich, A., & Cerović, L. (2013). Economic implications of insufficient health literacy. *Economic Research*, 26(1), 117-132.
- Dünya Gazetesi. (12.03.2021). *Cerrahpaşa ve Başkent üniversitelerinden çarpıcı rapor: COVID-19'un tıbbi maliyeti 3.7 milyar TL*. <https://www.dunya.com/gundem/cerrahpasa-ve-baskent-universitelerinden-carpici-rapor-covid-19un-tibbi-maliyeti-37-milyar-tl-haberi-614154>.
- Eramo, L. A. (2021). Addressing patient health literacy: How primary care physicians can help. *Medical Economics*, 98 (3), 38-41.
- Ertuğrul, B. & Albayrak, S. (2020). Sağlık okuryazarlık düzeyini belirlemede kullanılabilecek bazı ölçekler. *Sağlık ve Toplum*, 30 (2), 16-22.
- Espanha, R. & Ávila, P. (2016). Health Literacy survey Portugal: A contribution for the knowledge on health and communications, *Procedia Computer Science*, 100, 1033-1041.
- Gönç Şavran, T. (2018). Sosyal sermaye ve sağlık arasındaki ilişki: Ampirik çalışmalar ne gösteriyor?. *Journal of Economy Culture and Society*, (57), 53-91.
- Gözlü, K. (2020). Social determinant of health: Health literacy. *Med J. SDU*, 27(1), 137-144.
- Güngör, B. (2020). Türkiye'de Covid-19 pandemisi süresince alınan önlemlerin kriz yönetimi perspektifinden değerlendirilmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Akademi Dergisi*, 2(4), 818-851.
- Haun, J. N., Patel, N. R., French, D. D., Campbell, R. R., Bradham, D. D., & Lapcevic, W. A. (2015). Association between health literacy and medical care costs in an integrated healthcare system: a regional population based study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 1-11.
- Murray, T.S., Hagey, J., Willims, D., Shillington, R. & Desjardins, R. (2008). Health Literacy in Canada: A Healthy Understanding, UCLA Previously Published Works. Ottawa, <http://www.en.copian.ca/library/research/ccl/health/health.pdf>.

- IMF. (2020). Managing the Impacts of the Coronavirus: Guidance on health spending policies. *Special Series on Fiscal Policies to Respond to COVID-19*. <https://www.imf.org/~media/Files/Publications/covid19-special-notes/enspecial-series-on-covid19managing-the-impacts-of-the-coronavirus-guidance-on-health-spending-polic.ashx>.
- Karahan, E., Öztöpcü, S., Kurnaz, M., Ökçün, S., & Çalışkan, Z. (2020). Pin56 cost of Covid-19 patients treatment in Turkey. *Value in Health*, 23(2), S554.
- Kaye, A. D., Okeagu, C. N., Pham, A. D., Silva, R. A., Hurley, J. J., Arron, B. L., ... & Cornett, E. M. (2021). Economic impact of COVID-19 pandemic on healthcare facilities and systems: International perspectives. *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 35(3), 293-306.
- Khan, J. R., Awan, N., Islam, M., & Muurlink, O. (2020). Healthcare capacity, health expenditure, and civil society as predictors of COVID-19 case fatalities: a global analysis. *Frontiers in Public Health*, 8, 347.
- Kučera, Z., Pelikan, J., & Šteflová, A. (2016). Health literacy in Czech population results of the comparative representative research. *Casopis Lekarů Ceskych*, 155(5), 233-241.
- Levin-Zamir, D., & Baron-Epel, O. (2020). Health literacy in Israel—from measurement to intervention: Two case studies. *Information Services & Use*, 40(1-2), 17-25.
- Leslie, C. J., Hawkins, M., & Smith, D. L. (2020). Using the health literacy questionnaire (hlq) with providers in the early intervention setting: A qualitative validity testing study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2603.
- Liu, L., He, T., Huang, J., Li, G., & Qian, X. (2021). The Economic Costs of Limited Health Literacy in China: Evidence From National Health Literacy Surveillance Survey. *Preprints with The Lancet*, <https://ssrn.com/abstract=3761831> veya <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.3761831>.
- Jowett M, Brunal MP, Flores G, Cylus J. (2016) *Spending targets for health: no magic number*. Geneva: World Health Organization, (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/16.1; Health Financing Working Paper No. 1); <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250048/1/WHO-HIS-HGFHFWorkingPaper-16.1-eng.pdf>.
- Moreira, L. (2018). Health literacy for people-centred care: Where do OECD countries stand? ", OECD Health Working Papers, No. 107, OECD Publishing.
- Nakayama, K., Osaka, W., Togari, T., Ishikawa, H., Yonekura, Y., Sekido, A., & Matsumoto, M. (2015). Comprehensive health literacy in Japan is lower than in Europe: a validated Japanese-language assessment of health literacy. *Bmc Public Health*, 15(1), 1-12.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A., & Kindig, D. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Institute of medicine (us) committee on health literacy. Washington (DC): National Academies Press.
- Okan, O., Bollweg, T. M., Berens, E. M., Hurrelmann, K., Bauer, U., & Schaeffer, D. (2020). Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(15), 5503.
- OECD. (2020). OECD health spending as a share of GDP, 2005 to 2020 (estimate). 02.07.2021 <https://www.oecd.org/health/health-expenditure.htm>.
- OECD. (2021a). *OECD Economic Outlook, Volume 2021 Issue 1*, OECD Publishing.

- OECD. (2021b). Tackling Coronavirus (Covid-19): Contributing to a Global Effort. <https://www.oecd.org/coronavirus/country-policy-tracker/>.
- OECD. (2021c). *OECD Health Statistics 2021*. 03.08.2021 <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>
- OECD (2021d), Income inequality (indicator). 03.08.2021 <https://doi.org/10.1787/459aa7f1-en> .
- OECD. (2021e). *Level of GDP per capita and productivity*. 29.07.2021 https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=PDB_LV.
- OECD (2021f). OECD Skill Surveys, 13.08.2021 <https://www.oecd.org/skills/piaac/>.
- Our World in Data (2021). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations, 10.08.2021 <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>.
- Paakkari, L., & Okan, O. (2020). COVID-19: health literacy is an underestimated problem. *The Lancet. Public Health*, 5(5), e249.
- Palumbo, R. (2017). Examining the impacts of health literacy on healthcare costs. An evidence synthesis. *Health Services Management Research*, 30(4), 197-212.
- Papadacos, J., Barnsley, J., Berta, W., Rowlands, G., Samoil, D., & Howell, D. (2021). The association of self-efficacy and health literacy to chemotherapy self-management behaviors and health service utilization. *Supportive Care in Cancer*, 30(1), 603-613.
- Ratzan, S., & Parker, R. (2000). National Library of Medicine current bibliographies in medicine: Health literacy. Bethesda: *National Institutes of Health*, U.S. Department of Health and Human Services.
- Sørensen, K., & Wångdahl, J. (2019). Health literacy research in the Nordic Countries. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Eds). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (1st ed., ss. 199-213). Chicago: The University of Chicago Press.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1-13.
- Sørensen, K., Pelikan, J., Rothlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., . . . Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053-1058.
- Sykes, S., & Wills, J. (2019). Critical health literacy for the marginalised: Empirical findings. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Eds.). *International Handbook of Health Literacy: Research, practice and policy across the lifespan* (1st ed., ss. 167-181). Chicago: The University of Chicago Press.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2011), Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü, 1. Baskı, Ankara.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2018). *Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörler Çalışması*. Ankara.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2020). Bakan Koca, Türkiye'nin Covid-19'la 1 Yıllık Mücadele Sürecini Değerlendirdi, <https://www.saglik.gov.tr/TR,80604/bakan-koca-turkiyenin-kovid-19la-1-yillik-mucadele-surecini-degerlendirdi.html>, (11.03.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Pandemi*. Covid-19 Bilgilendirme Platformu. 02.07.2021 <https://covid19.saglik.gov.tr/TR-66494/pandemi.html>.
- Tayar, T., Gümüştekin, E., Dayan, K., & Mandi, E. (2020). Covid-19 krizinin Türkiye'deki sektörler üzerinde etkileri: Borsa İstanbul sektör endeksleri araştırması. *Van Yüzyüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Salgın Hastalıklar Özel Sayısı*, 293-320.
- The Economist Intelligence Unit. (2020). *Covid-19: the impact on healthcare expenditure*. https://pages.eiu.com/rs/753-RIQ-438/images/covid19_the-impact-on-healthcare-expenditure.pdf?mkt_tok=eyJpIj.
- Tözün, M. & Sözman, M. K. (2014), Halk Sağlığı Bakışı ile Sağlık Okuryazarlığı, *Smyrna Tıp Dergisi*, 2, 48-54.
- TÜBA. (2020). *Covid-19 Pandemi Değerlendirme Raporu*. Ankara: Türkiye Bilimler Akademisi.
- TÜSAP Sağlık Platformu. (2020). *Sağlık Finansmanı Raporu: Ulusal ve Uluslararası Ölçekte Sağlık Finansmanında Hastalık Yükü*. https://tusap.org/wp-content/uploads/2021/01/16nciTOPLANTI_yeni.pdf.
- Ulun, A. B. (2020). Covid-19 salgınının küresel düzeyde incelenmesi: Ekonomik etkiler ve vergisel önlemler. *Ekonomi İşletme ve Maliye Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 89-102.
- Uluslararası Çalışma Örgütü. (2021). *ILO Gözlem: Covid-19 ve Çalışma Yaşamı*. Güncellenmiş Tahminler ve Analiz. 07.07.2021 https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-ankara/documents/briefingnote/wcms_769693.pdf.
- U.S. Department of Health and Human Services, (2008). America's Health Literacy: Why We Need Accessible Health Information. *An issue brief from the US Department of Health and Human Services*. <https://health.gov/communication/literacy/issuebrief/>
- Vera-Valdes, J. E. (2021). The political risk factors of COVID-19. *International Review of Applied Economics*, 35(2), 269-287.
- Vernon, J.A., Trujillo, A., Rosenbaum, S., & Debuono, B. (2007). Low health literacy: Implications for national health policy. Washington, DC: Department of Health Policy, School of Public Health and Health Services, The George Washington University.
- Vernon, J. A. (2010). The High Economic Cost of Low Health Literacy in Iowa. *Policy Brief*. https://wisconsinliteracyorg.presencehost.net/file_download/111db518-362b-4590-bba8-25d1197b45d4.
- Zhang, Y. N., Chen, Y., Wang, Y., Li, F., Pender, M., Wang, N., ... & Fu, C. W. (2020). Reduction in healthcare services during the COVID-19 pandemic in China. *BMJ global health*, 5(11).
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A., & Greer, D. S. (2005). Understanding health literacy: An expanded model. *Health Promotion International*, 20(2), 195-203.
- World Bank Open Data. 03.08.2021. <https://data.worldbank.org/>.

World Health Organization. (2020). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>.

World Health Organization. (2021). *Coronavirus (COVID-19) Dashboard*. 10.08.2021 <https://covid19.who.int/>.

Worldometer Coronavirus Cases. (10.08.2021) <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>.