



# HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 26

Sayı/Number 3

Yıl/Year 2023

**Türkiye'deki Suriyelilerde Finansal ve Sosyal Faktörler Bağlamında Sağlık Hizmetlerine Erişim**

*Dilek UÇKAÇ, Cuma SUNGUR, Aziz BELLİ*

**Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi**

*Asiye TUNCAY, Meryem KILIÇ*

**Sağlık Statüsündeki Değişimler Kamu Harcama Bileşenini Etkiler mi? Gelişmiş Ülkeler Üzerine Bir Uygulama**

*Şuheda SAĞLAM, Oğuz KARA*

**The Effect of Health Research and Development Expenditures on Economic Growth**

*Gülray EKİNCİ, Ahmet KÖSE, Alper CİHAN, Haydar SUR*

**Hekim Göçünün Twitter Perspektifinden İncelenmesi**

*Ahmet ALKAN, Mihriban GÜDER, Kevser Hüsnâ ÖZYILDIZ, Tuğçe DERE*

**Sağlık Okuryazarlığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**

*Zeynep Ece KAN, Ekrem SEVİM*

**Pandemi Gölgesinde Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma**

*Mücahit ÇAVDAR, Özlem GÜÇ SUVAK*

**Yeşil Hastanelerde Sürdürülebilirlik Raporlaması Üzerine Personel Tutumlarının Araştırılması: Bir Kamu Hastanesi Örneği**

*Aydın ŞENOL, Sevgi ÜSTÜNKAYA, Halil AKKUŞ*

**COVID-19 Pandemisi Döneminde Bireylerin Sağlık Bilgisi Arama Davranışları: Ankara İli Örneği**

*Nazmiye EKİNCİ, G. Gülcan ŞEREMET*

**Spread of COVID-19 in European Countries: Are Stringencies Effective?**

*Gizem KAYA, Umut AYDIN, Burç ÜLENGİN, Melis ALMULA KARADAYI, Füsün ÜLENGİN*

**Dost Hastane Kavramı ve Türleri Üzerine Sistemik Bir Derleme**

*Sümeyye ÖZMEN, Seda KOYUNCU*

**İşyeri Yalnızlığı ile İşe Yabancılaşma Arasında Damgalamanın Aracılık Rolü**

*Mehmet Ali CANBOLAT, Kubilay ÖZER*

**Financial Performance Analysis of a Ministry of Health Hospital in the Aegean Region before and after Affiliation**

*Meryem DEMİRTAŞ, Ömer GİDER*

**Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Sağlık Arama Davranışı Arasındaki İlişki: Bir Alan Araştırması**

*Gülcan ŞANTAŞ, Fatih ŞANTAŞ, Selma KAYA*

**İlaç Sektöründe Hekimlerin Marka Sadakatini Etkileyen Faktörler**

*Yağmur KARATAŞ ERDEM, Bilge BAYKAL*

**Hastane Yöneticilerinin Yönetmelik Beceri, Bilişsel Esneklik ve İş Stresi Düzeyleri Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi**

*Gökhan ABA, Mustafa METE, Yasemin ASLAN, Dursun KANBUR, Aysu ZEKİOĞLU*

**A Systematic Review of Economic Evaluation Studies Regarding COVID-19**

*Dolunay Özlem ZEYBEK, Dilara ARSLAN*

**Kano Modelinin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliğine ve Kullanım Alanlarına İlişkin Kanıtlar: Sistemik Bir Derleme**

*Zehra Özge ÇANDERELİ*

**Hekim Göçü Açısından Türkiye'nin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi**

*Seda AYDAN*



HACETTEPE  
**SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ**

Cilt/Volume: 26

Sayı/Number: 3

2023

e-ISSN 2148-9041

**Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**  
**Hacettepe Journal of Health Administration**

**Cilt: 26 Sayı: 3 Yıl: 2023**

**Derginin Sahibi/Publisher**

Mehmet Cahit GÜRAN, Dekan V.  
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

**Teknik Editör/ 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 BAYIN DONAR	Hacettepe 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**

Beyza YAPICI	Furkan ŞAHİNBAŞ
Birol YETİM	Kübra SÜTCÜ
Büşra AKMAN	Şenol DEMİRCİ
Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI	Yasin ÇİLHOROZ

**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.

<b>Yayın Türü:</b>	Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)
<b>Yayının Yönetim Yeri:</b>	Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58
<b>Yayın Tarihi</b>	26.09.2023

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 Indeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) and Turkiye Atıf Dizini** databases.



## İÇİNDEKİLER

## Araştırma

- Türkiye'deki Suriyelilerde Finansal ve Sosyal Faktörler Bağlamında Sağlık Hizmetlerine Erişim  
Access to Health Services in the Context of Financial and Social Factors for Syrians in Turkey ..... 535-556  
*Dilek UÇKAÇ, Cuma SUNGUR, Aziz BELLİ*
- 
- Hemşirelerde Hasta Güvenliği Kültürünün Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi  
The Effect of Patient Safety Culture on the Tendency to Medical Errors of Nurses..... 557-574  
*Asiye TUNCAI, Meryem KILIÇ*
- 
- Sağlık Statüsündeki Değişimler Kamu Harcama Bileşenini Etkiler mi? Gelişmiş Ülkeler Üzerine Bir Uygulama  
Do Changes in Health Status Affect the Component of Public Expenditure? An Application in Developed Countries ..... 575-596  
*Şuheda SAĞLAM, Oğuz KARA*
- 
- The Effect of Health Research and Development Expenditures on Economic Growth  
Sağlıkta Araştırma ve Geliştirme Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerindeki Etkisi ..... 597-614  
*Gülay EKİNCİ, Ahmet KÖSE, Alper CİHAN, Haydar SUR*
- 
- Hekim Göçünün Twitter Perspektifinden İncelenmesi  
Examination of Physician Migration from the Perspective of Twitter ..... 615-640  
*Ahmet ALKAN, Mihriban GÜDER, Kevser Hüsna ÖZYILDIZ, Tuğçe DERE*
- 
- Sağlık Okuryazarlığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi  
Examination of the Relationships between Health Literacy and Rational Drug Use ..... 641-654  
*Zeynep Ece KAN, Ekrem SEVİM*
- 
- Pandemi Gölgesinde Akılcı İlaç Kullanımı ve Sağlık Okuryazarlığı İlişkisi: Kesitsel Bir Çalışma  
The Relationship of Rational Drug Use and Health Literacy in the under the Pandemic: A Cross-Sectional Research ..... 655-666  
*Mücahit ÇAVDAR, Özlem GÜÇ SUVAK*
- 
- Yeşil Hastanelerde Sürdürülebilirlik Raporlaması Üzerine Personel Tutumlarının Araştırılması: Bir Kamu Hastanesi Örneği  
Investigation of Staff's Attitudes to Sustainability Reporting in Green Hospitals: A Public Hospital Case..... 667-684  
*Aydın ŞENOL, Sevgi ÜSTÜNKAYA, Halil AKKUŞ*
- 
- COVID-19 Pandemisi Döneminde Bireylerin Sağlık Bilgisi Arama Davranışları: Ankara İli Örneği  
Health Information Search Behaviors of Individuals during the COVID-19 Pandemic Period: The Case of Ankara Province..... 685-706  
*Nazmiye EKİNCİ, G. Gülcan ŞEREMET*
- 
- Spread of COVID-19 in European Countries: Are Stringencies Effective?  
Avrupa Ülkelerinde COVID-19'un Yayılması: Devlet Politikaları Etkili mi? ..... 707-722  
*Gizem KAYA, Umut AYDIN, Burç ÜLENGİN, Melis ALMULA KARADAYI, Füsun ÜLENGİN*
- 
- Dost Hastane Kavramı ve Türleri Üzerine Sistematik Bir Derleme  
Systematic Review on the Concept and Types of Friendly Hospital..... 723-744  
*Sümeyye ÖZMEN, Seda KOYUNCU*

## Araştırma

İşyeri Yalnızlığı ile İşe Yabancılaşma Arasında Damgalamanın Aracılık Rolü  
Mediating Role of Stigmatization between Workplace Loneliness and Work Alienation ..... 745-760  
*Mehmet Ali CANBOLAT, Kubilay ÖZER*

Financial Performance Analysis of a Ministry of Health Hospital in the Aegean Region  
before and after Affiliation  
Ege Bölgesinde Bir Sağlık Bakanlığı Hastanesinin Afiliasyon Öncesi ve Sonrası Finansal  
Performans Analizi ..... 761-780  
*Meryem DEMİRTAŞ, Ömer GİDER*

Sağlık Okuryazarlık Düzeyi ile Sağlık Arama Davranışı Arasındaki İlişki: Bir Alan  
Araştırması  
The Relationship between Health Literacy and Health Seeking Behavior: A Field Research ..... 781-796  
*Gülcan ŞANTAŞ, Fatih ŞANTAŞ, Selma KAYA*

İlaç Sektöründe Hekimlerin Marka Sadakatini Etkileyen Faktörler  
The Factors Affecting Physicians' Brand Loyalty in Pharmaceutical Industry ..... 797-836  
*Yağmur KARATAŞ ERDEM, Bilge BAYKAL*

Hastane Yöneticilerinin Yönetmel Beceri, Bilişsel Esneklik ve İş Stresi Düzeyleri Arasındaki  
İlişkilerin İncelenmesi  
Examination of the Relationships between Managerial Skill, Cognitive Flexibility and Work  
Stress Levels of the Hospital Managers ..... 837-852  
*Gökhan ABA, Mustafa METE, Yasemin ASLAN, Dursun KANBUR, Aysu ZEKİOĞLU*

## Derleme

A Systematic Review of Economic Evaluation Studies Regarding COVID-19  
COVID-19 ile İlgili Yapılan Ekonomik Değerlendirme Çalışmalarına İlişkin Sistemati  
k İnceleme ..... 853-870  
*Dolunay Özlem ZEYBEK, Dilara ARSLAN*

Kano Modelinin Sağlık Sektöründe Uygulanabilirliğine ve Kullanım Alanlarına İlişkin  
Kanıtlar: Sistemati  
k Bir Derleme  
Evidence for the Applicability and Use Areas of The Kano Model in the Health Sector: A  
Systematic Review ..... 871-894  
*Zehra Özge ÇANDERELİ*

Hekim Göçü Açısından Türkiye'nin Çalışma Koşullarının Değerlendirilmesi  
Evaluation of Türkiye's Working Conditions in Terms of Physician Migration ..... 895-920  
*Seda AYDAN*

# TÜRKİYE'DEKİ SURİYELİLERDE FİNANSAL VE SOSYAL FAKTÖRLER BAĞLAMINDA SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM \*

Dilek UÇKAÇ \*\*  
Cuma SUNGUR \*\*\*  
Aziz BELLİ \*\*\*\*

## ÖZ


Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de yaşayan Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetleri kullanımı ile ilgili hem Suriyeli bireylerin hem de sağlık çalışanlarının görüşleri alınarak olası sorunların saptanması ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri sunmaktır. Çalışmada kullanılan sorular yerli ve yabancı kaynaklardan faydalanarak oluşturulmuş ve soruların geçerliliği konu hakkında fikir ve değerlendirmelerde bulunabilecek beş uzmanın görüşü alınarak sağlanmıştır. Kahramanmaraş ili bünyesinde geçici koruma altındaki Suriyeli sığınmacıların yanı sıra sağlık hizmeti sunumunun temel paydaşları olan hekim ve eczacılar ile mülakat yapılmıştır. Çalışmada yöntem olarak birer nitel araştırma tekniği olan betimsel ve içerik analizi araştırma tekniğinden yararlanılmıştır. İçerik analizinde veriler iki kez analiz edilmiş ve elde edilen sonuçlar karşılaştırılarak güvenilirliği artırılmaya çalışılmıştır. İçerik analizi yöntemi ile edinilen veriler kavramsal olarak açıklanmış, betimsel analiz aşamasında ise konu ile ilgili derinlemesine inceleme yapılarak, elde edilen bilgiler ışığında verilerin yorumlanarak genel eğilimlere ulaşmaya çalışılmıştır. Araştırmacı tarafından ilgililer ile görüşmeler yapılarak doldurulmuş ve elde edilen veriler "MAXQDA Version 20" ile analiz edilmiştir. Eczacılara göre Suriyeli sağlık hizmeti kullanıcıların sağlık hizmetlerine erişim önünde ciddi bir kısıtlayıcı faktörün olmadığı, taleplerini çoğu kez herhangi bir desteği ihtiyaç duymadan, çoğu ilaçları kolay ve ücretsiz olarak temin etmektedirler. Hekimlere göre Suriyeli hastaların Türkiye'deki sağlık sisteminin işleyişi hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmamaları sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlarken, maliyet artışına neden olabilmektedir. Suriyeli sağlık hizmeti kullanıcıların kendileri ile yapılan görüşme bulguları Türkiye'deki Suriyelilerin kısmen dil ve kültürel farklılıklara bağlı sorunlar yaşandığını gösterse de genelde sağlık güvencelerinin olması ve finansman kolaylığı sağlık hizmetlerine erişimi ve kullanımı önemli ölçüde artırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Göç, Suriyeli nüfus, geçici koruma, sağlık hizmetleri, Kahramanmaraş.

## MAKALE HAKKINDA

\* Bu çalışma, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Kamu Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında Doç. Dr. Aziz BELLİ ve Doç. Dr. Cuma SUNGUR danışmanlıklarında Dilek UÇKAÇ tarafından hazırlanan "Türkiye'ye Göç Eden Suriyelilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi ve Kullanımı: Kahramanmaraş İli Örneği" (2020) başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

\*\*Bilim Uzmanı., Mersin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümü, uckacd@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6233-1065>

\*\*\*Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, cumasongur@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1992-0742>

\*\*\*\*Doç. Dr., Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, İİBF, Kamu Yönetimi Bölümü, azizdarende@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1676-2769>

Gönderim Tarihi: 29.04.2022

Kabul Tarihi: 15.08.23

## Atıfta Bulunmak İçin:

Uçkaç, D., Sungur, C., & Belli, A. (2023). Türkiye'deki Suriyelilerde finansal ve sosyal faktörler bağlamında sağlık hizmetlerine erişim. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 535-556

## ACCESS TO HEALTH SERVICES IN THE CONTEXT OF FINANCIAL AND SOCIAL FACTORS FOR SYRIANS IN TURKEY\*

Dilek UÇKAÇ \*\*  
Cuma SUNGUR \*\*\*  
Aziz BELLİ \*\*\*\*

### ABSTRACT

The aim of this study is to determine possible problems and to offer solutions for these problems by taking the opinions of both Syrian individuals and healthcare professionals regarding the access and use of healthcare services by Syrians living in Turkey. The questions used in the study were created by making use of domestic and foreign sources, and the validity of the questions was ensured by taking the opinions of five experts who could make opinions and evaluations on the subject. In addition to Syrian refugees under temporary protection in Kahramanmaraş province, interviews were conducted with physicians and pharmacists, who are the main stakeholders of health service delivery. In the study, descriptive and content analysis research techniques, which are qualitative research techniques, were used as a method. In the content analysis, the data were analyzed twice and the results were compared and tried to increase its reliability. The data obtained by the content analysis method were explained conceptually, and in the descriptive analysis stage, an in-depth analysis was made on the subject, and general trends were tried to be reached by interpreting the data in the light of the information obtained. It was filled in by the researcher through interviews with the relevant people and the data obtained were analyzed with "MAXQDA Version 20". According to pharmacists, Syrian health care users do not have a serious limiting factor in their access to health services, and most of the time, they obtain most of their medicines easily and free of charge, without the need for any support. According to physicians, the fact that Syrian patients do not have enough information about the functioning of the health system in Turkey restricts access to health services and may lead to an increase in costs. Although the findings of the interviews conducted with the Syrian health service users themselves showed that the Syrians in Turkey experienced problems partially due to language and cultural differences, it was concluded that generally having health insurance and ease of financing significantly increased the access and use of health services.

**Keywords:** Migration, Syrian population, temporary protection, health services, Kahramanmaraş.

### ARTICLE INFO

\*This study has been derived from the dissertation titled "Access and Use of Health Services for Syrians Migrating to Turkey: The Case of Kahramanmaraş Province" which has been written by Dilek UÇKAÇ at the Master Program of department of Public Management, Sütçü İmam University, under the consultancy of Assoc. Prof. Aziz BELLİ, and Assoc. Prof. Cuma SUNGUR.

\*\*MSc., Mersin University, Department of Public Administration, uckacd@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6233-1065>

\*\*\*Assoc. Prof., Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Department of Health Management, cumasongur@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1992-0742>

\*\*\*\*Assoc. Prof., Kahramanmaraş Sütçü İmam University, Department of Public Administration, azizdarende@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1676-2769>

Received: 29.04.22

Accepted: 15.08.23

### Cite This Paper:

Uçkaç, D., Sungur, C., & Belli, A. (2023). Türkiye'deki Suriyelilerde finansal ve sosyal faktörler bağlamında sağlık hizmetlerine erişim. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 535-556

## **I. GİRİŞ**

Sağlık hizmetlerine erişim; kişi ve toplumunun sağlık bakım ihtiyacını karşılamak üzere temel sağlık hizmetlerinin sağlık profesyonellerince zamanında, eşit, ücretsiz sunulmasıdır. Bireylerin herhangi bir ayrıma konu olmaksızın “hasta” olarak kabul edilmesi öncelikli hedef olarak kabul edilmektedir. (Gözlü ve Tatlıdil, 2015). Bu bağlamda göçmenler ya da sığınmacılar; ırk, din, siyasi inanç veya ekonomik ve sosyal durum ayrımı yapılmaksızın, mümkün olan en yüksek standartlarda sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkına sahiptir. Göçmen sağlığı bir insan hakları konusudur (World Health Organization [WHO], 2018). Sağlık güvencesine olmayan yahut mevcut sağlık güvencesinin gerekli tedavi hizmetlerini karşılamada yetersiz olmasından dolayı pek çok göçmen ciddi sağlık problemleriyle karşılaşabilmektedir (Alcan ve Özsoy, 2019). Bu bağlamda çeşitli politikalar geliştirilerek kamusal hizmet sunumları ile ilgili dengesizliklerin kontrol altına alınmaya çalışıldığı ifade edilmektedir. Bu politikaların başında sağlık politikaları gelmektedir. Türkiye'ye 2011 yılı itibarıyla Suriye'den çok sayıda insanın göç ettiği ve göç etmeye devam ettiği belirtilmektedir. Suriye'den gelen bireylere geçici koruma statüsü verilerek çeşitli haklardan faydalanmalarının önü açılmıştır. Bu anlamda sığınma talebinde bulunanlara geçici koruma altında olduklarını belirten bir kimlik belgesi sağlanmaktadır. Bireyler bu belge ile sağlık hizmetlerinden yararlanmak için talepte bulunabilmekte, kimlik belgesi olmayanlar hizmetten yararlanma karşılığında belirli bir ücret ödemektedirler (Gültaş ve Balçık, 2018).

Tüm politika ve uyumlaştırma çabalarına rağmen, hizmet erişiminde aksaklıklar yaşanabilmektedir. Kaçak yollarla ülkeye giriş yapan yahut gerekli belgelere sahip olmayan, hakları ile ilgili yeterli bilgi edinememiş olanlar hizmet talep etmede çekimser davranabilmektedir. Ödeme gücü olmayan bireyler yalnızca acil durumlarda sağlık kuruluşlarına başvurmaktadır. Bu durum tedavi sürecine geçilmesini yavaşlatmakta kişilerin daha ciddi sağlık sorunları yaşamasına neden olabilmektedir. Kültürel farklılıktan kaynaklanan sorunlar ise konunun farklı bir boyutunu oluşturmaktadır. Kültürel farklılık unsuru daha çok cinsiyetçi bakış açısı, örf, adet ve anelerin süre gelen alışkanlıklar ve davranış kalıpları ile hareket edilmesi noktasında bireyleri yönlendirmesi gibi çeşitli unsurlar etrafında şekillenmektedir (Zengin ve Öztuna, 2018). Erkek hastaların kadın sağlık çalışanlarına tedavi olmak istememesi ve kadın hastaların erkek doktorlarla iletişim sorunu yaşaması, temeli benzer kurullarla atılan kültür farkının önemini vurgulamaktadır. Neticesinde bireyler sağlık hizmetlerinden faydalanamadıkları gibi sağlık personellerinin de görevlerini gerektiği gibi ihtiva etmelerine engel oluşturmaktadırlar. Hamile kadınların erkek doktor tarafından muayene edilmeyi kabul etmemeleri, doğumun gerçekleşmesi esnasında kadın doktor talep etmeleri bu durumun en belirgin örnekleri arasında gösterilebilir (Taşçı, 2007). Geçici koruma altındaki kişiler açısından durum irdelendiğinde, kadın hastalıklarının söz konusu olduğu durumlarda kültür farkının belirginleştiği sağlık hizmetlerinden faydalanma oranlarının düşük düzeyde olduğu dikkat çekmektedir (Gültaş ve Balçık, 2018). Kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım hizmetleri, sağlık kuruluşunda doğum, prenatal, antenatal ve postnatal vitamin desteği ve bakımı, aşılama ve tarama testleri ile jinekolojik muayene gibi koruyucu ve tedavi edici üreme sağlığı hizmetlerinden daha az faydalandıkları belirlenmiştir. Bu durum, tedavi edilebilir sorunların tanısının gecikmesine neden olabilmektedir. Dolayısıyla bu kişilerin yaşadıkları dezavantajlar sağlık hizmetlerine ulaşımın önemini ortaya koyabilmektedir (Bükecik vd., 2019, Hiçdurmaz ve Yüksel, 2020).

Geçici koruma altına alınan bu gruplar homojen değildirler, bu sebeple hepsinin sağlık durumlarını anlamak zordur. Bu grupların sağlıkları ve refahları ile ilgili farklı zorluklarla karşılaşılabilir ve farklı sağlık ihtiyaçları ortaya çıkabilir. Bu anlamda kötü sağlık durumu belirli bir coğrafyada yaşayan, toplumu oluşturanlar arasında genelleştirilemez. Örneğin mülteciler, sığınmacılar ve düzensiz göçmenler genellikle olumsuz sağlık koşulları açısından toplumun diğer bireyelerine göre daha yüksek risk altında kabul edilmektedirler. Çok sayıda mülteci ve göçmen; savaş ve çatışma gibi nedenlerle yoksul veya bozulmuş sağlık sistemlerinden daha iyi koşulların sağlandığı başka bir sağlık sistemine geçerken daha büyük sağlık risklerine maruz kalabilmektedir (WHO, 2018). Buhan ortamından gelmeleri nedeniyle ruhsal sarsıntı yaşamış olan yığınların, göç sürecinde yaşadıkları korku ve endişe hali de düşünüldüğünde psikolojik desteğe ihtiyaç duymamaları mümkün görünmemektedir. Bununla birlikte yaşanan ruhsal sarsıntının meydana getirdiği korku ve endişe halinin kronikleşmesi, stres

hissinin yoğun ve sürekli biçimde bireyleri baskılaması strese bağlı pek çok hastalığı da beraberinde getirebilmektedir. Gebe kadınların bu koşullar altında beklenenden önce doğuma girmesi, hem annenin hem çocuğun sağlığını olumsuz etkileyebilmekte, stresin etkisi ile anne ve bebeğin sürekli gözetim ve müşahede altında tutulması gerekebilmektedir (Hiçdurmaz ve Yüksel, 2020; Yavuz, 2015).

## II. GENEL OLARAK SAĞLIK HAKKI VE SAĞLIK HİZMETLERİNE ERİŞİM

### 2.1. Sağlık Hakkı

Sağlık hakkı evrensel bir kavram olması nedeni ile genel ifadeler ile tanımlanabilmektedir. Devletlerin anayasal güvence sağladığı sağlık hakkı, bireylerin talep etmeleri halinde sorunsuz biçimde erişebilecekleri bir düzeni gerekli kılmaktadır. T.C. 1982 Anayasası'nda sağlık hakkı pozitif hak olarak düzenlenmiştir. Pozitif haklar ikinci kuşak haklardır ve vatandaşa devletten isteme, talep etme hakkı vermektedir. Sağlık, fiziksel ve ruhsal iyi olma hali olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda devletin görevi bireyin herhangi bir sağlık problemi ile karşı karşıya kalması halinde tekrar ruhsal ve fiziksel bütünlüğüne ve iyi olma haline kavuşabilmesi için gerekli teknoloji ve tesisleri sağlaması olarak belirtilmektedir (Döner ve Kelek, 2015)

### 2.2. Sağlık Hizmetlerinin Erişilebilirliği

Sağlık hizmetlerine erişimim literatürde birçok tanımı olmakla birlikte, en temel anlamı sağlık hizmetlerinin ihtiyaca göre zamanında kullanılmasıdır (Peters vd., 2008). Göçmenler sağlık hizmetlerine erişimde ekonomik nedenlerin dışında çok sayıda nedenden ötürü engel ile karşılaşmaktadır (Chuah vd., 2018). Göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimde karşılaştıkları temel engeller; yapısal engeller, uzun bekleme süreleri, ulaşımında yaşanan aksaklıklar, hizmetler ve haklar konusunda bilinçli olmama, hizmet sunan ve hizmet talep eden kesimin farklı dilleri konuşuyor olmaları ve iletişimde yaşanan aksaklıklar, sığınmacı ve göçmenlerin güven problemi yaşamaları, maddi yetersizlikler, ayrımcı bakış açısı ve önyargılı yaklaşımların hizmet talep eden kesime yansımaları olarak belirtilebilir (Barrios-Paoli, 2023; Nellums vd., 2018).

Sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, sunulan haklar dâhilinde hizmetlerden faydalanabilmek, gerektiğinde kolayca bu hizmetlere erişebilmek şeklinde tanımlanmaktadır. Toplumunu oluşturan bireylerin her birinin bu hizmetlerden eşit düzeyde faydalanabilmesi, bu bağlamda bir ülkede yaşayan o ülkenin vatandaşları haricinde mevcut göçmen, mülteci ve sığınmacılara da bu imkânlardan faydalanma hakkının sunulması, hizmetlerin karşılanması noktasında son derece önemlidir. Bu bağlamda bireysel sağlık kadar toplumsal sağlığın da önemli olduğu, hastalıkların bireyleri ilgilendirdiği kadar toplum sağlığına da etki ettiği varsayımı ile hareket etmenin önemi vurgulanmaktadır (Songür, 2016).

Çeşitli nedenlerle ülkelerini terk etmek zorunda kalan çok sayıda insan başka ülkelere yerleşmekte ve o ülkelerin hizmetlerinden faydalanmaktadır. Göç süreci ve sonrası akut, kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklara karşı hassasiyetin artmasına karşın, sağlık ve sosyal hizmetlere erişim ile ilgili politikaların yetersizliği mülteci ve göçmenlerde yaşamı tehdit eden komplikasyonlara neden olabilir. Bu sebeple mülteciler ve göçmenlerin sağlığının hızlı bir şekilde gözden geçirilmesi ve geliştirmesi için küresel olarak kullanılan çeşitli stratejiler harekete geçirilmesi faydalı olabilmektedir. Göçmen ya da sığınmacılara yönelik sağlık konularında bilgi materyallerinin geliştirilmesi, sağlık tarama programlarının sağlanması, sağlık destek ve danışma hizmetlerinin oluşturulması genel düzeyde sağlanabilecek stratejiler arasında yer almaktadır (WHO, 2018). PAHO/WHO (2019)'ya göre göçmenlere yönelik sunulan temel sağlık hizmetlerinde şu hususlara odaklanmak gereklidir:

- Sınır bölgelerindeki topluluklar da dâhil olmak üzere göçmenlere kapsamlı ve erişilebilir sağlık hizmeti vermek için ihtiyaçlarının belirlenmesi,
- Göçmenlerin sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik planlar, politikalar ve programlar oluşturmak,
- Acil sağlık bakım ihtiyaçlarına yönelik planlar geliştirilmesi,

- Tüm hastalık türleri (bulaşıcı, bulaşıcı olmayan ve akıl sağlığı hastalıkları) ile risk faktörlerinin yönetimine yönelik kısa ve uzun vadeli önleme ve kontrol müdahaleleri geliştirmesi,
- Kadın üreme ve anne-çocuk sağlığı hizmetlerinin izlenmesini ve sağlanmasını sağlamanın yanı sıra travma ve şiddet mağduru olan kişilerin özel sağlık bakım ihtiyacının karşılanması ve gerekli önlemlerin alınması,
- Göçmen topluluklar da dahil olmak üzere ulaşılması zor nüfus gruplarının ulusal aşı kampanyalara dahil edilmesi,
- Sağlık hizmetlerinde sürekliliği ve bakım kalitesini artırmak için yeterli kaynak sağlanması, sağlık hizmetlerinin zihinsel, fiziksel ve duyuşsal bozuklukları olan nüfuslar da dahil olmak üzere herkes için erişilebilir ve kapsayıcı olmasının sağlanması,
- Göçmenlerin sağlık sevk ve tedavi işlemlerinin sağlık bilişim sistemi ile desteklenmesi,
- Sağlık hizmeti sunumunda kültürler arası ve sosyal belirleyicilere dikkat edilmesi,
- Göçmenlere yönelik duyarlı sağlık hizmeti sunabilecek nitelikte sağlık çalışanları dahil edilmesi, bu bağlamda sağlık çalışanlarının eğitilmesi ve bilinçlendirilmesi,
- Ulusal ve yerel düzeyde göçmenlere yönelik verilen sağlık hizmetleri hakkında bilgi verilmesidir.

Toplum sağlığının korunması için göçmenlerin sağlık bakımına erişimine ilişkin ulusal politika esastır. Özellikle ayrımcı toplum yapısı genel sağlık statüsünün zayıflamasına ve sağlık sistemi üzerinde daha büyük bir yüke neden olabilmektedir (American College of Physicians, 2011). Sağlık çalışanlarının eşitlikçi ve adil bir bakış açısı geliştirerek sığınmacıların bilgilendirilmesine yardımcı olmalarının gerekliliği vurgulanmaktadır. Sığınmacıların hizmet taleplerinin yerine getirilmesi noktasında, kültürel farklılıkların dikkate alınarak özel alanlarına saygı gösterilmesinin gerekliliği, sığınmacılar ile oluşturulacak güven ortamı için önemli bir adım olarak kabul edilmektedir. Bu anlamda yalnızca doktorlar değil hizmet sunan kurumdaki personellerin tümü sürece dâhil edilmelidir (Önal, 2015). Bunlara ek olarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için bir strateji olarak sağlıkta iletişim ağlarının güçlendirilmesi ve sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi ev sahibi ülkedeki sağlık eşitsizliklerini azaltmanın etkili bir yolu olabilir (WHO, 2018). Genel olarak geniş nüfus gruplarının fiziksel, coğrafik ve diğer faktörlerden kaynaklanan erişim problemlerini aşmak için öncelikle büyük maliyetlerin sağlanması ve gerekli yatırımların yapılması gerekmektedir. Bu ilk aşamada büyük finansal kaynak gerektirse de uzun vadede genel maliyetlerin düşmesine, sunulan hizmetin daha kolay erişilebilir ve kaliteli olmasına katkı sağlayabilir. Bu, hastalar için olduğu kadar klinik personel için de önemlidir (Songur, 2016).

### III. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Yöntemi

Bu çalışmanın amacı; Türkiye'de yaşayan Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişim ve hizmetleri kullanımı ile ilgili hem Suriyeli bireylerin hem de sağlık çalışanlarının görüşleri alınarak olası sorunların saptanması ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri sunmaktır. Bu bağlamda yürütülen çalışma ve yapılan araştırmalar "Türkiye'de yaşayan Suriyeliler sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda sorun yaşamakta mıdır?" sorusuna yanıt bulmayı hedeflemiştir. Güncelliğini koruyan bir konu olması nedeniyle literatürde çok sayıda çalışma vardır. Ancak kaynak çeşitliliği açısından farklı bir perspektif sunması, Suriyelilerin yoğun olarak yerleşim sağladığı ve sağlık ağını ivedi olarak kullandığı bir kent merkezinin tercih edilmesi çalışmanın gerçekçi bilgiler sunması açısından önem arz etmektedir. Çalışmanın alana diğer bir katkısı ise, söz konusu bireylerin literatüre hangi statü altında dahil olduğu ile ilgilidir. Yoğun araştırmalar, kaynak taramaları ve konunun uzmanı bireylerle istişare sonucunda edinilen bilgi Türkiye'de yaşayan Suriyelilerin mülteci, göçmen ya da sık biçimde anıldığı gibi sığınmacı olmadıkları yönündedir. Geçici koruma altındaki bireyler yahut Türkiye'de yaşayan Suriyeliler şeklinde ifadeler kullanmak yerinde olacaktır. Çalışmada nitel araştırma desenlerinden içerik analizi ve betimsel analiz yöntemi tercih edilmiştir. Araştırmanın konusu ilgili yerli yabancı kitaplar, makaleler, tezler, derlemeler, uluslararası antlaşmalar ve müktesebatlar, kanunlar, yönetmelikler, yönergeler, bakanlık ve kurum raporları, yerel ve ulusal basın yayınları veri kaynağı olarak kullanılmıştır. İçerik analizi ile edinilen veriler kodlanarak yorumlanmaya hazır hale

getirilmiştir. Betimsel analiz yönteminin kullanılmasındaki sebep ise sahada araştırma grupları ile gerçekleştirilen derinlemesine mülakatların karşılaştırma yoluyla analizini yapabilmektir.

Nitel yöntemin kullanılması ile göçün sebeplerini, göçe neden olan temel dinamikleri, bu konunun temel öznesi olan bireylerin kendi anlatımları ve deneyimleri ile ortaya koymak hedeflenmiştir. Çalışmanın yürütülebilmesi için gerekli olan etik kurul izni, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulunun 14.08.2020/E30595 tarih ve sayılı yazısı ile alınmıştır.

Literatür taraması sonucunda elde edilen bilgiler ve değerlendirmeler neticesinde oluşturulan sorular vasıtasıyla standartlaştırılmış açık uçlu görüşme yöntemi kullanılarak yapılan görüşmelerde, mülakat yapılan tüm bireylere aynı temel soruların sorulması ile veriler toplanmış, bu bağlamda katılımcıların görüşleri alınarak karşılaştırmalar yapılmıştır. Araştırmanın amacına uygun olan mülakat soruları, araştırmacı tarafından ilgililer ile görüşmeler yapılarak doldurulmuştur. Katılımcılar ile yapılan görüşmeler sonucu formlar doldurulduktan sonra "MAXQDA Version 20" ortamında veriler girilerek soruların niteliğine göre çeşitli analizler uygulanmış ve sonuçları yorumlanmıştır.

### 3.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

2011 yılından itibaren Suriyelilerin zorunlu olarak yaptıkları göçler Türkiye'nin hemen her bölgesini etkilemiştir. Bilhassa Suriye ile sınırı olan şehirler ve civar yerleşim yerleri yoğun biçimde göç almıştır. Kahramanmaraş ili bu anlamda Suriyeli nüfusun en fazla olduğu iller arasında (92.334 kişi) 12. sıradadır. Suriyeli nüfusun il nüfusuna oranı ise 2020 verilerine göre %8'dir. (Mülteciler Derneği, 2020). Bu veriler ışığında çalışmanın evreni olarak Kahramanmaraş ilinin seçilmesi hem Suriyelilerin yoğun biçimde ikamet ettikleri bir şehir olması hem de sağlık hizmetleri ile ilgili genele dair çıkarımlar yapılabilecek bir kent olmasından kaynaklanmaktadır. Büyükşehir olması ve sağlık hizmetleri bakımından birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarının mevcudiyeti araştırmanın detaylı yürütülebilmesi açısından önemlidir.

Çalışmada seçkisiz olmayan örnekleme yöntemlerinden amaçsal örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın evrenini temsil edebilecek düzeyde minimal gruplar oluşturularak genele ilişkin çıkarımlar yapabilmeyi mümkün kılan bu yöntemde seçilen gruplar araştırma konusuna dair sorulara yanıt verebilecek konumda olan kimselerden seçilmektedir. Grupların gelişigüzel seçilmemesi bulguların ve elde edilen verilerin karşılaştırılabilir olması araştırma probleminin incelenebilmesi araştırmanın doğruluğu ve güvenilirliği açısından önemlidir (Ergin, 1994). Çalışmanın ana evrenini Kahramanmaraş ili oluşturmaktadır. Katılımcı gruplar Kahramanmaraş ilinde yaşayan ve bu ilde hizmet veren doktor ve eczacılar ile hizmet talep eden Suriyeli sığınmacılardan oluşmaktadır. Farklı gruplara aynı soruların sorulmasındaki amaç sağlık hizmetlerinden faydalanan ve bu hizmetleri sunan grupların görüşlerini karşılaştırmak, mevcut sorunları her grup açısından ele alarak çözüm önerileri getirmektir. Evren olarak seçilen bu ilde doktorların sayısı 26, eczacıların sayısı 16 ve Suriyeli sığınmacıların sayısı 35'tir. Örneklem büyüklüğü de toplamda 77 kişiden oluşmaktadır.

## IV. BULGULAR

Çalışmanın bu kısmında katılımcıların demografik özellikleri ile birlikte göç eden Suriyelilerin sağlık hizmetine erişimi ve kullanımına ilişkin hekimlere, eczacılara ve Suriyeli sığınmacıların kendilerine yönetilen açık uçlu sorular üzerinde yapılan analiz ve bulgu sonuçlarına yer verilmiştir.

### 4.1. Eczacıların Görüş ve Değerlendirmeleri

Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişim noktasındaki mevcut durumları ve yaşadıkları sorunlara dair eczacıların ne düşündükleri ve olası sorunlara ilişkin neler yapılabileceği sorulmuştur. Eczacılarla yönetilen sorulardan elde edilen betimsel ifadeler ile bu ifadelerden elde edilen bulguların içerik analizi sonuçları aşağıda ele alınmıştır.



#### 4.1.1. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin İletişim Sorunlarına İlişkin Eczacıların Görüşleri

Suriyeli sığınmacıların sağlık kurumlarında ve sağlık hizmetlerinde olası yaşadıkları iletişim sorunlarına ilişkin toplamda 16 eczacının görüşlerine başvurulmuştur. İletişim sorunlarına ilişkin alınan eczacı görüşlerinden hareketle öncelikle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Tablo 1). Elde edilen bulgu sonuçlarına göre eczacıların büyük bir çoğunluğu (16 eczacının 14'ü ya da %87,5) Sağlık kurumlarında ve sağlık hizmetlerinde herhangi bir iletişim sorunu yaşamadıkları belirtmektedir. Suriyeli nüfusun iletişim sorunu yaşamadıklarına ilişkin görüşleri destekleyen toplamda 9 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 25'tir. Diğer taraftan iletişim sorunu yaşadıklarını destekleyen toplamda 2 kod oluşturulmuştur. Buna ilişkin frekans ise 4 olarak belirlenmiştir. Genel yüzdeye bakıldığında katılımcıların 86,20 gibi bir çoğunluğu Suriyelilerin uzun süredir Türkiye'de yaşamaları, dil çeviri programları kullanarak iletişim sağladıkları gibi gerekçelerle iletişim sorunu yaşamadıklarını ifade etmişlerdir. % 13,79'u ise tercüman sıkıntısı yaşadığını ve Geçici koruma altında bulunan kimselerin ilaçları nasıl kullanmaları gerektiği konusunda sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 1. İletişim Sorunlarına İlişkin Eczacıların Görüşleri**

İletişim sorunu Yaşamadıklarına Dair Kodlar	Frekans	Grup Yüzde	Genel Yüzde
Uzun zamandır Türkiye'de yaşama	7	28	24,13
Türkçe bilen yakınlarından destek alma	6	24	20,68
Sağlık kuruluşlarında tercüman bulundurulma	4	16	13,79
İlaçlar kolayca temin etme	2	8	6,89
Eczane çalışanlarının Arapça bilmesi	2	8	6,89
Eczacılar odası tarafından eczacılara Arapça eğitim	1	4	3,44
Eş zamanlı olarak dil çeviri programlarını kullanma	1	4	3,44
İletişim konusunda sıkıntı yaşamama	1	4	3,44
Hangi ilacın niçin kullandığını anlama	1	4	3,44
<b>Toplam</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>86,20</b>

Suriyeli bireylerin iletişim sorunu yaşamadıklarını destekleyen kodlar ve bunlara ilişkin frekans dağılımı genel olarak incelendiğinde, Suriyeli sığınmacıların uzun zamandır Türkiye'de yaşamalarına bağlı olarak zamanla Türkçeyi öğrenmeleri, dil sorunu yaşayan Suriyeli bireylerin ise eczanelere müracaatları esnasında Türkçe bilen yakınlarından dil ve tercümanlık desteği almaları ve eczanelerde Arapça bilen tercüman bulundurulması gibi nedenlerle iletişim sorunu yaşanmadığı savunulmaktadır. Çalışmaya katılan bir eczacı Suriyeli bireylerin eczanelerde iletişim sorunu yaşanmadığını destekleyen aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

*“Genel anlamda sağlık hizmetleri alırken iletişim problemi yaşadıklarını düşünmüyorum. Kamp Merkezinde Eczacı Odasının eczanesi var. Orada Suriyeli hastaların yazdırdıkları reçeteler toplanıyor. Bu reçeteler merkezdeki üç ayrı eczaneye dağıtılıyor. İlaçlar kolayca temin ediliyor bu şekilde. Bizim eczanemize başvuranlar ise sınırlı sayıda çünkü Suriyeliler için hizmet veren aile sağlığı merkezleri var genellikle oralarda muayene olup o çevredeki eczanelerden ilaçlarını temin ediyorlar. O eczanelerden yoğun olarak Suriyeliler ilaç aldığı için tercüman hizmeti verilebiliyor. Bize başvuranlar ise Google Çevirici kullanıyorlar. Yani Türkçe söylediklerimizi yazıyorlar ve Arapça karşılığına bakıyorlar. Telefonla Türkçe bilen yakınlarını arıyorlar bazen de biz onlara anlatıyoruz onlarda hastaya. Eczacı Odası olarak eczacılara temel bir eğitimde verildi, basit Arapça ifadeler ile eczacıların kendilerini ifade edebilmesi sağlandı”.*

#### 4.1.2. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Genel Olarak Sağlık Hizmetlerine Erişimini ve Sağlık Hizmetleri Kullanımını Kısıtlayan Faktörlere İlişkin Eczacıların Görüşleri

Suriyelilerin sağlık kurumlarına ve sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımlarını kısıtlayan faktörlere ilişkin toplamda 16 eczacının görüşlerine başvurulmuştur. Erişim ve kullanım sorunlarına ilişkin alınan eczacı görüşlerinden hareketle öncelikle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Tablo 2). Elde edilen bulgu sonuçlarına göre eczacıların büyük bir çoğunluğu (16 eczacının 15'i ya da %93,75) Suriyelilerin sağlık kurumlarına ve sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında herhangi kısıtlayıcı bir faktörle karşılaşmadıklarını, sorun yaşamadıklarını belirtmektedir. Suriyeli bireylerin erişim ve kullanım sorunu yaşamadıklarına ilişkin görüşleri destekleyen toplamda 4 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 20'dir. Diğer taraftan Suriyelilerin hizmetlere erişim ve hizmetleri kullanım noktasında sorun yaşadıklarını destekleyen toplamda 1 kod oluşturulmuştur. Buna ilişkin frekans ise 1 olarak belirlenmiştir. Genel yüzde incelendiğinde katılımcıların neredeyse tamamına yakını (%95, 28) olumlu görüş bildirmiştir. Geriye kalan bir kişi ise (%4,76) Sevk zincirinde yaşanan aksaklıkların kısıtlayıcı bir faktör olduğunu ifade etmişlerdir.

**Tablo 2. Sağlık Hizmetlerine Erişim ve Kullanım Sorunlarına İlişkin Eczacıların Görüşleri**

<b>Kısıtlayıcı bir Faktör Olmadığına Dair Kodlar</b>	<b>Frekans</b>	<b>Grup Yüzdesi</b>	<b>Genel Yüzde</b>
Kısıtlayıcı bir faktörün olmaması	8	40	38,09
Genel sağlık sigortası kapsamında olma	7	35	33,33
T.C. vatandaşlarından daha avantajlı olunması	3	15	14,28
Sağlık hizmetlerinden eşit şekilde faydalanma	2	10	9,52
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>95,23</b>
<b>Kısıtlayıcı Olduğu Düşünülen Kodlar</b>	<b>Frekans</b>	<b>Grup Yüzdesi</b>	<b>Genel Yüzde</b>
Sevk zincirinde aksamalar	1	100	4,76
<b>Toplam</b>	<b>1</b>	<b>100</b>	<b>4,76</b>

Çalışmaya katılan bir eczacı Suriyelilerin eczanelerde hizmetlere erişim ve hizmetleri kullanım sorunu yaşanmadığını destekleyen aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

*“Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimleri ile ilgili kesinlikle bir kısıtlama olduğunu düşünmüyorum. Türk vatandaşları ilaca katılım payı muayene ücreti verirken mülteciler herhangi bir ücret ödemedi alabiliyorlar Türk vatandaşlarından daha avantajlı diyebilirim.*

#### 4.1.3. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Hizmetlerden Faydalanmaları ile Örf, Adet ve Kültürel Değerleri Arasındaki İlişkiye Dair Eczacıların Görüşleri

Suriyeli bireylerin kültürel değerlerden kaynaklı sorun yaşamadıklarını destekleyen kodlar ve bunlara ilişkin frekans dağılımı genel olarak incelendiğinde, benzer toplum yapısına sahip olmanın kültürel bir sorun teşkil etmemesi, farklı kültürel değerlere sahip olursa dahi sağlık çalışanlarının bu farklılıklara saygılı olması, Suriyeli sağlık çalışanlarının hizmet sunan kesimde yer alması, kadın ve erkek sağlık çalışanları arasında sınımacının tercih yapabilme şansı olduğu belirtilmektedir. Bu durumdan kaynaklanan sorunların varlığına ilişkin ise, farklı örf ve adetlere sahip olmanın getirdiği dezavantaj olarak, kadın hastaların eşleri olmadan hizmet talep etmede çekimser davranmaları, eşleri yahut oğulları aracılığı hizmet almaları ifade edilmiştir. Burada dikkat çeken husus kültür farkı olarak addedilen durumun cinsiyet farkından kaynaklanıyor olmasıdır. Kadın ve erkek Suriyeli hastalar arasında hizmetlere erişim ve bu hizmetleri kullanımda söz konusu farklılıklar kadınların dezavantajlı konumda olmalarına neden olmaktadır.

**Tablo 3. Örf, Adet ve Kültürel Değerlerden Kaynaklanan Sorunlara İlişkin Eczacıların Görüşleri**

<b>Kültürel Farklılıklarının Sorun Teşkil Ettiğine Dair Kodlar</b>	<b>Frekans</b>	<b>Grup Yüzdesi</b>	<b>Genel Yüzde</b>
Kadın Hastalarda Çekimsizlik	3	75,00	14,28
Farklı Kültürel Değerler	1	25,00	4,76
<b>Toplam</b>	<b>4</b>	<b>100,00</b>	<b>19,04</b>
<b>Kültürel Farklılıklarının Sorun Teşkil Etmediğine Dair Kodlar</b>	<b>Frekans</b>	<b>Grup Yüzdesi</b>	<b>Genel Yüzde</b>
Suriye'den Daha Avantajlı Konumda Olma	1	5,88	4,76
Suriyeli Sağlık Çalışanlarının Varlığı	3	17,64	14,28
Kadın Hastaların Çekimsizlik Yaşamama	3	17,64	14,28
Farklı Kültürel Değerlere Saygılı Sağlık Çalışanları	3	17,64	14,28
Sağlık çalışanları Arasında Tercih Şansı	2	11,76	9,52
Benzer Kültürel Değerler	5	29,41	23,80
<b>Toplam</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>80,95</b>

Çalışmaya katılan bir eczacı Suriyelilerin eczanelerde örf ve adetlerin hizmetlere erişim ve hizmetleri kullanım noktasında sorun teşkil etmediğini aşağıdaki ifadeleri kullanarak desteklemiştir:

*“Örf adet ve kültürel açıdan, kendi vatandaşlarımız arasında da farklılıklar mevcut, yani farklı kültürel değerlere sahip çok sayıda vatandaşımız var ama özgür ve hür bir ülkede yaşadığımız için herkes saygı ve sevgi çerçevesinde sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım sağlıyor bundan dolayı bir problem yaşadıklarını düşünmüyorum.”*

#### **4.1.4. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Olumsuz ve Ayrımcı Tutumla Karşılaşmalarına İlişkin Eczacıların Görüşleri**

Suriyelilerin olumsuz ve ayrımcı bir yaklaşım olmadığını destekleyen kodlar ve bunlara ilişkin frekans dağılımı genel olarak incelendiğinde; sağlık çalışanlarının herkese eşit muamele yaptığı, ayırım gözetilmeksizin hareket edildiği, ancak bazı eczanelerin anlaşmalı olmadıkları için ilaçları Suriyelilere ücretsiz verme yetkilerinin olmadığı, bu gibi durumlarda anlaşmalı sığınmacıların eczanelere yönlendirilerek oluşabilecek mağduriyetin önüne geçildiği ifade edilmiştir. Elektronik reçete sistemine geçildiği ve manuel reçetelerin kabul edilmediğini ifade eden görüşmeciler bu gibi durumlarda benzer şekilde hastaları yönlendirerek ilacı yazdırmaları gerektiğini izah ettiklerini ifade etmişlerdir. Olumsuz yaklaşıldığını destekleyen görüşmeciler ise, bu olumsuzluğun karşılıklı olduğunu, sığınmacıların tüm ilaç ve tıbbi malzemenin ücretsiz olduğunu iddia ederek fark ödemeleri gereken ilaçlar için bu ödemeyi yapmayı kabul etmediklerini, eczanelerde sorun çıkararak çalışanların işlerini yapmalarında zorluk çıkardıklarını ifade etmişlerdir.

**Tablo 4. Olumsuz ve Ayrımcı Tutumla Karşılaşma Durumuna İlişkin Eczacıların Görüşleri**

<b>Olumsuz ve Ayrımcı Yaklaşılmadığına Dair Kodlar</b>	<b>Frekans</b>	<b>Grup Yüzdesi</b>	<b>Genel Yüzde</b>
Aynı Reçeteleme Sisteminin Kullanılması (elektronik reçete sistemi)	1	5,88	5,26
Anlaşmalı Olmayan Eczaneler	2	11,76	10,52
Pozitif Ayrımcılık	2	11,76	10,52
Davranışlarda Herkese Eşit Yaklaşım	12	70,58	63,15
<b>Toplam</b>	<b>17</b>	<b>100,00</b>	<b>89,47</b>
<b>Olumsuz ve Ayrımcı Yaklaşıldığına Dair Kodlar</b>	<b>Frekans</b>	<b>Grup Yüzdesi</b>	<b>Genel Yüzde</b>
İletişim Problemi	2	100,00	100,00
<b>Toplam</b>	<b>2</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>

Çalışmaya katılan bir eczacı Suriyelilere eczanelerde olumsuz ve ayrımcı yaklaşılmadığını destekleyen aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

“Hayır düşünmüyorum. Ne hastanelerde ne eczanelerde ne de herhangi bir sağlık kurumunda Türk ya da Suriyeli diye bir ayırım yapıldığına şahit olmadım. Çünkü bilimsel ilerliyoruz hata yapma lüksümüz yok. Örneğin ilaç vermek için önce Türk vatandaşlarının ihtiyaçlarını karşılayıp sonra Suriyelilerle ilgilenme gibi bir durum söz konusu olamaz. Nöbetlerde tek eczane çalışır akşamları Önce Türk sonra Suriyeli diyemeyiz. Irk, dil, din, kültür farkı gözetmeksizin herkese eşit muamele etmek bizim görevimiz.”

#### 4.1.5. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Sağlanan İlaç ve Tıbbi Desteğin Yeterliliğine İlişkin Eczacıların Görüşleri

Suriyeliler için sağlanan ilaç ve tıbbi desteğin yeterliliğine ilişkin toplamda 16 eczacının görüşlerine başvurulmuştur. Karşılaşılabilecekleri sorunlara ilişkin alınan eczacı görüşlerinden hareketle öncelikle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Tablo 5). Elde edilen bulgu sonuçlarına göre eczacıların tamamı (16 eczacının 16’sı ya da %100’ü) Suriyeliler için sunulan ilaç ve tıbbi desteğin yeterli olduğunu destekleyen ifadeler kullanmıştır. İlaç ve tıbbi desteğin yeterli bulunulduğuna dair görüşleri destekleyen toplamda 5 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 21’dir.

**Tablo 5. Sunulan İlaç ve Tıbbi Desteğin Yeterliliğine İlişkin Eczacıların Görüşleri**

İlaç ve Tıbbi Destek Konusunda Sorun Yaşamadıklarına Dair Kodlar	Frekans	Grup Yüzdeleri	Genel Yüzde
Hizmetlerden Ücretsiz Faydalanma	9	42,85	42,85
T.C. Vatandaşları ile Eşit Konumda Olma	5	23,80	23,80
T.C. Vatandaşlarından Avantajlı Konumda Olma	5	23,80	23,80
Eczanelerin Yeterli Sayıda Olması	1	4,761	4,76
Hakları Konusunda Bilgi Sahibi Olma	1	4,761	4,76
<b>Toplam</b>	<b>21</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Sunulan ilaç ve tıbbi desteğin yeterli olduğuna dair kodlar ve bunlara ilişkin frekans dağılımı genel olarak incelendiğinde, Türk vatandaşlarına sunulan hizmetler ve imkânların Suriyeli sığınmacılara da sunulduğu, Türk vatandaşların avantajlı olarak bu hizmetlerden faydalanırken ilaç ve muayene için kesilme ya da katılım payı ödeme gibi durumlarla karşılaşmadıkları ifade edilmiştir. Katılımcıların tamamı bu konuda benzer görüşlere sahiptir.

#### 4.2. Doktorların Görüş ve Değerlendirmeleri

Geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimi ve sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin doktorların görüş ve değerlendirmelerini ortaya koymak üzere hazırlanan soru formu toplamda 8 sorudan oluşmaktadır. Hazırlanan soru formunda genel olarak Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişim noktasındaki mevcut durumları ve yaşadıkları sorunlara ilişkin doktorların düşünceleri ve olası sorunlara ilişkin neler yapılabileceği sorulmuştur. Doktorlara yöneltilen sorulardan elde edilen betimsel ifadeler ile bu ifadelerden elde edilen bulguların içerik analizi sonuçları aşağıda ele alınmıştır.

##### 4.2.1. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Hakları ile İlgili Bilgi Düzeylerine Dair Doktorların Görüşleri

Suriyelilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için sunulan haklar konusunda bilinç düzeylerini anlamaya yönelik olarak toplamda 26 doktorun görüşüne başvurulmuştur. Sağlık hizmetleri olarak sunulan haklar doğrultusunda, sığınmacıların bilgi ve bilinç düzeyinin sağlık kuruluşlarına ve sağlık çalışanlarına yansımalarına ilişkin alınan doktor görüşlerinden hareketle öncelikle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Tablo 6). Elde edilen bulgu sonuçlarına göre görüşmecilerin çoğunluğu (26 doktorun 15’i ya da %57,69) sağlık kurumlarında ve sağlık hizmetlerinde haklarını bilmemelerinden kaynaklanan herhangi bir sorun yaşamadıklarını

belirtmektedir. Suriyelilere sunulan haklar ile ilgili bilgi sahibi oldukları ve bu konu ile ilgili sorun yaşamadıklarına ilişkin görüşleri destekleyen toplamda 5 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 14'tür. Suriyelilerin hakları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olmadıkları ve bu durumun sonucu olarak sorun yaşadıklarını destekleyen toplamda 4 kod oluşturulmuştur. Buna ilişkin frekans ise 24 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların yanıtlarına göre oluşturulan genel yüzde incelendiğinde yanıtların %63,15'i Geçici koruma altındaki bireylerin sağlık haklarına ilişkin bilgi sahibi olmadıklarını ifade ederken, %36,84'ü sağlık hakları ile ilgili bilgi sahibi olduklarını belirtmişlerdir.

**Tablo 6. Sağlık Hakları Bilincine Dair Doktorların Görüşleri**

Sağlık Hakları ile Bilgili Bilgi Sahibi Olmadıklarına Dair Kodlar	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Sağlık Sisteminin İşleyişi	11	45,83	28,94
Sağlık Kuruluşlarında Basamak Kavramı	8	33,33	21,05
Mecburi Durumlarda Hizmet Talebi	3	12,5	7,89
Dil Sorunu	2	8,33	5,26
<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>63,15</b>
Sağlık Hakları ile Bilgili Bilgi Sahibi Olduklarına Dair Kodlar	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Kolay Muayene	6	42,85	15,78
Sağlık Kuruluşlarında Basamak Kavramı ile İlgili Bilgi	3	21,42	7,89
Yoğun Hizmet Talebi	2	14,28	5,26
Sağlık Hakları ile İlgili Kendi Aralarındaki İletişim	2	14,28	5,26
Uzun Süredir Türkiye'de Yaşama	1	7,14	2,63
<b>Toplam</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>36,84</b>

Uzun süredir Türkiye'de ikamet eden ve birbirleri ile iletişim halinde olan Suriyeli sığınmacıların kurdukları bu iletişim sayesinde birbirlerini hakları ile ilgili bilgilendirdiklerini ifade eden doktor görüşleri mevcuttur.

Suriyelilerin sağlık hakları ile ilgili bilgi sahibi olmadıklarını savunan bir doktor aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

*“Ülkemizdeki Suriyelilerin sağlık hakkı ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmüyorum. Çünkü sahip oldukları hakların sınırsız olduğunu düşünüyor ve bu düşünce doğrultusunda hizmet talebinde bulunuyorlar. Zaten mevcut sistem Suriyelilere normal bir Türk vatandaşından daha fazla hak vermiş durumda ancak sağlık problemlerinde herhangi bir sınırlama olmaksızın hizmet talebinde bulunuyorlar. İlk olarak birinci basamak sağlık kurumlarına başvurmaları gerekirken yoğun biçimde üniversite hastanelerini tercih ediyorlar bu da sevk zincirini bozan bir durum ve araştırma hastanelerinde yoğunluğa neden oluyor. Örneğin aile sağlığı merkezinde göz damlası yazdırabileceklerken bunun için üçüncü basamak hastanelerden hizmet talep edebiliyorlar.”*

#### 4.2.2. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin İletişim Sorunlarına Dair Doktorların Görüşleri

Suriyelilerin sağlık kurumlarında ve sağlık hizmetlerinde olası yaşadıkları iletişim sorunlarına ilişkin toplamda 26 doktorun görüşlerine başvurulmuştur. İletişim sorunlarına ilişkin alınan doktor görüşlerinden hareketle öncelikle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Tablo 7). Elde edilen bulgu sonuçlarına göre doktorların çoğunluğu (26 doktorun 15'i ya da %57,69) Suriyelilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarında iletişim konusunun engel teşkil etmediğini belirtmektedir. İletişim sorunu yaşamadıklarına ilişkin görüşleri destekleyen toplamda 4 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 23'tür. Diğer taraftan Suriyeli bireylerin iletişim sorunu yaşadıklarını destekleyen toplamda 4 kod oluşturulmuştur. Buna ilişkin frekans ise 20 olarak belirlenmiştir. Genel yüzdeye göre, katılımcıların %46,5'i iletişim ve tercümanlık konusunda sorun yaşadığını vurgularken %53,48'i bu konuda olası sorunların yeterli

tercüman desteği, Suriyelilerin Türkçe öğrenmesi gibi nedenlerle bertaraf edildiği görüşünü savunmuşlardır.

**Tablo 7. İletişim Sorunlarına İlişkin Doktorların Görüşleri**

<b>İletişim ve Tercümanlık Konusunda Sorun Yaşandığına Dair Kodlar</b>	<b>Frekans</b>	<b>Grup Yüzdesi</b>	<b>Genel Yüzde</b>
Yetersiz Tercüman Desteği	11	55	25,58
Hasta Mahremiyetinin Tercüman Nedeniyle Gözetilememesi	4	20	9,30
Tercümanlar Aracılığı ile Kurulan İletişimde Zaman Sorunu	3	15	6,97
Sağlık Çalışanları Açısından	2	10	4,65
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>100</b>	<b>46,5</b>
<b>İletişim ve Tercümanlık Konusunda Sorun Yaşanmadığına Dair Kodlar</b>	<b>Frekans</b>	<b>Grup Yüzdesi</b>	<b>Genel Yüzde</b>
Yeterli Tercüman Desteği	9	39,13	20,93
Türkçe Bilinmesi	7	30,43	16,27
Yakınları Aracılığı ile İletişim	5	21,73	11,62
Suriyeli Sağlık Çalışanları	2	8,69	4,65
<b>Toplam</b>	<b>23</b>	<b>100</b>	<b>53,48</b>

Suriyelilerin iletişim sorunu yaşamadıkları görüşünü destekleyen bir doktor aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

*“...Türkçe biliyorlar ve kendilerini ifade edebiliyorlar. Aile sağlığı merkezinde tercüman bulunmuyor. Ancak nadir de olsa yanında iyi Türkçe bilen yakınları ile gelenler olabiliyor iletişim sorun olmuyor.”*

#### **4.2.3. Örf, Adet ve Kültürel Farklardan Kaynaklanan Sorunlara İlişkin Doktorların Görüşleri**

Suriyelilerin sağlık kurumlarında ve sağlık hizmetleri taleplerinde karşılaşılabilecekleri örf, adet ve kültürel farklardan kaynaklanan sorunlara ilişkin toplamda 26 doktorun görüşlerine başvurulmuştur. Kültür farkına ilişkin alınan doktor görüşlerinden hareketle öncelikle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Tablo 8). Elde edilen bulgu sonuçlarına göre doktorların büyük bir çoğunluğu (26 doktordan 21 kişi ya da %80,76) Suriyelilerin sağlık kurumlarında ve sağlık hizmetlerinde örf, adet ve kültürel nedenlerle herhangi bir sorun yaşamadıklarını ileri sürmüşlerdir. Suriyeli bireyler bu konuda sorun yaşamadıklarına ilişkin görüşleri destekleyen toplamda 5 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 1’dir. Suriyelilerin örf, adet ve kültürel nedenlerle sağlık hizmetlerinden faydalanma konusunda sorun yaşadıklarını destekleyen toplamda 3 kod oluşturulmuştur. Buna ilişkin frekans ise 14 olarak belirlenmiştir. Genel yüzdeye göre katılımcıların %36,84’ü kültürel farklılıklar nedeniyle sorun yaşadığını, %63,15’i ise bu konuda sorun yaşanmadığının altını çizmiştir.

**Tablo 8. Örf, Adet ve Kültürel Farklılıklardan Kaynaklanabilecek Sorunlara İlişkin Doktorların Görüşleri**

Kültürel Farklılıklar Nedeniyle Sorun Yaşandığına Dair Kodlar	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Kadın-Erkek Eşitsizliği	8	57,14	21,05
Doktor Tercihini İçin Uygun Olmayan Koşullar	3	21,42	7,89
Sığınmacıların Çok Sayıda Çocuğa Sahip Olması	3	21,42	7,89
<b>Toplam</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>36,84</b>
Kültürel Farklılıklar Nedeniyle Sorun Yaşanmadığına Dair Kodlar	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Örf, Adet Farkı Gözetmeme	14	56	36,84
Benzer Kültürel Yapı	5	20	13,15
Doktor Tercihini İçin Uygun Koşullar	3	12	7,89
Kültürel Farklılığın Avantajı	2	8	5,26
Suriyeli Sağlık Çalışanları	1	4	2,63
<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>100</b>	<b>63,15</b>

Görüşmeci doktorlardan biri Suriyelilerin örf, adet ve kültürel farklılık nedeniyle sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım konusunda sorun yaşadıklarını destekleyen görüşleri aşağıdaki ifadeler ile belirtmiştir:

“...Suriyelilerin çok sayıda çocuk sahibi olmalarını, korunma yöntemlerini bilmiyor oluşları ya da bu hizmetlere ulaşamıyor oluşları etkiliyor. Bunun örf ve adetleri ile alakalı olduğunu düşünüyorum. Çünkü kadınların belirli yöntemlerle hamile kalma durumunu önleyebilecekleri bilinmekte ama günah olduğunu düşündükleri için bu yöntemleri kullanmıyorlar ve bakamayacakları kadar çok çocukları oluyor. Bu hizmetlerden faydalanmadıkları için sıkı sık doğum yapan kadınların kendi sağlıkları için de bu durum risk oluşturuyor. Örneğin bir kadın yeni doğum yapıyor ve aradan iki ay bile geçmeden tekrar hamile kalıyor. Bu da hem fiziksel hem ruhsal olarak kadının sağlığını etkileyebiliyor.”

#### 4.2.4. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilere Sunulan Hizmet Ağlarının Yeterliliğine Dair Doktorların Görüşleri

Suriyeliler için sunulan hizmet ağlarının ve donanımın yeterlilik düzeyine ve Suriyeli hastaların bu konuda karşılaşılabilecekleri muhtemel sorunlara ilişkin 26 doktorun görüşleri alınmıştır. Karşılaşılabilecekleri sorunlara ilişkin alınan katılımcı görüşlerinden hareketle öncelikle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Tablo 9). Görüş bildiren katılımcı doktorların (26 doktordan 24’ü ya da %92,30) evet yanıtı alınmıştır. Suriyelilere sunulan hizmetlerin yeterli ve gerekli donanıma sahip olduğunu ifade eden kod sayısı 5’tir. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 25’tir. Genel yüzdeye göre katılımcıların %89,25 gibi büyük bir çoğunluğu sağlık hizmetlerinin yeterli imkân ve donanıma sahip bir ağ sistemine sahip olduğu söylemiştir. %10,71 gibi oldukça az sayıda verilen yanıtlar ise bu konuda sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğu yönündedir.

**Tablo 9. Sunulan Sağlık Hizmeti Ağlarının Yeterliliğine Dair Doktor Görüşleri**

Yeterli ve Donanımlı Hizmet Ağları Olduğuna İlişkin Kodlar	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Sağlık Güvencelerinin Olması	3	12	10,71
Herkes İçin Eşit Sağlık Sistemin Varlığı	9	36	32,14
Yeterli ve Donanımlı Sağlık Hizmeti Ağlarının Varlığı	9	36	32,14
Tüm Sağlık Hizmeti Basamaklarından Faydalanabilmeleri	3	12	10,71
Politikalar ve Prosedürlerin Uygunluğu	1	4	3,57
<b>Toplam</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>89,28</b>
Yeterli ve Donanımlı Hizmet Ağları Olmadığına İlişkin Kodlar	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Sağlık Hakları ile İlgili Bilgi Sahibi Olmamları	2	66,66	7,14
Sosyal Güvenceye Sahip Olmayanların Olması	1	33,33	3,57
<b>Toplam</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>10,71</b>

Sunulan hizmetlerin yeterli ve donanımlı bir hizmet ağına sahip olduğu görüşünde olan bir doktor aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır.

*“Evet sağlık hizmeti sunan birinci basamak kurumlar olarak bize gelen hastaların durumunu inceliyoruz. Genellikle aciliyeti olmayan durumlarda başvurular oluyor. Burada hastalığın teşhisi için gerekli bilgi ve tecrübe ile birlikte çeşitli testler de yapılabilir. Tabii ki aile hekimliğine tahsis edilen donanım dâhilinde tedavi oluyorlar. Bizi aşan durumlarda daha donanımlı ekipmana ihtiyaç olduğunda hastaneye yönlendiriyoruz.”*

### 4.3. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Görüş ve Düşünceleri

Sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetleri kullanımına ilişkin Suriyelilerin görüş ve düşüncelerini belirlemek üzere hazırlanan soru formu toplamda 9 sorudan oluşmaktadır. Hazırlanan soru formunda genel olarak sağlık hizmetlerine erişim noktasındaki mevcut durumları ve yaşadıkları sorunlara dair kendi deneyimledikleri durumlar ortaya konularak ne düşündükleri ve olası sorunlara ilişkin neler yapılabileceği sorulmuştur. Suriyelilere yöneltilen sorulardan elde edilen betimsel ifadeler ile bu ifadelerden elde edilen bulguların içerik analizi sonuçları aşağıda ele alınmıştır.

#### 4.3.1. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Hakları ile İlgili Bilgi Düzeylerine Dair Görüşler

Suriyeli bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için sunulan haklar konusunda bilinç düzeylerini anlamaya yönelik olarak toplamda 35 Suriyeli ile görüşmeler yapılmış, konu ile ilgili görüş ve düşüncelerine başvurulmuştur. Sağlık hizmetleri olarak sunulan haklar doğrultusunda, sığınmacıların verdikleri yanıtlardan hareketle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Bakınız Tablo 11). Elde edilen bulgu sonuçlarına göre görüşmecilerin tamamı (35 kişi) sağlık kurumlarında ve sağlık hizmetlerinde haklarını bildikleri bu konuda herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtmektedir. Suriyelilerin sunulan haklar ile ilgili bilgi sahibi oldukları ve bu konu ile ilgili sorun yaşamadıklarına ilişkin görüşleri destekleyen toplamda 8 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 44'tür. Genel yüzdeye bakıldığında katılımcıların tamamı geçici koruma altındaki kimselerin sağlık hakları ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğuna dair görüş bildirmişlerdir.

**Tablo 11. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Hakları Bilinçlerine Dair Görüşleri**

Sağlık Hakları İle İlgili Bilgi Sahibi Olma	Frekans	Genel Yüzde
Ücretsiz Sağlık Hizmetleri	17	38,63
Hizmetlere İhtiyaç Anında Deneyimleme	10	22,72
Uzun Süredir Türkiye’de Yaşama	5	11,36
Sağlık Sistemine Adapte Olma	4	9,09
Yakınları Aracılığıyla Sağlık Haklarından Haberdar Olma	3	6,81
T.C. Vatandaşları ile Eşit Hakların Sağlanması	3	6,81
Sağlık Çalışanları Tarafından Yönlendirilme	1	2,27
Medya ve İnternet Aracılığı ile Sağlık Haklarından Haberdar Olma	1	2,27
<b>Toplam</b>	<b>44</b>	<b>100</b>

Bu bireylerin verdikleri yanıtlara göre oluşturulan frekans dağılımı incelendiğinde hizmete ihtiyaç duyma durumunda deneyimleyerek sistemi öğrenen katılımcıların yanı sıra sağlık çalışanlarının bilgi vermesi ile haklarını öğrenen kişiler de mevcuttur. Hizmetlerin ücretsiz olması, reçetelendirme sistemi gibi prosedürlere hâkim oldukları ve sisteme uyum sağladıkları görüşmecilerce ifade edilmiştir. Katılımcı bireylerden yalnızca bir kişi hizmetlerden faydalanmadığını, ihtiyaç duymadığını bu nedenle bilgi sahibi olmadığını ifade etmiştir.



#### 4.3.2. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Coğrafi Nedenlerle Sağlık Hizmetlerine Ulaşımında Karşılaştıkları Olası Sorunlara İlişkin Görüşler

Geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık hizmetlerinden faydalanmaları noktasında coğrafi nedenlerden kaynaklanan olası engeller ve sığınmacıların bu konu ile ilgili düşünce ve deneyimlerinden faydalanmak üzere toplamda 35 Suriyeli ile görüşmeler yapılmış, konu ile ilgili görüş ve düşüncelerine başvurulmuştur. Konu ile ilgili verdikleri yanıtlardan hareketle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Tablo 12). Elde edilen bulgu sonuçlarına göre görüşmecilerin çoğunluğu (35 sığınmacının 27'si ya da %77,14'ü) sağlık kurumlarına ve sağlık hizmetlerine ulaşımında coğrafi nedenlerden kaynaklanan herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtmektedir. Katılımcıların bu konu ile ilgili sorun yaşamadıklarına ilişkin görüşleri destekleyen toplamda 5 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 42'dir. Suriyeli sığınmacılardan ulaşım ile ilgili sorun yaşadıklarını ifade eden toplamda 3 kod oluşturulmuştur. Buna ilişkin frekans ise 12 olarak belirlenmiştir. Suriyelilerin coğrafi gerekçelerle hizmetlere erişimde sorun yaşadığını belirten katılımcıların genel yüzdelik oranına bakıldığında bu katılımcıların %22,22'si olumsuz görüş bildirmiştir, geriye kalan olumlu yanıtların yüzdelik oranlamadaki payı ise 77,77'dir.

**Tablo 12. Coğrafi Nedenlerle Bağlı Sağlık Hizmetlerine Erişim Sorunlarına İlişkin Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Görüşleri**

Sağlık Hizmetlerinin Coğrafi Açıdan Ulaşılabilir Olmamasına Dair Kodlar	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Aile Sağlığı Merkezlerinin Yetersiz Bulunması	5	41,66	9,25
Acil Durumlarda Ulaşım Zorluğu	4	33,33	7,40
Toplu Taşımaların Ulaşılabilir Olmadığı Zamanlar	3	25	5,55
<b>Toplam</b>	<b>12</b>	<b>100</b>	<b>22,22</b>
Sağlık Hizmetlerinin Coğrafi Açıdan Ulaşılabilir Olmasına Dair Kodlar	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Yakın Mesafe, Ulaşılabilir Sağlık Hizmetleri	24	57,14	44,44
Toplu Taşıma Araçları	8	19,04	14,81
Araç Sahibi Olma	6	14,28	11,11
Tanıdık Yardımı	3	7,14	5,55
Ulaşımında Mobil Ağlar	1	2,38	1,85
<b>Toplam</b>	<b>42</b>	<b>100</b>	<b>77,77</b>

Sağlık hizmetlerine ulaşımında coğrafi nedenlerle yaşanabilecek olası sorunların belirlenmesi için Suriyeli katılımcılara yöneltilen "Coğrafi nedenlerle sağlık hizmetlerine erişim veya sağlık hizmeti kullanım noktasında sorun yaşadığınızı düşünüyor musunuz? Lütfen açıklayınız." sorusuna verilen yanıtlara ilişkin kodlar ve frekans dağılımları incelendiğinde; hayır yanıtını veren sığınmacılar toplu taşıma araçları ile kolay ulaşım sağladıklarını, yakın mesafelerde sık aralıklarla aile sağlığı merkezlerinin bulunduğunu ve gerektiğinde sağlık hizmetlerine ilişkin taleplerinin bu kuruluşlarda karşılandığını ifade etmişlerdir. Şahsi araçları ile ulaşım sağlayabilen sığınmacıların yanı sıra tanıdıklarının yardımı ile de sağlık kuruluşlarına ulaşım sağlayabildiklerini ifade etmişlerdir. Hizmetlere ulaşımında coğrafi nedenlerle günlük yaşayan sığınmacılar ise toplu taşımaların aktif olmadığı geç saatlerde acil durumlarda günlük yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Mesafe olarak hastanelere oranla yakın mesafelerde bulunan aile sağlığı merkezlerinin talepleri karşılamada yetersiz kaldığı gerekli ekipman ve donanımın olmadığı şeklinde görüş belirten sığınmacılar ise hastaneleri tercih ettiklerini ancak günün her saatinde hastanelere ulaşamadıklarını ifade etmişlerdir.

#### 4.3.3. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin İletişim Sorunlarına Dair Görüşler

Suriyelilerin sağlık kurumlarında ve sağlık hizmetlerinde olası yaşadıkları iletişim sorunlarına ilişkin toplamda 35 Suriyeli sığınmacının görüşlerine başvurulmuştur. İletişim sorunlarına ilişkin alınan görüşlerden hareketle öncelikle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Tablo 13). Elde edilen bulgu sonuçlarına göre sığınmacıların çoğunluğu (35

sığınmacıdan 27'si ya da %77,14'ü) sağlık hizmetlerinden faydalanmalarında iletişim konusunun engel teşkil ettiğini belirtmektedir. Suriyeli sığınmacıların iletişim sorunu yaşadıklarına ilişkin görüşlerini destekleyen toplamda 2 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 25'tir. Diğer taraftan iletişim sorunu yaşamadıklarını destekleyen toplamda 6 kod oluşturulmuştur. Buna ilişkin frekans ise 34 olarak belirlenmiştir. Katılımcıların verdikleri yanıtlar genel yüzde içinde değerlendirildiğinde %42,37 iletişim sorunu yaşandığını belirtmiştir. Katılımcıların %57,62'si ise çeşitli araçlarla olası iletişim sorunlarının önüne geçildiğini ifade etmiştir.

**Tablo 13. İletişim Sorunlarına İlişkin Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Görüşleri**

İletişim Sorunu Yaşandığına Dair Kodlar	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Tercüman Yetersizliği	24	96	40,67
Tercümanlık Hizmeti Verenlerin Cinsiyeti	1	4	1,69
<b>Toplam</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>42,37</b>
İletişim Sorunu Yaşanmadığına Dair Kodlar	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Yakınlardan Destek Alma	13	38,23	22,03
Türkçe Bilme	17	49,99	28,80
Sağlık Çalışanlarını Arapça Bilmesi	2	5,88	3,38
Tercüman Desteği	1	2,94	1,69
Suriyeli Sağlık Çalışanı Desteği	1	2,94	1,69
<b>Toplam</b>	<b>34</b>	<b>100</b>	<b>57,62</b>

İletişim sorunu yaşamadıkları görüşünü ifade eden Suriyeli katılımcı aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

*“Ben ve ailem 2014 yılında Türkiye'ye geldik. Türk insanı yakınlığı ve sevecenliği sebebiyle fazla bir sıkıntı yaşamadım. Yardım ettiler. Zaten ilk 1 yıldan sonra Türkçeyi öğrendim.”*

#### 4.3.4. Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Sağlık Hizmetlerinde Karşılaştıkları Maddi Sorunlara İlişkin Görüşler

Suriyelilerin sağlık kurumlarında ve sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları olası finansal sorunlara ilişkin toplamda 35 Suriyeli bireyin görüşlerine başvurulmuştur. Finansal açıdan yaşadıkları sorunlara ilişkin alınan görüşlerden hareketle öncelikle kodlar oluşturulmuş, daha sonra bunların frekansı ve yüzdeleri ortaya konulmuştur (Tablo 15). Elde edilen bulgu sonuçlarına göre (35 görüşmecinin 25'i, %71,42) sağlık kurumlarında ve sağlık hizmetlerinde maddi anlamda sorun yaşamadıklarını ifade etmektedir. Suriyeli katılımcıların maddi açıdan sorun yaşamadıklarına ilişkin görüşleri destekleyen toplamda 3 kod oluşturulmuştur. Bu kodlara ilişkin toplam frekans ise 33'tür. Genel yüzdeye göre katılımcıların 76,74'ü Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımda maddi bir sorun yaşamadığını belirtirken 23,25'i sorun yaşadığını belirtmiştir.

**Tablo 14. Finansal Sorunlarına İlişkin Geçici Koruma Altındaki Suriyelilerin Görüşleri**

Finansal Sorun Yaşama	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Yüksek İlaç Fiyatları	9	90	20,93
Toplu Taşıma İçin Ödeme	1	10	2,32
<b>Toplam</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>23,25</b>
Finansal Sorun Yaşamama	Frekans	Grup Yüzdesi	Genel Yüzde
Ücretsiz Hizmetler	21	63,63	48,83
Kısmi Ödemeler	11	33,33	25,58
T.C. Vatandaşları ile Eşit Haklara Sahip Olma	1	3,03	2,32
<b>Toplam</b>	<b>33</b>	<b>100</b>	<b>76,74</b>

Finansal nedenlerle sorun yaşamadıklarını destekleyen kodlar ve bunlara ilişkin frekans dağılımı genel olarak incelendiğinde; sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması, ulaşım konusunda ise ödenen bedeli

karşılatabildiklerini sorun yaşamadıklarını belirtmişlerdir. İlaçlar için bazı durumlarda fark ödemeleri gerektiğini ifade eden sığınmacılar bu farkın sorun oluşturmadığını belirtmişlerdir. Sağlık hizmetlerine erişim ve kullanımında maddi sorun yaşadıklarını destekleyen bir görüşmeci aşağıdaki ifadeleri kullanmıştır:

*“Suriye’de havaalanında çalışıyordum buraya geldiğimde yine bu işe devam etmek istedim ama iş bulamadım. Sağlık hizmetleri ücretsiz ama hastanelerde bazı ilaçlar için ücret istiyorlar çalışmadığım için bu farkı ödemek bazen zor olabiliyor.”*

Sağlık hizmetlerinden yeterli düzeyde faydalandığını ve maddi açıdan sorun yaşamadığını belirten bir görüşmeci şu ifadeleri kullanmıştır:

*“Türkiye’de sağlık hizmetleri ücretsiz, Suriye’deki koşullarla kıyaslandığında çok iyi olanaklar sunuluyor. Finansal bir sorun yaşamadık.”*

## V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Suriye’de iç savaşın başladığı dönem itibari ile yaşanan göç dalgalarından en çok etkilenen ve en fazla göçe maruz kalan ülkelerden birisi olarak Türkiye bu konuda öncü konumdadır. Suriyeliler için sınırlarda kamplar kurularak geçici bir koruma sağlanmıştır. Sürecin açık uçlu bir zaman dilimini kapsamaması ve geri gönderme gibi bir politika yürütülmemesi nedeniyle Suriyeli bireylerin kamp dışında yaşamalarına da olanak sağlanmıştır. Yasal düzenlemeler ve uyum politikaları ile göç eden bireylerin topluma adaptasyonları sağlanmaya çalışılmaktadır. Toplumsal ihtiyaçlara yönelik ekonomik, siyasi ve sosyal alanlarda haklar tanınarak Suriyelilerin günlük hayata katılımının sağlanması, ihtiyaçlarının karşılanması esas alınmıştır. Sağlık hizmetleri ve sağlık hakkı konusu ise en temel gereklilik olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışmada sağlık hakkı ve geçici koruma altındaki Suriyeli bireylerin sağlık hizmetlerine erişimi detaylı olarak incelenmiştir. Gruplar halinde göç eden Suriyelilerin sayılarının her geçen gün artıyor olması Türk sağlık sistemine dâhil edilmelerini gerekli kılmıştır.

Farklı ülkelerde konu ile ilgili benzer bazı çalışmalar mevcuttur. Doocy ve diğerleri (2016) tarafından Ürdün’deki Suriyeli mülteciler üzerinde yürütülen çalışma sonuçlarına göre ilgili kişilerin sağlık hizmetleri arama oranının yüksek olduğu, sağlık hizmeti taleplerinin %51’i kamu hastaneleri, %39’u özel hastaneler ve %10’u vakıf ve diğer hastaneler tarafından sağlandığı tespit edilmiştir. Ülkede yüksek düzeyde bakım sağlanmasına rağmen, maliyetler Ürdün’deki Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişiminin önünde önemli bir engel olmaktadır. Hastalar sağlık hizmeti maliyetinin önemli bir kısmını (yıllık ortalama 39,9 ABD Doları) cepten karşılamaktadır. Guruge ve diğerleri (2018) Kanada’daki Suriyeli kadın mülteciler üzerinde yaptığı çalışmaya göre katılımcılar için sağlık sigortası ve kapsamı, hizmetlere erişimi kolaylaştıran faktörlerden iken, dil, kültür, cinsiyete uygun hizmetin olmaması ve sosyal grupların mevcudiyeti sağlık hizmetlerine erişimi engellemektedir. Bu çalışmada benzer şekilde sağlık hizmetlerinin maliyeti açısından herhangi bir kısıtlayıcı faktör bulunmamaktadır. Ayrıca hekim ve eczacılarla yapılan görüşmelerde dil ve iletişim sorununa bağlı erişim sorunu nispeten düşük olduğu saptanmıştır. Assi ve diğerleri (2019), Türkiye’deki Suriyeli mülteciler üzerinde yaptığı çalışmada Türkiye’nin Suriyeli mülteciler için Türkiye’nin 81 ilindeki acil bakım üniteleri ile birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık merkezlerinden ücretsiz olarak yararlanmalarına olanak tanıyan çeşitli düzenlemeler yaptığını; bu yardımların mali giderleri Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı tarafından karşılandığı belirtilmiştir. Bu sebeple mültecilere yönelik sağlık hizmetlerinin etkinliği dil engeli, mültecilerin hareketliliği ve bazı yasal kısıtlamalar ile sınırlı olduğu belirtilmektedir. Ayrıca pratisyen hekim sayısındaki yetersizlik nedeniyle ruh sağlığı ve rehabilitasyon hizmetleri görece zayıf olduğu ifade edilmektedir. Torun ve diğerleri (2018) tarafından İstanbul ilindeki Suriyeli kadın mülteciler üzerinde yapılan çalışmada, kadınların neredeyse yarısı (%49,6) sağlık hizmetlerinin ücretsiz olduğunu bilmediği, dil engeli ve Türk sağlık sistemi hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadıkları için sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadıkları bulunmuştur. Ayrıca hastanelerdeki uzun bekleme süresi ve sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları bu hizmetlerden memnuniyeti azalttığı ifade edilmektedir. Lyles ve diğerleri (2018) tarafında yapılan çalışmada

Lübnan'daki Suriyeli mültecilerin yerel ülke vatandaşlarına kıyasla sağlık hizmetlerine ve ilaca erişimin daha düşük olduğu hem ülke vatandaşlarının hem de mülteciler önündeki en büyük ve birincil engelin maliyet olduğu savunulmuştur.

Mardin (2019) tarafından yapılan çalışmada, sosyal güvencesi olmayan sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşadıkları iletişim kuramadıkları ve dil farkı nedeniyle sosyal güvenceleri ve sağlık hakları ile ilgili bilgiye sahip olmadıkları için sağlık hizmetlerine erişebilmek için ücret ödemeleri gerektiği vurgulanmıştır. Kayıt dışı olanların gerekli avantajlardan faydalanabilmeleri için gerekli prosedürler yerine getirilmediğinde ilaç ve muayene için gerekli ücreti ödemeyen bireylerin tedavilerinin yapılamadığını belirtmiştir (Mardin, 2019). Önal (2015) tarafından yapılan bir çalışmada sığınmacıların sağlık çalışanlarının olumsuz tutumları ile ilgili olarak beklenen ilgiyi göstermedikleri ve pozitif yaklaşmadıkları, güler yüzlü davranılmadığı belirtilmiştir. Önder (2019) tarafından Suriyelilere yönelik sağlık politikalarına ilişkin çalışmada, iletişim sorunu yaşayanların hakları ile ilgili bilgi sahibi olmadıkları, farklı dillerin konuşuluyor olması ve tercümanlık konusunda yeterli desteği alamadıkları için sağlık sistemi ile ilgili bilgi düzeyinin düşük olduğu ifade belirtilmiştir.

Ülkenin mevcut durumuna yük oluşturulmadan sürecin kontrol altına alınması entegrasyon ve uyum çalışmaları açısından gereklilik olarak kabul edilmektedir. Ancak tüm bu iyileştirme ve entegre politikalarına rağmen hizmetlere erişimde birtakım problemler yaşanabilmektedir. Bu çalışmanın temel sorusu tam olarak bu çerçevede şekillenmiştir. Göç ederek Türkiye'ye yerleşen Suriyeliler sağlık hizmetlerine erişimde ve bu hizmetleri kullanımda sorun yaşamakta mıdır? Çalışmanın bulgularına göre geçici koruma altında olanların sağlık sistemine erişimde yaşadıkları en belirgin sorunlardan birinin iletişim sorunu olduğu vurgulanmakta, farklı dilleri konuşuyor olmanın hem hizmet talep eden Suriyeli bireyler hem de hizmet sunan sağlık çalışanları açısından problem oluşturduğu anlaşılmaktadır. Bazı hastanelerde tercüman bulundurulurken bazılarında hiç tercüman olmadığı belirtilmiştir. Tercümanlık hizmeti veren kimselerin Arapçaya ve tıbbi terimlere hâkim olmayışının sağlık hizmetlerden kaliteli biçimde faydalanmayı engellediği ve tatmin düzeyini düşürdüğü ifade edilmiştir. En sık dile getirilen sorunlardan biri olarak tercümanlık hizmetinin yetersiz olması konusunda katılımcı gruplar farklı perspektiflerden yorumlamalarda bulunarak bu yanıtı vermişlerdir. Sağlık hizmeti sunan tarafta bulunan doktor ve eczacıların soruna bakış açısı tercüman sayısının yetersiz olması ve bu yetersizliğin uzun bekleme sürelerine neden olması iken geçici koruma altındakiler tercümanların çeviri aşamasında yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir. Genel olarak tercümanlık hizmetindeki yetersizliklerin farklı gruplardan katılımcılar için sorun teşkil etmesi ve sağlık hizmetlerine erişimi sınırlandırması bu konuda yeni düzenlemeleri gerekli kılmaktadır.

Mesleki eğitim alan Arapçaya hâkim bireylerin tercümanlık hizmeti için istihdam edilmesi sağlanmalıdır. Bunun için lisans eğitimi alan bireylerin tercih edilmesi gerekmektedir. Bazı sağlık kuruluşlarında tercüman mevcutken bazılarında olmaması da önemli bir sorundur. Gerekli hallerde Suriyelilerin tam bir sağlık desteği alabilmesi için tüm kuruluşlarda tercüman bulundurulması gerekmektedir. Tercüman bulunan sağlık kuruluşlarında mevcut sayının artırılması gerekmektedir. Böylece uzun bekleme sürelerinin önüne geçilmeli hem sağlık çalışanları hem de hizmet talep edenler açısından sağlık hizmetlerinde ivedilik kazandırılmalıdır. Bu bağlamda dil sorununu çözmeye yönelik uygulamalar geliştirilmeli Suriyelilere Türkçe öğrenmeleri için gerekli eğitimler verilmelidir. Her iki tarafı içine alan politikalar geliştirilmelidir. Paköz (2014) tarafından hastanelerin yer seçiminin sağlık hizmetlerinden faydalanma durumuna etkisi üzerine yapılan bir çalışmada, araç sahibi olmayanların araç sahibi olanlara oranla hastanelere daha sık gittikleri ve bu durumun tanıdıklardan yardım alma ile ilişkilendirildiği belirtilmiştir.

Suriyelilerin sağlık hizmetleri ile ilgili bir diğer sorun kendilerinin mevcut hakları ile ilgili bilgi sahibi olmamalarından kaynaklanmaktadır. Türkiye'de sağlık sisteminde var olan basamak kavramına hâkim olmamaları hangi durumlarda hangi sağlık kurumlarına başvurabilecekleri hakkında fikir sahibi olmamaları sağlık çalışanları adına sorun teşkil etmektedir. Araştırma bulguları basamak kavramına hâkim olmayan Suriyeli bireylerin yanı sıra birinci basamak sağlık kuruluşlarından hizmet almak istemeyen bireylerin de olduğunu ortaya koymuştur. Aile sağlığı merkezlerindeki doktorların olumsuz

tutumunun Suriyelileri devlet ve fakülte hastanelerine yönelttiği ifade edilmektedir. Güler yüzlü ve ilgili sağlık çalışanlarının bahsi geçen sorunun çözümüne katkısı olacaktır.

Bireylerin sahip oldukları haklar ile ilgili tam bilgiye sahip olmaları sağlık çalışanları ile aralarındaki uyumun ve sağlıklı iletişimin sağlanması noktasında da önemlidir. Diğer taraftan sağlık çalışanlarının da bu kimselere tanınan haklar konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Genel anlamda Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunların varlığı kabul edilmekle birlikte toplumsal hayata uyum ve temel ihtiyaçların karşılanması noktasında en fazla avantaj sağlanan hakkın sağlık hakkı olduğunu belirtmek faydalı olacaktır. Türkiye Cumhuriyeti vatandaşları ile aynı haklara sahip olmaları ve aktif biçimde bu hizmetlerden faydalanabiliyor olmaları katkı ve katılım payı ödemediği hizmet alabiliyor olmaları sunulan en büyük avantajlardandır. Bu avantajlı durumun kullanılması noktasında bilgi eksikliği yaşayan bireylerin bilgilendirilmesi gerekmektedir. Sivil toplum kuruluşları ile iş birliği içinde belirli aralıklarla göç ederek uzun süreli yerleşim kuranlara yönelik çalışmalar yapılması, okuma yazma bilmeyenlerin sözlü olarak bilgilendirilmesi yararlı olacaktır. Sağlık hizmetlerinde geliştirilen politikaların göç eden bireylerin yanı sıra sağlık çalışanlarının da haklarını gözetecek biçimde oluşturulması sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükseltilmesi bakımından oldukça önemlidir.

Sonuç olarak Suriyeliler olumsuz tavır ve tutumlarla nadiren de olsa karşılaştığını ifade ederken, sağlık çalışanlarının bir kısmı geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık hizmetleri kullanımı konusunda sınırsız haklara sahip olduğu görüşünde olduğunu belirtmektedir. Eczacılar ile yapılan görüşmelerde genel olarak geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık hizmetlerine erişiminde dil ve finansman açısından ciddi sorunlarının olmadığı, ilaçları kolay ve çoğu zaman ücretsiz aldıkları belirtilmektedir. Hekimler ise geçici koruma altındaki Suriyeli sağlık hizmeti kullanıcıların Türkiye sağlık sistemi hakkında yeteri kadar bilgi sahibi olmadıklarını, bunun ise sağlık hizmetlerine erişimi kısıtladığını ifade etmektedir. Diğer taraftan Suriyeli sağlık hizmeti kullanıcıları ise kısmen dil ve kültürel farklılıklara bağlı sorun yaşadıklarını belirtse de sağlık güvencelerinin olması ve finansman kolaylığı gibi kolaylaştırıcı unsurların olduğunu belirtmektedirler.

**Etik Kurul İzni:** Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulunun 14.08.2020/E30595 tarih ve sayılı yazısı ile alınmıştır.

## KAYNAKLAR

- Alcan, S. & Özsoy, O., (2019). Sağlık hizmetlerinden faydalanma açısından hakkaniyet. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 74(2), 549-580.
- Assi, R., Özger-İlhan, S., & İlhan, M. N. (2019). Health needs and access to health care: the case of Syrian refugees in Turkey. *Public Health*, 172, 146-152.
- American College of Physicians. (2011). *National immigration policy and access to health care*. Philadelphia: American College of Physicians
- Barrios-Paoli, L. (2023, Mart 15). *Improving immigrant access to health care in New York City: a report from the Mayor's Task Force on immigrant health care access*. [www.nyc.gov/assets/home/downloads/pdf/reports/2015/immigrant-health-taskforce-report.pdf](http://www.nyc.gov/assets/home/downloads/pdf/reports/2015/immigrant-health-taskforce-report.pdf).
- Bükecik, E., Şahin, S., Abay, H., Kaplan, S. & Düzgün, A. A. (2019). Mülteci kadınlar ve üreme sağlığı: Sağlık hizmetlerine ulaşmalarını etkileyen faktörler, engeller ve çözüm önerileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 460-464.
- Chuah, F. L. H., Tan, S. T., Yeo, J. & Legido-Quigley, H. (2018). The health needs and access barriers among refugees and asylum-seekers in Malaysia: A qualitative study. *International Journal for Equity in Health*, 17(120), 1-15.
- Doocy, S., Lyles, E., Akhu-Zaheya, L., Burton, A., & Burnham, G. (2016). Health service access and utilization among Syrian refugees in Jordan. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 1-15.
- Döner, A. & Kelek, M. (2015). Negatif yükümlülükler açısından sağlık hakkı. *Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 3(4), 3-21.
- Ergin, Y. D. (1994). Örneklem türleri. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 6(6), 91-102.
- Guruge, S., Sidani, S., Illesinghe, V., Younes, R., Bukhari, H., Altenberg, J., ... & Fredericks, S. (2018). Healthcare needs and health service utilization by Syrian refugee women in Toronto. *Conflict and Health*, 12(1), 1-9.
- Gözlü, M. & Tatlıdil, H. (2015). Türkiye'deki 81 ilin kamu tarafından sunulan sağlık hizmetlerine erişim durumları. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 5(2), 145-165.
- Gültaç, A., & Balçık, Y. P. (2018). Suriyeli sığınmacılara yönelik sağlık politikaları. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(2), 193-204.
- Hiçdurmaz, Z. & Yüksel, H. (2020). Sağlık hakkı perspektifinde Avrupa'da yaşayan düzensiz göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimi. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 37-60.
- Lyles, E., Hanquart, B., Chlela, L., Woodman, M., LHAS Study Team, Fouad, F. M., ... & Doocy, S. (2018). Health service access and utilization among Syrian refugees and affected host communities in Lebanon. *Journal of Refugee Studies*, 31(1), 104-130.
- Mardin, D. F. (2019). *Sığınmacıların Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Metropol-uydu şehir Karşılaştırması* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Mülteciler Derneği. (2020, Nisan 8). <https://multeciler.org.tr>.

- Nellums, L. B., Rustage, K., Hargreaves, S., Friedland, J., Miller, A., & Hiam, L. (2018). *Access to healthcare for people seeking and refused asylum in Great Britain: a review of evidence*. <https://www.equalityhumanrights.com/sites/default/files/research-report-121-people-seeking-asylum-access-to-healthcare-evidence-review.pdf>.
- Önal, A. (2015). *Isparta'da yaşayan mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunlar üzerine bir araştırma* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Önder, N. (2019). Türkiye'de geçici koruma altındaki Suriyelilere yönelik sağlık politikalarının analizi. *Göç Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 110-165.
- PAHO/WHO. (2019, November 20). *Guidance document on migration and health*. [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&slug=guidancedocument-on-migration-and-health&Itemid=270&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&slug=guidancedocument-on-migration-and-health&Itemid=270&lang=en).
- Paköz, Z. M. (2014). *Sağlık hizmetlerine erişim ve hastane yer seçimi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Teknik Üniversitesi.
- Peters, D. H., Garg, A., Bloom, G., Walker, D. G., Brieger, W. R., & Hafizur, Rahman, M. (2008). Poverty and access to health care in developing countries. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136(1), 161-171.
- Songur, C. (2016). *Türkiye'de kamu-özel işbirliği modelinin entegre sağlık kampüslerinde uygulanmasında paydaşların görüş ve değerlendirmeleri* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Taşçı, K., (2007). Kadın Doğum Servisinde Yatan Hastaların Erkek Hemşireler Hakkındaki Düşünceleri. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 12-19.
- Torun, P., Mücaz Karaaslan, M., Sandıklı, B., Acar, C., Shurtleff, E., Dhrolia, S., & Herek, B. (2018). Health and health care access for Syrian refugees living in Istanbul. *International Journal of Public Health*, 63, 601-608.
- WHO. (2018). *Health promotion for improved refugee and migrant health*. WHO Regional Office for Europe.
- Yavuz, Ö. (2015). Türkiye'deki Suriyeli mültecilere yapılan sağlık yardımların yasal ve etik temelleri. *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(30), 265-280.
- Zengin, O.& Öztuna, B. (2018). Kanser Hastalarına Yönelik Sosyal Hizmetler ve Sosyal Güvenlik Düzenlemeleri. *Ufku Ötesi Bilim Dergisi*, 18(1), 1-14.





ARAŞTIRMA MAKALESİ

# HEMŞİRELERDE HASTA GÜVENLİĞİ KÜLTÜRÜNÜN TIBBİ HATA YAPMA EĞİLİMİNE ETKİSİ \*

Asiye TUNCAY \*\*  
Meryem KILIÇ \*\*\*

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı, hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün tıbbi hata yapma eğilimine etkisini belirlemektir. Çalışmanın türü tanımlayıcı ve kesitseldir. Araştırmanın örneklemini, araştırmaya katılma kriterlerini karşılayan, veri toplama formunu eksiksiz dolduran 320 hemşire oluşturdu. Veriler, Aralık 2020 - Mart 2021 tarihlerinde, Hemşire Tanıtıcı Özellikler Formu, Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği, Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği kullanılarak toplandı. Veriler sayı, yüzde dağılımı, t testi, ANOVA, pearson korelasyonu ve lineer regresyon testi ile analiz edildi. Hemşirelerin yaş ortalaması  $29,30 \pm 7,36$ , %63,8'i kadın ve %36,3'ü erkektir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin dahili ve cerrahi birimde çalışanlara göre, cerrahi birimde çalışan hemşirelerin dahili birimde çalışanlara göre tıbbi hata yapma eğilimi daha yüksekti ( $p < 0,05$ ). Bakım verilen hasta sayısı  $\geq 8$  olan ve kadın hemşirelerin "düşme" ile ilgili tıbbi hata yapma eğilimi daha yüksekti ( $p < 0,05$ ). Bakım verilen hasta sayısı arttıkça tıbbi hata yapma eğiliminin arttığı ( $p < 0,05$ ) ve hasta güvenliği kültürü arttıkça tıbbi hata yapma eğiliminin azaldığı tespit edildi ( $p < 0,001$ ). Regresyon analizi sonucuna göre; hasta güvenliği kültürünün tıbbi hata yapma eğilimini etkilediği ( $p < 0,001$ ) ve hasta güvenliği kültürünün toplam varyansın %14,4'ünü açıkladığı belirlendi. Sonuç olarak tıbbi hataların azaltılmasında hasta güvenliği kültürü önemlidir. Bu doğrultuda hatalardan ders çıkararak öğrenmeyi hedefleyen, cezalandırıcı olmayan, istenmeyen olaylarda sistem kaynaklı sorunları bulmayı hedefleyen yönetim tutumlarının geliştirilmesi ve hemşirelerin çalışma ortamlarının iyileştirilmesi önerilmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Hemşire, hasta güvenliği, hasta güvenliği kültürü, tıbbi hata, malpraktis

## MAKALE HAKKINDA

\* Bu çalışma Asiye TUNCAY'ın Dr. Öğr. Üyesi Meryem KILIÇ'ın danışmanlığında SANKO Üniversitesi Hemşirelik ABD yüksek lisans programında hazırladığı "Hasta güvenliği kültürünün ve hemşirelik mesleği ile ilgili faktörlerin hemşirelerde tıbbi hataya eğilime etkisi" adlı tez çalışmasından üretilmiştir.

\*\* Uzman Hemşire, Gaziantep Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi, asiyeasar@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5999-0382>

\*\*\* Dr. Öğr. Üyesi SANKO Üniversitesi, Hemşirelik Bölümü, meryemcal@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4807-5346>

Gönderim Tarihi: 01.09.2022

Kabul Tarihi: 10.08.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Tuncay, A., & Kılıç, M. (2023). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün tıbbi hata yapma eğilimine etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 557-574

## THE EFFECT OF PATIENT SAFETY CULTURE ON THE TENDENCY TO MEDICAL ERRORS OF NURSES \*

Asiye TUNCAY \*\*  
Meryem KILIÇ \*\*\*

### ABSTRACT

The aim of this study was to determine the effect of patient safety culture on the tendency to make medical errors of nurses. The type of the study was descriptive and cross-sectional. The sample of the study consisted of 320 nurses who met the criteria for participation in the study and completed the data collection form completely. Data were collected between December 2020 and March 2021 using the Nurse Descriptive Characteristics Form, the Patient Safety Culture Scale, and the Medical Error Tendency Scale in Nursing. Data were analyzed by number, percentage distribution, t test, ANOVA, Pearson correlation and linear regression test. The mean age of the nurses was  $29.30 \pm 7.36$  years, 63.8% were female and 36.3% were male. Nurses working in intensive care units were more likely to make medical errors than those working in internal and surgical units, and nurses working in surgical units were more likely to make medical errors than those working in internal units ( $p < 0.05$ ). Nurses with  $\geq 8$  patients and female nurses had a higher tendency to make medical errors related to "falls" ( $p < 0.05$ ). It was determined that the tendency to make medical errors increased as the number of patients under care increased ( $p < 0.05$ ) and the tendency to make medical errors decreased as the patient safety culture increased ( $p < 0.001$ ). According to the results of regression analysis, it was determined that patient safety culture had an effect on the tendency to make medical errors ( $p < 0.001$ ) and patient safety culture explained 14.4% of the total variance. As a result, patient safety culture is important in reducing medical errors. Accordingly, it is recommended to develop management attitudes that aim to learn by taking lessons from mistakes, that are not punitive, that aim to find system-related problems in unwanted events, and to improve the working environments of nurses.

**Keywords:** Nurse, patient safety, patient safety culture, medical error, malpractice

### ARTICLE INFO

\* This study has been derived from the dissertation titled "The Effect of Patient Safety Culture and Nursing Related Occupational Factors on Tendency for Medical Errors in Nurses" which has been written by Asiye TUNCAY the master's program of Nursing, SANKO University department, under the consultancy of as Assist Prof, Meryem KILIÇ, Ph.D.

\*\* Specialist Nurse, Gaziantep Dr. Ersin Arslan Education and Research Hospital, asiyeasar@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5999-0382>

\*\*\* Assist Prof. SANKO University, Department of Nursing, meryemcal@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4807-5346>

Received: 01.09.2022

Accepted: 10.08.2023

### Cite This Paper:

Tuncay, A., & Kılıç, M. (2023). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürünün tıbbi hata yapma eğilimine etkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 557-574

## I. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri toplum yararı için var olmasına rağmen, teknoloji ve insan faktörü nedeniyle bu hizmette istenmeyen olayların meydana gelmesi kaçılmaz olabilmektedir (Cooper, 2000). Dünya çapında yaklaşık 10 hastadan 4'ü sağlık hizmeti alırken, primer ve yoğun bakım ortamlarında zarar görmektedir (OECD, 2018).

Avrupa Birliği üye devletlerinden alınan Avrupa verilerine göre; hastaneye yatışların %8 ila %12'sinde tıbbi hatalar ve sağlık bakımıyla ilgili istenmeyen olaylar görölmektedir (DSÖ, 2022). İngiltere'de yılda 237 milyon ilaç hatasının ilaç tedavi basamağının herhangi bir aşamasında meydana geldiği, bunun %38,4'ünün birinci basamakta geliştiiği ve bu hataların %72'sinin zarar verme potansiyelinin çok az/hiç olmadığı ve 66 milyonunun klinik olarak zarar verme potansiyelinin olduğu belirtilmiştir (Elliott vd., 2021). Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) her yıl 400.000 civarında kişinin tıbbi hataya bağlı öldüğu ve tüm ölüm nedenleri arasında 3. sırada yer aldığı belirtilmektedir (Makary ve Daniel, 2016). Cebeci ve diğerleri (2012) Türkiye' de tıbbi hatalara ilişkin sayısal veriler net olmamakla birlikte, dünya ülkeleri ile benzer olduğunu belirtmiştir.

Sağlık bakımı sırasında hastaya verilen zarar, küresel sağlık yükünü ciddi oranda arttırmaktadır (Slawomirski vd., 2017). ABD'de tıbbi hata kaynaklı maliyetlerin 17 milyar dolar ile 29 milyar dolar arasında olduğu (Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America, 2000), Özata ve Altuncan (2010)'ın aktardığına göre; İngiltere'de yıllık 6 milyar, ABD 17 milyar ile 29 milyar dolar olduğu tahmin edilmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2020 yılı raporunda hasta güvenliğini; sağlık alanında riskleri, önlenbilir zararın meydana gelmesini, hata olasılığını ve hata meydana geldiğinde etkisini azaltmak amacıyla sürekli ve sürdürülebilir kùltürler, süreçler ve prosedürler, davranışlar, teknolojiler ve ortamlar yaratan organize faaliyetlerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık bakım kurumlarının kalite odaklı ve maliyet etkili bir sağlık hizmet sunumunu benimsemesi ve tüm personele yönelik ortak bir güvenlik kùltürünün oluşturulması gerekmektedir (Vaismoradi vd., 2016).

Hasta güvenliği kùltürünün oluşturulduğu kurumlarda çalışanların daha az yaralanmaya maruz kaldığı, mortalite ve tıbbi hata meydana gelme oranlarının düştüğu görölmektedir. Hasta güvenliği kùltürünün yetersizliği durumunda ise hemşirelerde memnuniyet oranlarının ve işe/kuruma bağlılığın azaldığı, işten ayrılmaların arttığı, çalışanların motivasyon kaybı yaşadığı, hastaların hastaneye yeniden başvuru oranlarının arttığı, hastanede kalma sürelerinin uzadığı, tıbbi hatalara bağlı psikolojik travma, sakatlık ve ölümlerin arttığı belirtilmektedir (Brunetto vd., 2016; Cloete, 2015; Leone ve Adams, 2016; Lynn, 2015; Oliveira vd., 2015; Smith vd., 2010; Vaismoradi vd., 2016).

Willmott ve Mould (2018) sistematik derlemesinde hekimlerin hasta güvenliği kùltürü algılarının (%67) hemşirelere ve yardımcı sağlık profesyonellerine göre daha zayıf olduğunu belirtilmektedir. Türkiye'de hasta güvenliği kùltürü algısına yönelik yapılan çalışmalarda sağlık çalışanları arasında güvenlik algısının yerleşmediği, yapılandırılmış hasta güvenliği kùltürünün zayıf olduğu tespit edilmiştir (Bodur ve Filiz, 2009; Çakır ve Tütüncü, 2009).

Hasta güvenliği kùltürünün tıbbi hataların azaltılmasında önemli bir etken olmasına karşın, Türkiye'de bu iki konunun etkisini değerlendiren sınırlı sayıda çalışma vardır. Bu konuda intörn öğrenci grubu ve hemşire grubu ile yapılan iki çalışmaya rastlanmıştır (Demirel vd., 2020, şantaş vd., 2020). Genellikle yapılan çalışmalarda hasta güvenliği kùltürü ve tıbbi hata yapma eğilimleri ayrı ayrı ele alınarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle bu çalışmada sağlık meslek grupları içerisinde sayıca fazla olan hemşirelerin hasta güvenliği kùltürünün tıbbi hata yapma eğilimine etkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

## II. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Türü

Bu çalışma hemşirelerin hasta güvenliği kültürünün tıbbi hata yapma eğilimine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel türde planlanmıştır.

Araştırma Soruları:

1. Hemşirelerin hasta güvenliği kültürü düzeyi nedir?
2. Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin düzeyi nedir?
3. Hasta güvenliği kültürü hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini etkiler mi?

### 2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Gaziantep ilinde bir eğitim ve araştırma hastanesinin yoğun bakım, dahili ve cerrahi kliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın verileri, Aralık 2020 – Mart 2021 tarihleri arasında toplanmıştır.

### 2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Aralık 2020 – Mart 2021 tarihleri arasında, bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan 750 hemşire oluşturdu. Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ) maddelerinde, yatan hasta takibi gerektiren sorular (Aldığı çıkardığı takibi, infüzyon sıvı tedavisi, basınç ülseri önleme, serviste yatan hasta bakımı, IV kateterlerin kalma süresinin 72-96 saat olmasına dikkat ederim vb.) yer alması nedeniyle acil servis (91), ameliyathane (68), polikliniklerde (34) çalışan toplam 193 hemşire çalışmaya dahil edilmemiştir. Bunun dışında örneklem seçimine gidilmeyerek yoğun bakım, dahili ve cerrahi kliniklerde çalışan 557 hemşire örnekleme alındı. Çalışmanın yürütüldüğü sırada geçici görevle gelen (21), doğum izni (36), süt izni (42), ücretsiz izin (9), askerlik izni kullanan (13) 121 hemşire ve araştırmaya katılmak istemeyen 69 hemşire olmak üzere toplamda 383 hemşire çalışmaya alınmıştır. Toplamda 367 hemşire veri toplama formunu doldurdu ve 47 hemşire veri toplama formunu eksik doldurması nedeniyle örneklemden çıkarılmıştır. Araştırma 320 hemşire ile tamamlanmıştır. Çalışma sonrasında elde edilen veriler doğrultusunda, hasta güvenliği kültürü ile tıbbi hata yapma eğilimi arasındaki korelasyon katsayısı dikkate alınarak,  $\alpha=0,05$  ve örneklem büyüklüğü 320 olacak şekilde hesaplama yapıldığında çalışmanın gücü %99,9 olduğu belirlenmiştir.

### 2.4. Verilerin Toplanması

Araştırmacının çalışmanın yapıldığı hastanenin kalite direktörü olması nedeni ile formlar katılımcılara sorumlu hemşireler aracılığı ile dağıtıldı ve araştırmanın dışında olan biri tarafından toplanmıştır. Anket formunun doldurulma süresi yaklaşık 15 dakikadır.

### 2.5. Veri toplama Araçları

*Hemşire Tanıtıcı Özellikleri Formu:* Bu form araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda hazırlanmıştır (Cebeci vd., 2012; Dikmen Demir vd., 2014; Er ve Altuntaş, 2016; İntepeler vd., 2014). Sosyodemografik özellikler formunda; katılımcının yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu ile ilgili dört soru yer almaktadır. Çalışılan bölüm, meslekte çalışma yılı, kurumda çalışma yılı, haftalık çalışma saati, bakım verilen hasta sayısı/vardiya, aynı birimde çalışma yılı, çalışma şekli gibi çalışma koşullarına yönelik ise yedi soru yer almaktadır.

*Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği (HGKÖ):* Bu form hasta güvenliği kültürünün değerlendirilmesi için için Türkmen ve diğerleri (2010) tarafından geliştirilmiş ve hemşirelik grubunda geçerlilik güvenilirliği yapılmıştır. HGKÖ'nin toplam Cronbach Alpha güvenilirlik katsayısı 0,97'dir. HGKÖ; yönetim ve

liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi ve bakım ortamı olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. HGKÖ, dörtlü Likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçeğin maddeleri, “1 Tamamen katılmıyorum”, “2 Katılmıyorum”, “3 Katılıyorum”, “4 Tamamen katılıyorum” şeklinde “1”den “4”e kadar değişen puanların sonuçlarına dayanılarak değerlendirilmektedir. Hasta güvenliği kültürü puanının yüksek olması olumlu olarak değerlendirilir (Türkmen vd., 2011). Bu çalışmada Cronbach Alpha katsayısı 0,96’dir.

*Hemşirelikte Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ):* HTHEÖ, 2010 yılında Özata ve Altuncan tarafından geliştirilmiş ve Cronbach Alfa değeri 0,95 bulunmuştur. Ölçek, 49 madde ve beş alt boyuttan oluşan beşli Likert tipi bir ölçme aracıdır. Ölçeğin maddeleri; 1: hiç, 2: çok nadir, 3: zaman zaman, 4: genellikle, 5: her zaman şeklinde puanlandırılmıştır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 245, en düşük puan ise 49’dur. Ölçek, ilaç ve transfüzyon uygulamaları, düşmeler, hastane enfeksiyonları, iletişim, hasta izlemi ve malzeme güvenliği, olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Tıbbi hataya eğilim ölçeğinde puan düşük ise hata eğilimi yüksek olarak değerlendirilir (Özata ve Altuncan, 2010). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,98’dir.

## 2.6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde IBM SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna skewness ve kurtosis değerlerine bakılarak karar verilmiştir (-2 - +2) (McKillup, 2011). Normal dağılıma sahip özelliklerin bağımsız iki grupta karşılaştırılmasında Student t testi, ikiden fazla bağımsız grupta karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve LSD çoklu karşılaştırma testleri yapılmıştır. HGKÖ ile HTHEÖ ve sürekli değişkenler arasındaki ilişki Pearson korelasyon analizi ile test edilmiştir. Ölçekler arasında basit lineer regresyon analizi kullanılarak beta regresyon katsayıları hesaplanmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayısal ölçek için ortalama±standart sapma, minimum ve maksimum değerler kullanılırken, kategorik ölçek için ise sayı ve % değerleri verilmiştir. Verilerin istatistiksel değerlendirmesinde  $p < 0,05$  değeri baz alınmıştır.

## 2.7. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın etik uygunluğu SANKO Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından 01/09/2020 tarih, 2020/12 no’lu toplantısında değerlendirildi; karar-3 numarası ile etik açıdan uygun bulundu. Ölçeklerin geçerlilik ve güvenilirliğini yapan kişilerden araştırmada kullanım izni alınmıştır. Çalışma Helsinki Bildirgesi ilkelerine göre yürütülmüştür.

## 2.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği

Bu araştırmanın tek hastanede yürütülmesi nedeniyle sonuçlar sadece kendi evrenine genellenebilir. Araştırma verilerinin pandemi sırasında, hemşirelerin yoğun çalışma koşulları içerisinde toplanması, araştırmanın sınırlılıklarındandır.

## III. BULGULAR

Hemşirelerin yaş ortalamasının  $29,30 \pm 7,36$ , mesleki çalışma süresinin  $6,79 \pm 7,29$  yıl, kurumda çalışma süresinin  $5,05 \pm 5,80$  yıl olduğu belirlenmiştir. Hemşirelerin %63,8’inin kadın, %74,1’inin lisans mezunu olduğu, %43,8’inin yoğun bakımda çalıştığı, %60,6’sının haftalık 40 saat çalıştığı, %46,6’sının gündüz mesaisi + 16/24 saatlik nöbetler şeklinde çalıştığı ve %57,8’inin bir vardiya süresince bakım verdiği hasta sayısının 7’nin altında olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

**Tablo 1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri (n=320)**

<b>Değişkenler</b>	<b>n (%)</b>
<b>Yaş</b>	
29 yaş ve altı	223 (69,7)
30 yaş ve üstü	97 (30,3)
<b>Cinsiyet</b>	
Erkek	116 (36,2)
Kadın	204 (63,8)
<b>Eğitim durumu</b>	
Lise	29 (9,1)
Ön lisans	36 (11,2)
Lisans	237 (74,1)
Yüksek lisans	18 (5,6)
<b>Medeni durum</b>	
Evli	132 (41,2)
Bekar	188 (58,8)
<b>Çalışılan birim</b>	
Dahili birim	91 (28,4)
Cerrahi birim	89 (27,8)
Yoğun bakım	140 (43,8)
<b>Meslekte çalışma yılı</b>	
6 yıl altı	203 (63,4)
7 yıl ve üzeri	117 (36,6)
<b>Kurumda çalışma yılı</b>	
5 yıl ve altı	241 (75,3)
6 yıl ve üzeri	79 (24,7)
<b>Birimde çalışma yılı</b>	
3 yıl ve altı	213(66,6)
4 yıl ve üzeri	107(33,4)
<b>Haftalık çalışma saati</b>	
40 saat	194 (60,6)
41 saat ve üzeri	126 (39,4)
<b>Çalışma şekli</b>	
8 saatlik gündüz mesaisi	50 (15,6)
24 saatlik gündüz/gece mesaisi	121 (37,8)
Gündüz mesai + 16/24 saatlik nöbetler	149 (46,6)
<b>Bakım verilen hasta sayısı/vardiya</b>	
7 hasta ve altı	185 (57,8)
8 hasta ve üzeri	135 (42,2)
<b>Ort±SS (Min-Maks)</b>	
<b>Yaş</b>	29,30±7,36 (20,00-58,00)
<b>Meslekte çalışma yılı</b>	6,79±7,29 (1,00-38,00)
<b>Kurumda çalışma yılı</b>	5,05±5,80 (1,00-34,00)
<b>Birimde çalışma yılı</b>	3,33±3,18 (1,00-22,00)
<b>Haftalık çalışma saati</b>	45,54±8,56 (40,00-72,00)
<b>Bakım verilen hasta sayısı/vardiya</b>	7,75±6,58 (2,00-30,00)

Ort±SS: Ortalama Standart Sapma, Min-Maks: Minimum maksimum

Hemşirelerin HGKÖ toplam ortalama puanı 2,79±0,51'dir. Bu ölçekte en yüksek ortalama puan "Çalışanların eğitimi" (2,86±0,63), en düşük ortalama puan "Yönetim ve liderlik" (2,69±0,51 ) alt boyutundandır. HTHEÖ toplam ortalama puanı 213,69±29,09 dur. En düşük ortalama puanın "İlaç

uygulamaları ve transfüzyon” alt boyutunda (78,72±11,22), en yüksek ortalama puanın “Düşmeler” (22,05±3,26) ve “İletişim” alt boyutunda (22,06±3,41) olduğu belirlenmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2. Hemşirelerin Hasta Güvenliği Kültürü ve Hemşirelerde Tıbbi Hataya Eğilim Ölçekleri Ortalama Puanları (n=320).**

Ölçekler	Ölçek Alt Maddeleri	Ort±SS	Min-Maks
<b>Hasta Güvenliği Kültürü Ölçeği</b>	Yönetim ve Liderlik	2,69±0,51	1,00-4,00
	Çalışan Davranışı	2,75±0,57	1,00-4,00
	Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	2,78±0,65	1,00-4,00
	Çalışanların Eğitimi	2,86±0,63	1,00-4,00
	Bakım Ortamı	2,86±0,62	1,00-4,00
	<b>Ölçek Ortalama Puanı</b>	2,79±0,51	0,00-3,98
<b>Tıbbi Hataya Eğilim Ölçeği (HTHEÖ)</b>	İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon	78,72±11,22	49,00-90,00
	Hastane Enfeksiyonları	52,08±7,54	26,00-60,00
	Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği	38,76±6,12	21,00-45,00
	Düşmeler	22,05±3,26	11,00-25,00
	İletişim	22,06±3,41	12,00-25,00
	<b>Ölçek Ortalama Puanı</b>	213,69±29,09	128,00-245,00

Ort±SS: Ortalama Standart Sapma, Min-Maks: Minimum maksimum

Tablo 3’te HTHEÖ alt boyutları ve toplam ortalama puanı ile hemşirelerin demografik ve çalışma koşullarına ilişkin verilerine yönelik karşılaştırma testlerinin sonuçları verilmiştir. Test sonuçlarına göre, cinsiyet grupları arasında “Düşmeler” alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p=0,032). Erkek hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimi puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin dahili ve cerrahi birimde çalışan hemşirelere göre, cerrahi birimde çalışan hemşirelerin dahili birimde çalışan hemşirelere göre tıbbi hata yapma eğilimleri istatistiksel açıdan anlamlı ölçüde düşüktür (p=0,006, p=0,002, p=0,001, p<0,001). Haftalık çalışma saati 41 saat ve üzeri olan hemşirelerin “Hastane enfeksiyonları” alt boyut puanı daha düşüktü (p=0,029). Hemşirelerin vardiya başına bakım verdikleri hasta sayısının ≥8 olması durumunda HTHEÖ toplam ve alt boyut ortalama puanları istatistiksel açıdan anlamlı oranda düşük bulunmuştur (p=0,013, p=0,002, p=0,010, p=0,002, p=0,002, p=0,003). Çalışma şekli, mesleki deneyim, eğitim durumu ile HTHEÖ puanları arasında bir fark belirlenmemiştir (p> 0,05).

**Tablo 3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Ortalama Puanlarının Karşılaştırılması (n=320).**

	İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon		Hastane Enfeksiyonları		Hasta İzlemi/Malzeme Güvenliği		Düşmeler		İletişim		HTHEÖ Toplam	
	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS	Ort	SS
<b>Cinsiyet</b>												
Erkek	77,12	11,59	51,12	7,91	38,18	6,28	21,53	3,45	21,63	3,542	209,61	30,76
Kadın	79,62	10,94	52,63	7,29	39,09	6,02	22,34	3,13	22,31	3,32	216,01	27,91
Test İstatistiği	t=-1,921/p=0,056		t=-1,718/p=0,087		t=-1,288/p=0,199		t=-2,152/p=0,032*		t=-1,707/p=0,089		t=-1,902/p=0,058	
<b>Eğitim durumu</b>												
Lise	81,06	10,18	53,20	6,23	39,51	5,18	22,00	3,55	22,13	3,54	217,93	26,30
Ön lisans	80,72	10,12	52,72	7,07	40,52	4,46	21,97	3,59	22,55	3,31	218,50	25,39
Lisans	78,06	11,54	51,85	7,85	38,43	6,37	22,10	3,175	22,00	3,42	212,47	29,98
Yüksek lisans	79,55	10,44	52,05	6,41	38,38	6,79	21,55	3,584	21,83	3,46	213,38	28,82
Test İstatistiği	F=1,106/p=0,347		F=,370/p=0,775		F=1,396/p=0,244		F=,171/p=0,916		F=,303/p=0,824		F=,670/p=0,571	
<b>Çalışılan birim</b>												
Dahili birim (a)	75,57	11,42	49,87	7,63	36,87	6,22	21,20	3,34	21,29	3,35	204,83	29,66
Cerrahi birim (b)	79,60	11,02	52,02	7,75	38,67	6,08	21,64	3,52	21,70	3,62	213,65	29,74
Yoğun bakım (c)	80,20	10,89	53,56	7,02	40,05	5,79	22,86	2,86	22,80	3,18	219,48	26,96
Test İstatistiği	F=5,217/p=0,006* a<b,a<c**		F=6,823/p=0,001* a<c**		F=7,709/p=0,001* a<b,a<c**		F=8,427/p<0,001* a<c,b<c**		F=6,229/p=0,002* a<c**		F=7,268/p=0,001* a<b,a<c**	
<b>Meslekte çalışma yılı</b>												
6 yıl ve altı	78,78	11,12	52,19	7,65	38,81	6,22	22,12	3,36	22,23	3,34	214,16	29,00
7 yıl ve üzeri	78,60	11,45	51,89	7,37	38,67	5,97	21,92	3,11	21,77	3,52	212,88	29,34
Test İstatistiği	t=,138/p=0,89		t=,342/p=0,733		t=,200/p=0,842		t=,540/p=0,590		t=1,158/p=0,248		t=,381/p=0,704	
<b>Haftalık çalışma saati</b>												
40 saat	79,82	11,20	52,55	7,35	39,11	39,11	22,31	3,12	22,17	3,39	215,97	28,93
41 saat ve üzeri	77,02	11,10	51,37	7,79	38,23	38,23	21,65	3,44	21,90	3,45	210,18	29,09
Test İstatistiği	t=2,193/p=0,029*		t=1,367/p=0,173		t=1,261/p=0,208		t=1,780/p=0,076		t=,692/p=0,490		t=1,747/p=0,082	
<b>Çalışma şekli</b>												
8 st gündüz mesaisi	79,00	11,32	52,00	7,03	39,30	6,02	22,38	3,122	22,22	3,34	214,90	28,56
24 st gündüz/gece mesaisi	78,43	10,79	52,48	7,09	38,80	5,97	22,09	3,172	22,08	3,44	213,9	28,16
Gündüz + 16/24 st nöbetler	78,85	11,60	52,08	7,54	38,76	6,12	21,91	3,40	22,00	3,43	213,12	30,17
Test İstatistiği	F=,065/p=0,937		F=,287/p=0,751		F=,284/p=0,753		F=,394/p=0,675		F=,074/p=0,929		F=,075/p=0,928	
<b>Bakım verilen hasta sayısı/vardiya</b>												
7 hasta ve altı	80,06	10,76	53,21	7,43	39,51	5,92	22,54	3,07	22,56	3,27	217,89	27,70
8 hasta ve üzeri	76,88	11,61	50,54	7,45	37,73	6,27	21,38	3,41	21,39	3,49	207,94	30,04
Test İstatistiği	t=2,496/p=0,013*		t=3,161/p=0,002*		t=2,597/p=0,010*		t=3,166/p=0,002*		t=3,065/p=0,002*		t=3,024/p=0,003*	

\*p&lt;0,05, \*\* LSD post hoc testleri, t: t testi, F: One-Way Anova testi



Tablo 4, hemşirelerin yaş, meslekte, kurumda ve birimde çalışma yılı, haftalık çalışma saati ve bakım verilen hasta sayısı ile HTHEÖ korelasyonunu vermektedir. Buna göre; hemşirelerin haftalık çalışma saati ile "İlaç uygulamaları ve transfüzyon" alt boyutu puanı arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon olduğu saptanmıştır (r: -0,122, p=0,029). Hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayısı ile HTHEÖ ve alt boyut puanları arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon olduğu bulunmuştur (sırasıyla, r: -0,140, p=0,012, r:-0,175, p=0,012, r: -0,144, p=0,010, r: -0,175, p=0,002, r: -0,169, p=0,002, r: -0,169, p=0,002) (Tablo 4).

**Tablo 4. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri ile Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Korelasyonu (n=320).**

	İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	HTHEÖ Toplam
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Yaş	-0,003 (0,957)	-0,003 (0,955)	0,002 (0,973)	-0,048 (0,390)	-0,081 (0,148)	-0,017(0,768)
Meslekte çalışma yılı	-0,008 (0,890)	-0,019 (0,733)	-0,011 (0,842)	-0,030 (0,590)	-0,065(0,248)	-0,021(0,704)
Kurumda çalışma yılı	0,032 (0,565)	0,012 (0,836)	0,041 (0,466)	0,042 (0,457)	-0,012 (0,837)	0,027 (0,625)
Birimde çalışma yılı	0,034 (0,543)	0,017 (0,758)	-0,005 (0,924)	0,013 (0,819)	-0,024 (0,669)	0,015 (0,787)
Haftalık çalışma saati	-0,122 (0,029)*	-0,076 (0,173)	-0,071 (0,208)	-0,099 (0,076)	-0,039 (0,490)	-0,098 (0,082)
Bakım verilen hasta sayısı (vardiya)	-0,140 (0,012)*	-0,175 (0,002)*	-0,144(0,010)*	-0,175 (0,002)*	-0,169 (0,002)*	-0,169 (0,002)*

\*  $p < 0,05$ , r: Pearson Korelasyon Analizi.

Tablo 5 ölçekler arasındaki korelasyonu vermektedir. Hemşirelerin HGKÖ, HTHEÖ ve alt boyutları ortalama puanları arasında pozitif yönde ve zayıf düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (r:0,217- r:0,407,  $p < 0,001$ ) (Tablo 5).

**Tablo 5. Hasta Güvenliği Kültürü ile Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Korelasyonu (n=320).**

	İlaç Uygulamaları ve Transfüzyon	Hastane Enfeksiyonları	Hasta İzlemi Malzeme Güvenliği	Düşmeler	İletişim	HTHEÖ Toplam
	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)	r (p)
Yönetim ve Liderlik	0,358 (0,001)**	0,382 (0,001)**	0,258 (0,001)**	0,257 (0,001)**	0,217 (0,001)**	0,337 (0,001)**
Çalışan Davranışı	0,395 (0,001)**	0,367 (0,001)**	0,265 (0,001)**	0,260 (0,001)**	0,216 (0,001)**	0,343 (0,001)**
Beklenmedik Olay ve Hata Raporlama	0,369 (0,001)**	0,370 (0,001)**	0,282 (0,001)**	0,265 (0,001)**	0,246 (0,001)**	0,351 (0,001)**
Çalışanların Eğitimi	0,407 (0,001)**	0,366 (0,001)**	0,314 (0,001)**	0,323 (0,001)**	0,279 (0,001)**	0,388 (0,001)**
Bakım Ortamı	0,420 (0,001)**	0,362 (0,001)**	0,309 (0,001)**	0,297 (0,001)**	0,237 (0,001)**	0,372 (0,001)**
HGKÖ Toplam	0,414 (0,001)**	0,404 (0,001)**	0,299 (0,001)**	0,293 (0,001)**	0,251 (0,001)**	0,380 (0,001)**

\*\* $p < 0,001$ , r: Pearson Korelasyon Analizi

Hasta güvenliği kültürünün tıbbi hata yapma eğilimine etkisine ilişkin regresyon modeli Tablo 6'da sunulmuştur. "Hasta Güvenliği Kültürü" bağımsız değişkeninin beta katsayısı 0,380 olarak hesaplanmıştır. Bu, bağımsız değişkendeki bir birimlik artışın bağımlı değişken olan "Tıbbi Hata

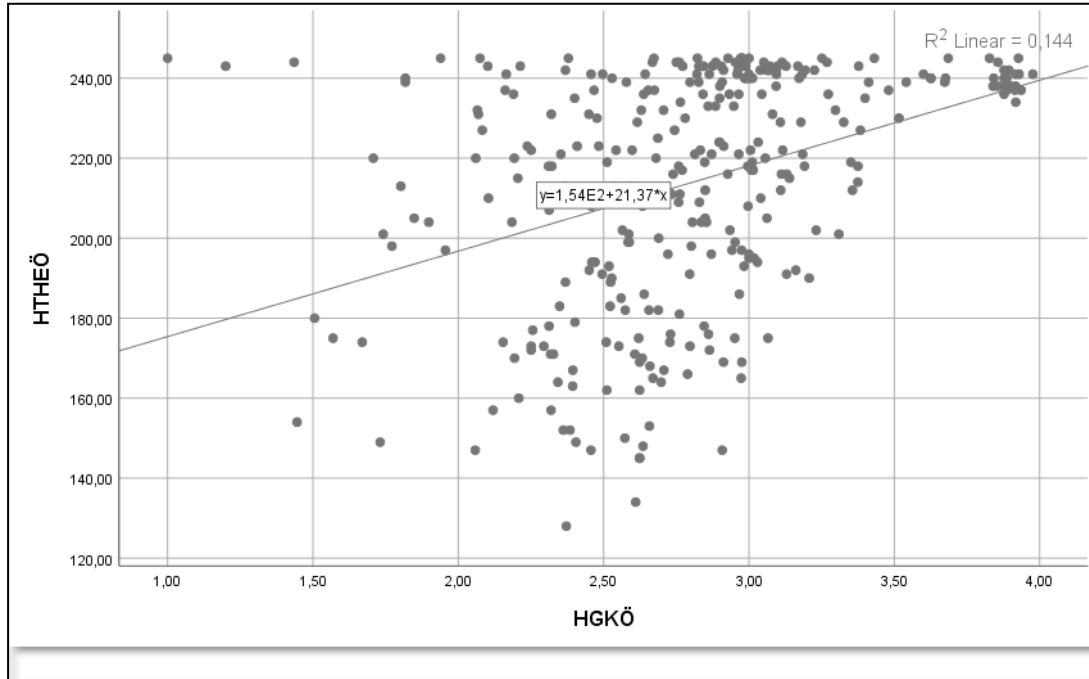
Yapmaya Eğilim" üzerinde 0,380 birimlik artışla ilişkili olduğunu gösterir. "Hasta Güvenliği Kültürü" bağımsız değişkeninin beta katsayısının standart hatası 2,917'dir. Bu, tahmin edilen beta katsayısının ne kadar hassas olduğunu gösteren bir ölçüdür. "Hasta Güvenliği Kültürü" bağımsız değişkeninin t istatistiği 7,326'dır ve p değeri 0,000 olarak hesaplanmıştır. Bu, "Hasta Güvenliği Kültürü" değişkeninin tıbbi hata yapmaya eğilim üzerinde anlamlı bir etkisi olduğunu gösterir. p değeri 0,05'ten küçüktür, bu da istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu gösterir. R<sup>2</sup> değeri 0,144 olarak hesaplanmıştır. Bu, "Tıbbi Hata Yapmaya Eğilim" değişkenindeki toplam değişkenliğin %14,4'ünün "Hasta Güvenliği Kültürü" değişkeni tarafından açıklandığını gösterir. Yani, "Hasta Güvenliği Kültürü" değişkeni tıbbi hata yapmaya eğilimdeki varyasyonun yaklaşık %14,4'ünü açıklamaktadır. F istatistiği 53,674 olarak hesaplanmıştır ve p değeri 0,000'dir. Bu, regresyon modelinin genel anlamda anlamlı olduğunu ve en az bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerinde etkili olduğunu gösterir (Tablo 6)(Grafik 1).

**Tablo 6. Hasta Güvenliği Kültürü ile Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Dönük Regresyon Analizi Sonuçları**

	Beta	Standard Hata	$\beta$	t	p
(Sabit)	154,023	8,283	-	18,594	0,000*
Hasta Güvenliği Kültürü	21,369	2,917	0,380	7,326	0,000*

Bağımlı değişken: Tıbbi Hata Yapmaya Eğilim \*p<.001 R: 0,380 R<sup>2</sup>:0,144 F:53,674 p=,000

**Grafik 1. Hasta Güvenliği Kültürü ile Tıbbi Hata Yapma Eğilimi Arasındaki İlişkiyi Gösteren Saçılım Grafiği**



#### IV. TARTIŞMA

Hasta güvenliğinin sağlık kuruluşlarında sağlanması ve devam ettirilebilmesi için olumlu bir hasta güvenliği kültürünün oluşturulması önemli bir faktördür (Famolaro vd., 2018; Lee vd., 2017). Literatürde hasta güvenliği kültürü ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde, en yüksek ortalama puanın "Çalışan davranışı" ve "Çalışanların eğitimi" alt boyutunda, en düşük puanın ise "Beklenmedik olay ve hata rapor etme" alt boyutunda olduğu tespit edilmiştir (Karaca ve Arslan, 2014; Rızalar vd., 2016). Bu çalışmalardan farklı olarak "Yönetim ve liderlik" alt boyutunun önemine değinen ve diğer alt boyutlara göre ortalama puanının düşük olduğu çalışma sonuçları da yer almaktadır (Türk vd., 2018; Willmott ve Mould, 2018). Bu çalışmada da "Yönetim ve liderlik" alt boyut ortalama puanının düşük

olduğu belirlenmiştir. Bu durumun araştırma yapılan hastanede kurumsal olarak hasta güvenliği kùltürünün yönetim ve çalışanlar tarafından anlaşılamaması, hasta güvenliği kùltürünün kavramsal boyutunun uygulamadaki yerinin askıda kalması, kurumlarda hasta güvenliği kùltürünün kurumun tüm paydaşları tarafından değil kalite yönetim birimi tarafından dile getiriliyor olması nedeniyle değişkenlik gösterdiği söylenebilir.

Bu çalışmada HTHEÖ toplam ve alt boyut ortalama puanına göre, hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük (213) (minimum=49- maksimum= 245) olduğu belirlenmiştir. Dikmen Demir ve diğerleri (2014) 230,68 puan, Cebeci ve diğerleri (2012) 4,74 puan ve İntepeler (2014)'in 4,61 puan (minimum=0-maksimum= 5) elde ettiği ve sonuçların bu çalışma ile benzerlik gösterdiği tespit edilmiştir.

Yoğun bakım hastaları, eşlik eden kronik hastalıklar, hemodinamideki ani değişiklikler, özellikli/yüksek riskli ilaç kullanımı ve çok çeşitli tıbbi cihazların kullanımı nedeniyle yakın izlem gerektirmektedir (Penoyer, 2010). Bu çalışmada yoğun bakım biriminde çalışan hemşirelerin HTHEÖ alt boyutlarının tamamında tıbbi hata yapma eğilimleri, dahili ve cerrahi birim hemşirelerine göre daha düşük bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak Koralay (2021)'in cerrahi hemşireleri ile yaptığı karma yöntem çalışmasında, cerrahi yoğun bakım hemşirelerinin tıbbi hata yapma eğilimlerinin, cerrahi kliniğinde çalışan hemşirelere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu fark çalışmanın Covid 19 pandemi sürecinde yapılmış olması ve bu süreçte yoğun bakımda vaka çeşitliliğinin çok olmaması (tek tip vaka) ile açıklanabilir. Farklı bir açıdan bakıldığında ise cerrahi yoğun bakım hastasının post-op hasta takibi sürecinin daha yoğun olması nedeniyle tıbbi hata yapma eğilimini arttırdığı düşünülebilir.

Hemşirelik uygulamaları içerisinde hasta güvenliğini tehdit eden en önemli tıbbi hatanın ilaç hataları olduğu belirtilmektedir (Cebeci vd., 2012). Bu çalışmada hemşirelerin haftalık çalışma saati ile HTHEÖ “İlaç uygulama ve transfüzyon” alt boyutu ortalama puanı arasında negatif yönde çok zayıf korelasyon olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Bu çalışma ile benzer şekilde Er ve Altuntaş (2016), hemşirelerin tıbbi hata yapma durumlarının nedenine yönelik yaptığı çalışmada katılımcıların uzun çalışma saatlerinin tıbbi hata eğilimini arttırdığını belirlemiştir.

Bu araştırmaya katılan hemşirelerin %74,1'i lisans mezunudur ve hemşirelerin eğitim durumu ile HTHEÖ toplam ve alt boyut ortalama puanları arasında anlamlı fark bulunamadı; ancak “lisans ve yüksek lisans” eğitimine sahip katılımcıların “İlaç uygulamaları ve transfüzyon” alt boyutu ve HTHEÖ toplam ortalama puanlarının lise ve ön lisans mezunu hemşirelere göre düşük olmasının şaşırtıcı olduğu söylenebilir. Dikmen Demir ve diğerleri (2014) de benzer şekilde eğitim durumunun tıbbi hataya eğilimini etkilemediğini tespit etmişlerdir. Bu çalışmalardan farklı olarak; Tural ve diğerleri (2021), pediatri hemşireleri (n=142) ile yaptığı çalışmada, lisans ve lisansüstü mezunu hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin ön lisans mezunu hemşirelere göre daha düşük olduğunu saptamıştır. Sonuç olarak beklenti lisans mezunu hemşirelerin tıbbi hataya eğilimlerinin daha düşük olmasıdır. Bununla birlikte; hemşirelerin meslekte ve birimde çalışma yılı ve deneyimlerinin artmasıyla pozitif hasta güvenliği kùltürü olduğu, bu parametrelerin özellikle ilaç hatalarını azalttığı tespit edilmiştir (Azyabi vd., 2021) Karacabay ve diğerlerinin (2020) çalışmasında 11 yıl ve üzeri çalışma deneyimi olan hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin düşük olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmada ise diğer çalışmalardan farklı olarak, hemşirelerin meslekte çalışma süresi ve birimdeki çalışma sürelerinin HTHEÖ toplam puanı ve alt boyutlardaki parametreleri etkilemediği saptanmıştır. Bu çalışmada hemşirelerin çoğunluğu lisans mezunu olmasına karşın, büyük çoğunluğunun (%63,4) çalışma deneyiminin 6 yıl ve altında olduğu gör÷lmektedir. Eğitim ve tıbbi hataya eğilim arasındaki farkın çalışma deneyiminin azlığı ile ilgili olduğu düşün÷lmektedir

Bu çalışmada hemşirelerin bakım verdikleri hasta sayıları ile HTHEÖ ve alt boyutları ortalama puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark belirlenirken, çalışma şekli ve çalışma saati (“İlaç uygulamaları ve transfüzyon” alt boyutu hariç) ile tıbbi hataya eğilim arasında bir fark bulunmamıştır. Alemdar ve Yılmaz (2019)'ın çalışmasında bakım verilen hasta sayısı ile tıbbi hataya eğilim arasında zayıf düzeyde negatif yönde bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Bu çalışmanın aksine; Koralay (2021)'in

çalışmasında bakım verilen hasta sayısının tıbbi hataya eğilimi etkilemediği, Çetinkaya (2016)'nın çalışmasında da çalışma saati arttıkça tıbbi hataya eğilimin arttığı belirlenmiştir. Bu çalışmadan farklı olarak birçok çalışmada da dönüşümlü vardiya sistemi ile çalışan hemşirelerin gündüz çalışanlara göre tıbbi hataya eğilimlerinin arttığı gösterilmiştir (Çetinkaya, 2016; İntepeler vd., 2014; Kandemir ve Yüksel, 2020; Koralay, 2021; Özen vd., 2019; Tarhan vd., 2020). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerini artıran faktörler arasında bilgi eksikliği, zaman yetersizliği, iş yükündeki artış, çalışma süreleri, çalışma şekli, bakım verilen hasta sayısı vb. durumlar sayılmaktadır (Bondevik vd., 2017; Botha vd., 2015; Winning vd., 2018; Wright, 2010). Bu çalışmaya katılanların çoğunluğu (%60,6) 40 saat yani normal mesai süresinde çalışmaktadır. Bu çalışmada tıbbi hataya eğilim ile çalışma süresi arasında anlamlı farkın bulunmaması bununla açıklanabilir.

Yönetim ve liderlik faktörlerinin, özellikle personelin güçlendirilmesinde, örgütsel bağlılığın artırılmasında dolayısıyla hasta güvenliği ve önlenebilir tıbbi hataların azaltılmasında önemli etkileri vardır (Alimohammadzadeh vd., 2017). Yapılan çalışmalarda, hasta güvenliği kültürünü destekleyen kurumlarda tıbbi hata oranlarının düştüğü tespit edilmiştir (Azyabi vd., 2021; Karacabay vd., 2020). Bu çalışmada da benzer şekilde hasta güvenliği kültürünün “Yönetim ve liderlik” yönü geliştikçe tıbbi hataya eğilimin azaldığı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda organizasyonel kültür oluşumunda yönetimin desteğinin önemli bir faktör olduğu söylenebilir.

Sağlık hizmeti sunumu esnasında hastaların zarar görmesi ve/veya zarar görme olasılıklarını (ramak kala olay) azaltmaya yönelik en etkili yöntem raporlama sistemleridir (İntepeler ve Dursun, 2012; Mardon vd., 2010). Mardon ve diğerlerinin. (2010) 179 hastanenin hasta güvenliği kültürü parametrelerini inceledikleri araştırmada, hata raporlama sisteminin aktif kullanıldığı sağlık kurumlarında tıbbi hata oranlarının düştüğü belirtilmiştir. Bu çalışmada, HGKÖ “Beklenmedik olay ve hata raporlama” alt boyut ortalama puanı arttıkça tıbbi hataya eğilimin azaldığı saptanmıştır. Bu sonuç olumlu hasta güvenliği kültürünün etkisi olarak açıklanabilir. Hemşirelerin ise yüksek oranlarda tıbbi hata ile karşılaşmalarına rağmen (Alan ve Khorshid, 2016), yüksek oranlarda istenmeyen olayları raporlamada yetersiz kaldıkları bilinmektedir (Hatam vd., 2012; Yılmaz ve Göriş, 2015).

Hasta güvenliğine yönelik verilen hizmet içi ve oryantasyon eğitimlerinin hasta güvenliği algısını yükselttiği ve tıbbi hataya eğilimi düşürdüğü tespit edilmiştir (Çiftlik vd., 2010; Tural Büyük vd., 2021). Literatüre benzer şekilde bu çalışmada HGKÖ alt boyutu olan “Çalışanların eğitimi” ile HTHEÖ arasında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu, yani eğitim arttıkça tıbbi hataya eğilimin azaldığı belirlenmiştir. Hasta güvenliği kültürünün gelişmesinde hizmet içi eğitimin önemli faktörlerden biri olduğu aşıkardır.

Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimini etkileyen nedenler arasında ağır iş yükü, yetersiz sağlık personeli sayısı, deneyimsizlik, ihmal, bitkinlik, iletişim, tükenmişlik ve stres gösterilmektedir (Hassan, 2018; Johari vd., 2013; Özata, 2010; Stewart, 2016; Yılmaz ve Göriş, 2015). Erdağı ve Özer'in (2015) cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarını, hasta güvenliği kültür algılarını ve tükenmişlik durumlarını incelediği tanımlayıcı çalışmada, en yüksek puanın HGKÖ “Bakım ortamı” alt boyutunda olduğu saptanmıştır. Demirel ve diğerleri (2020) tanımlayıcı kesitsel olarak yürüttükleri çalışmada (n=624); intörn öğrencileri çalışma ortamı ile ilgili olumsuz görüş bildirmelerine rağmen HGKÖ “Bakım ortamı” boyutundan ortalamanın üzerinde puan aldığı belirlenmiştir. Demirel ve diğerleri (2020) hasta güvenliği kültürünün yüksek olmasının, yanlış ya da uygun olmayan malzeme kullanımı ve cihazlara bağlı hataları azaltmadığını, fakat düşme ve ilaç hatalarını azalttığını belirtmiştir. Literatüre benzer şekilde bu çalışmada da HGKÖ “Bakım ortamı” alt boyutu ile HTHEÖ arasında zayıf düzeyde negatif anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bakım ortamı ile ilgili yapılan iyileştirmelerin tıbbi hataya eğilimi azalttığı söylenebilir. Bakım ortamlarının sağlık personelinin hata oranlarını düşürecek şekilde planlanması ve tasarlanması, güvenli malzeme seçimi ve yetkin personeller tarafından bu malzemelerin kullanılması, tıbbi hata oranlarının düşürülmesinde etkili olabilir.

Bu çalışmada hasta güvenliği kültürü ile tıbbi hata yapma eğilimi arasında pozitif yönde doğrusal bir ilişki olduğu ve hasta güvenliği kültürünün toplam varyansın %14,4'ünü açıkladığı belirlenmiştir.

Türkiye’de biri intörn öğrenci ve biri hemşire grubu ile yapılan iki çalışmada da hasta güvenliği kùltürünün tıbbi hatayı yordamada önemli bir etken olduğu belirlenmiştir (Demirel vd., 2020; Şantaş vd., 2020). Çin’de 920 hemşire ile yapılan bir çalışmada da hasta güvenliği kùltürü alt boyutuna ait “Yönetim desteğinin” ramak kala raporlamayı önemli ölçüde öngördüğu tespit edilmiştir (Yang ve Liu, 2021). Hasta güvenliği kùltürünün tıbbi hataya eğilime etkisi ortadadır. Bakım kalitesi ve hasta güvenliğinin artırılması için hemşirelik becerilerinde kanıta dayalı uygulamaların kullanılması ve hemşirelerin hasta güvenliği konusundaki eğitimi son derece önemlidir (Yılmaz ve Yalım, 2020; Ioannidis ve Lau, 2001, Agbar vd., 2023).

## V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Hemşirelerin genel olarak tıbbi hata yapma eğilimlerinin düşük ve ortalama değerin üzerinde bir hasta güvenliği kùltürünün olduğu söylenebilir. Hemşirelerin haftalık çalışma süreleri artıkça “ilaç uygulama ve transfüzyon” boyutunda tıbbi hata yapma eğiliminin arttığı, bakım verdikleri hasta sayısı artıkça tıbbi hata yapma eğiliminin arttığı tespit edilmiştir. Hasta güvenliği kùltürünün tüm unsurları (yönetim ve liderlik, çalışan davranışı, beklenmedik olay ve hata raporlama, çalışanların eğitimi, bakım ortamı puanı) artıkça tıbbi hata yapma eğiliminin düştüğu, hasta güvenliği kùltürünün tıbbi hata yapma eğilimini etkileyen bir faktör olduğu belirlenmiştir.

Bu çalışma, hemşirelerin hasta güvenliği kùltürü algıları ile tıbbi hata arasındaki ampirik bağlantıyı ortaya koyması açısından önemlidir. Araştırma bulguları, sağlık kurumlarındaki yöneticilerin öğrenmeyi destekleyen ve raporlama sistemlerinde cezalandırıcı olmayan bir yaklaşım sergilemeleri gerektiğini düşündürmektedir. Bu çalışma, sağlık kurumlarında hasta güvenliği ile ilgili tıbbi sorunların raporlanması, tartışılması ve hatalardan ders çıkaracak sistemlerin geliştirilmesi konusunda yol gösterici olabilir. Hemşirelik ve diğer tüm sağlık profesyonellerinin lisans eğitimi müfredatında hasta güvenliği eğitimleri yaygınlaşmalı/zorunlu olmalıdır. Hasta güvenliği kùltürünün tıbbi hatalarının azaltılmasındaki etkisi açıktır. Bu nedenle sonraki çalışmalarda hasta güvenliği kùltürünün artırılması ve bunun tıbbi hata oranları üzerine etkisinin değerlendirildiği girişimsel çalışmaların planlanması önerilmektedir.

**Etik Kurul İzni:** Araştırma, SANKO Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurulu tarafından 01/09/2020 tarih, 2020/12 no’lu toplantıda karar-3 numarası ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

## KAYNAKLAR

- Alan, N., & Khorshid, L. (2016). Bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin tıbbi hataya eğilim düzeylerinin belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(1), 1-18.
- Alemdar, D. & Yılmaz, G. (2020). Evaluation of the Relationship Between the Patient Safety Culture and Medical Error Attitudes of the Pediatric Nurses. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 10(1), 60-67
- Alimohammadzadeh, K., Esmaili Joladi, S., Olya, M., Ghaiyoomi, A., & Zaferani Arani, H. (2017). A Comparative study on effective factors in patient safety culture from the nursing staff points of view. *Journal of Health Management & Informatics*, 4(2), 57-61.
- Agbar, F., Zhang, S., Wu, Y., & Mustafa, M. (2023). Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: Systematic review and meta-analysis. *Nurse Education in Practice*, 67, 103565.
- Azyabi, A., Karwowski, W., & Davahli, M. R. (2021). Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2466.
- Bodur, S., & Filiz, E. (2009). A survey on patient safety culture in primary healthcare services in Turkey. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(5), 348-355.
- Bondevik, G. T., Hofoss, D., Huseb, B. S., & Deilakas, E. C. T. (2017). Patient safety culture in norwegian nursing homes. *BMC Health Services Research*, 17(1), 1-10.
- Botha, E., Gwin, T., & Purpora, C. (2015). The effectiveness of mindfulness based programs in reducing stress experienced by nurses in adult hospital settings: a systematic review of quantitative evidence protocol. *JBIC Evidence Synthesis*, 13(10), 21-29.
- Brunetto, Y., Xerri, M., Farr- Wharton, B., Shacklock, K., Farr- Wharton, R., & Trincherro, E. (2016). Nurse safety outcomes: old problem, new solution—the differentiating roles of nurses' psychological capital and managerial support. *Journal of Advanced Nursing*, 72(11), 2794-2805.
- Cebeci, F., Gürsoy, E., & Tekingündüz, S. (2012). Hemşirelerin tıbbi hata yapma eğilimlerinin belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15(3), 188-196.
- Cloete, L. (2015). Reducing medication errors in nursing practice. *Nursing Standart*, 29(20):50-59.
- Cooper, M. D. (2000). Towards a model of safety culture. *Safety Science*, 36(2), 111-136.
- Çakır, A., & Tütüncü, Ö. İzmir ili hastanelerinde hasta güvenliği algısı. *Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi* (19-21 Mart 2009). Antalya.
- Çetinkaya, P. (2016). Hemşirelikte tıbbi uygulama hataları ve hukuki sonuçları. Seçkin Yayıncılık.
- Çiftlik, E. E., Kesmezacar, Ö., Kurt, M., Kesgin, V., Özkan, S., Çoban, D., & Abalı, Y. (2010). Eğitim ve araştırma hastaneleri ile devlet hastanelerinde hasta güvenliği kültürü algılaması. Demir, M., Güler, H., Öztürk, A., Önder, Ö., Beylik, U. (Ed.), *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi* (28 Nisan-01 Mayıs 2010). Ankara.
- Demirel, G., Akgün, Ö., & Doğaner, A. (2020). İntörn Öğrencilerin Hasta Güvenliği Tutum ve Kültürlerinin Tıbbi Hata Durumlarına Etkisi. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. (2), 276-283.

- Dikmen Demir, Y., Yorgun, S., & Yeşilçam, N. (2014). Hemşirelerin tıbbi hatalara eğilimlerinin belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakùltesi Dergisi*, 1(1), 44-56.
- DSÖ. (2020 September 16). Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems Technical Report And Quidance 9789240010338 ). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010338>
- DSÖ. (2022 September 12-14). 72nd session of the WHO regional committee for europe. <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/data-and-statistics>
- Elliott, R. A., Camacho, E., Jankovic, D., Sculpher, M. J., & Faria, R. (2021). Economic analysis of the prevalence and clinical and economic burden of medication error in England. *BMJ Quality & Safety*, 30(2), 96-105.
- Er, F., & Altuntaş, S. (2016). Determination of nurses' viewpoints about medical errors and their causes. *Journal of Health and Nursing Managment*, 3(3), 132-139.
- Erdağı, S., & Özer, N. (2015). Cerrahi kliniklerde çalışan hemşirelerin çalışma ortamlarının, hasta güvenliği kùltürü algılarının ve tükenmişlik durumlarının incelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 18(2), 94-106.
- Famolaro, T., Yount, N, Hare, R., vd., & Rockville, M. (2018). Hospital survey on patient safety culture: 2018 user. Database report. *Agency for Healthcare Research and Quality*, 18-0025.
- Hassan, I. (2018). Avoiding medication errors through effective communication in healthcare environment. *Movement, Health & Exercise*, 7(1), 113-126.
- Hatam, N., Keshtkar, V., Forouzan, F., & Bastani, P. (2012). Patient safety culture status in teaching hospitals: A case of shiraz university of medical sciences. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 12(7), 970-975.
- Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America, Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academies Press (US).
- Ioannidis, J. P., & Lau, J. (2001). Evidence on interventions to reduce medical errors: an overview and recommendations for future research. *Journal Of General Internal Medicine*, 16(5), 325–334.
- İntepeler, Ş., & Dursun, M. (2012). Medication error and medication error reporting systems. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 15(2), 129-135.
- İntepeler, Ş., Soydemir, D., & Güleç, D. (2014). Hemşirelerin tıbbi hataya eğilimleri ve etkileyen faktörler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakùltesi Dergisi*, 30(1), 1-18.
- Johari, H., Shamsuddin, F., Idris, N., & Hussin, A. (2013). Medication errors among nurses in government hospital. *Journal of Nursing and Health Science*, 1(2), 18-23.
- Kandemir, A., & Yüksel, S. (2020). Cerrahi hemşirelerinin tıbbi hata tutum ve eğilimlerinin belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 23(2),284-294.
- Karaca, A., & Arslan, H. (2014). Hemşirelik hizmetlerinde hasta güvenliği kùltürünün değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 9-18.
- Karacabay, K., Savcı, A., Çömez, S., & Çelik, N. (2020). Cerrahi hemşirelerinin iş yükü algilari ile tıbbi hata eğilimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(3), 404-417.

- Koralay, G. (2021). *Cerrahi Birimlerde Çalışan Hemşirelerin Tıbbi Hataya İlişkin Bilgi, Eğilim, Tutum ve Görüşleri: Karma Yöntem Çalışması* (Yayınlanmış Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Lee, Y.C., Shieh, J.I., Huang, C.H., Wang, C. Y., & Wu, H.H. (2017). Analyzing patient safety culture from viewpoints of physicians and nurses a case of a regional teaching hospital in Taiwan. *The Journal for Healthcare Quality*, 39(5), 294-306.
- Leone, R. M., & Adams, R. J. (2016). Safety standards: implementing fall prevention interventions and sustaining lower fall rates by promoting the culture of safety on an inpatient rehabilitation unit. *Rehabilitation Nursing*, 41(1), 26-32.
- Lynn, P. (2015). Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri : Bir Hemşirelik Süreci Yaklaşımı (H. Bektaş, Trans.; 3. Baskı ed.). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Makary, M. A., & Daniel, M. (2016). Medical error-the third leading cause of death in the US. *BMJ (Clinical research ed.)*, 353, i2139.
- Mardon, R. E., Khanna, K., Sorra, J., Dyer, N., & Famolaro, T. (2010). Exploring relationships between hospital patient safety culture and adverse events. *Journal of patient safety*, 6(4), 226-232.
- McKillop, S. (2011). *Statistics explained: an introductory guide for life scientists*. Cambridge University Press.
- OECD. (2018 November 29). The Economics of Patient Safety in Primary and Ambulatory Care Flying blind <https://www.oecd.org/health/health-systems/The-Economics-of-Patient-Safety-in-Primary-and-Ambulatory-Care-April2018.pdf>
- Oliveira, R. M., Leitao, I. M. T. d. A., Aguiar, L. L., Oliveira, A. C. d. S., Gazos, D. M., Silva, L. M. S. d., Barros, A. A., & Sampaio, R. L. (2015). Evaluating the intervening factors in patient safety: focusing on hospital nursing staff. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 104-113.
- Özata, M. (2010). Hastanelerde tıbbi hata görülme sıklıkları, tıbbi hata türleri ve tıbbi hata nedenlerinin belirlenmesi: Konya örneği. *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 100-111.
- Özata, M., & Altuncan, H. Hemşirelikte tıbbi hataya eğilim ölçeğinin geliştirilmesi ve geçerlilik güvenilirlik analizinin yapılması. Demir, M., Güler, H., Öztürk, A., Önder, Ö., Beylik, U. (Ed.), *II. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi* (28 Nisan-01 Mayıs 2010). Ankara.
- Özen, N., Onay, T., & Terzioğlu, F. (2019). Hemşirelerin tıbbi hata eğilimlerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Meslekleri Dergisi*, 6(2), 1-10.
- Penoyer, D. A. (2010). Nurse Staffing And Patient Outcomes In Critical Care: A Concise Review. *Critical Care Medicine*, 38(7), 1521-1528.
- Rızalar, S., Büyük, E. T., Şahin, R., As, T., & Uzunkaya, G. (2016). Hemşirelerde hasta güvenliği kültürü ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 9-15.
- Slawomirski, L., Aaraaen, A., & Klazinga, N. (2017). The economics of patient safety. <https://www.oecd.org/els/health-systems/The-economics-of-patient-safety-March-2017.pdf>



- Smith, D. R., Muto, T., Sairenchi, T., Ishikawa, Y., Sayama, S., Yoshida, A., & Townley-Jones, M. (2010). Hospital safety climate, psychosocial risk factors and needlestick injuries in Japan. *Industrial Health, 48*(1), 85-95.
- Stewart, K. R. (2016). SBAR, *Communication and Patient Safety: An Integrated Literature Review* (Honors Theses), University of Tennessee at Chattanooga.
- Şantaş, G., Özer, Ö., Şantaş F., & Güleç, M.B. (2020). Impact of patient safety culture on medical error attitudes: an application in nurses. *Journal of Inonu University Health Services Vocational School, 8*(3), 590-602
- Tarhan, M., Ersoy, E., Yılmaz, A. G., & Dalar, L. (2020). Acil hemşirelerinin ilaç uygulama hatalarını etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hemşirelik Dergisi, 2*(2), 63-72.
- Tural Büyük, E., Ünaldi Baydin, N., & Döral, Ö. (2021). Pediatric nurses' attitudes regarding malpractice tendencies and patient safety culture: a case of Turkey. *International Journal of Health Services Research and Policy, 6*(1), 22-32.
- Türk, I., Akgül, S., Seçkin, M., Tekingündüz, S., & Zekioğlu, A. (2018). Hasta güvenliği kùltürü üzerine bir araştırma: eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5*(1), 25-34.
- Türkmen, E., Altuntaş, S., Baykal, Ü., & Seren, Ş. (2011). Hasta güvenliği kùltürü ölçeğinin geliştirilmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 14*(4), 38-46.
- Vaismoradi, M., Griffiths, P., Turunen, H., & Jordan, S. (2016). Transformational leadership in nursing and medication safety education: A discussion paper. *Journal of Nursing Management, 24*(7), 970-980.
- Willmott, J., & Mould, J. (2018). Health professionals' perception of patient safety culture in acute hospitals: An integrative review. *Australian Health Review, 42*(4), 387-394.
- Winning, A. M., Merandi, J. M., Lewe, D., Stepney, L. M., Liao, N. N., Fortney, C. A., & Gerhardt, C. A. (2018). The emotional impact of errors or adverse events on healthcare providers in the NICU: the protective role of coworker support. *Journal of Advanced Nursing, 74*(1), 172-180.
- Wright, K. (2010). Do Calculation errors by nurses cause medication errors in clinical practice? A Literature review. *Nurse Education Today, 30*(1), 85-97.
- Yang, Y., & Liu, H. (2021). The effect of patient safety culture on nurses' near-miss reporting intention: the moderating role of perceived severity of near misses. *Journal of Research In Nursing, 26*(1-2), 6-16.
- Yılmaz, Z., & Görüş, S. (2015). Determination of the patient safety culture among nurses working at intensive care units. *Pakistan Journal of Medical Sciences, 31*(3), 597.
- Yılmaz, Ş., & Yalım, N. Y. (2020). The effect of medical error education on the knowledge and attitudes of nursing students. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 11*(2), 170-177.



# SAĞLIK STATÜSÜNDEKİ DEĞİŞİMLER KAMU HARCAMA BİLEŞENİNİ ETKİLER Mİ? GELİŞMİŞ ÜLKELER ÜZERİNE BİR UYGULAMA \*

Şuheda SAĞLAM\*\*  
Oğuz KARA\*\*\*

## ÖZ

Sağlık, doğumla birlikte kazanılan yaşama hakkının ayrılmaz bir parçasıdır. İktisadi açıdan sağlık, beşeri sermaye birikiminin ve emek arz zincirinin en önemli bileşenidir. Tüm ülkeler, sağlıklı bir toplum oluşturabilmek ve toplumun sağlık statüsünü artırabilmek için çaba sarf ederler. Birçok ülke sağlık sektörüne yönelik harcamalarını arttırmaktadır. Sağlığa yönelik harcama artışları bir yandan beşeri sermaye birikimi yoluyla ekonomik büyümeye katkı sağlarken diğer yandan kamu giderlerini artırıcı bir baskı oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı, kamu ağırlıklı sağlık sistemi benimsemiş seçilmiş gelişmiş ülke örnekleminde hareketle sağlık statüsü göstergelerindeki değişimlerin kamu sağlık harcamalarının genel kamu harcamaları içerisindeki oranını hangi yönde ve ne ölçüde etkilediğini belirlemektir. 48 gelişmiş ülkenin 2005-2020 dönemi sağlık statüsü göstergelerindeki değişim ile sağlık harcamalarının kamu giderleri içerisindeki oransal payı panel veri analiz yöntemleri kullanılarak incelenmiştir. Analiz sonucunda kaba doğum oranındaki ve insani gelişmişlik endeksindeki artışlarının kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını azalttığı belirlenmiştir. Kişi başına cepten sağlık harcamalarının ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının artmasının kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını artırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Özel sağlık harcamaları oranı arttıkça kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranının azaldığı tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık statüsü, kamu sağlık harcamalarının bileşeni, sağlık ekonomisi, panel veri analizi.

## MAKALE HAKKINDA

\* Bu çalışma, Düzce Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı kapsamında, Doç. Dr. Oğuz KARA danışmanlığında ve Şuheda SAĞLAM tarafından hazırlanan "Sağlık Statüsündeki Değişimlerin Kamu Bütçesi Üzerindeki Etkisi: Panel Veri Analizi"(2022) başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

\*\* Yüksek Lisans, Düzce Üniversitesi, LEE Sağlık Yönetimi ABD, suheda.saglam.1997@gmail.com,

<https://orcid.org/0000-0001-8678-814X>

\*\*\* Doç. Dr., Düzce Üniversitesi, İşletme Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, oguzkara@duzce.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-8934-5608>

Gönderim Tarihi: 03.10.2022

Kabul Tarihi: 01.08.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Sağlam, Ş., & Kara, O. (2023). Sağlık Statüsündeki Değişimler Kamu Harcama Bileşenini Etkiler mi? Gelişmiş Ülkeler Üzerine Bir Uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 575-596

# DO CHANGES IN HEALTH STATUS AFFECT THE COMPONENT OF PUBLIC EXPENDITURE? AN APPLICATION IN DEVELOPED COUNTRIES \*

Şuheda SAĞLAM\*\*  
Oğuz KARA\*\*\*

## ABSTRACT

Health is an integral part of the right to life acquired at birth. From an economic point of view, health is the most critical component of human capital accumulation and the labor supply chain. All countries try to create a healthy society and increase the health status of the society, and many countries are increasing their spending on the health sector. Increases in health expenditures contribute to economic growth through human capital accumulation and create increasing pressure on public expenditures. This study aims to determine in which direction and to what extent the changes in health status indicators affect the ratio of public health expenditures to general public expenditures, based on the selected developed country sample that has adopted a public-dominated health system. The change in the health status indicators of 48 developed countries for 2005-2020 and the proportional share of health expenditures in public expenditures were examined using panel data analysis methods. As a result of the analysis, it was determined that the crude birth rate and the human development index increased the ratio of public health expenditures to other public expenditures. It has been concluded that the increase in per capita out-of-pocket health expenditures and the ratio of the elderly population to the total population increases the ratio of public health expenditures to other public expenditures. It has been determined that as the ratio of private health expenditures increases, the ratio of public health expenditures to other public expenditures decreases.

**Keywords:** Health status, component of public health expenditures, health economics, panel data analysis.

## ARTICLE INFO

\* This study has been derived from the dissertation titled "The impact of changes in health status on the public budget: Panel data analysis" which has been written by Şuheda SAĞLAM at the Master Program of department of Health Management, Duzce University, under the consultancy of oğuz KARA, Assoc. Dr.

\*\* MSc, Duzce University Department of Health Management, suhedasaglam.1997@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-8678-814X>

\*\*\* Assoc. Prof. Duzce University, Department of Health Management, oguzkara@duzce.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8934-5608>

Received: 03.10.2022

Accepted: 01.08.2023

## Cite This Paper:

Sağlam, Ş. & Kara, O. (2023). Sağlık Statüsündeki Değişimler Kamu Harcama Bileşenini Etkiler mi? Gelişmiş Ülkeler Üzerine Bir Uygulama. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 575-596

## **I. GİRİŞ**

Sağlık ile ekonomi arasında çok yakın bir ilişki bulunmaktadır. Ekonomi boyutuyla sağlık, emek arz zincirinin en önemli halkasıdır. Teorik olarak sağlığın ekonomik büyümeye olan katkısı beşerî sermaye aracılığıyla sağlanır. Beşerî sermaye, bireyin gelir elde etme yeteneğinin bir göstergesi olarak ifade edilir (Bartolo, 1999; Murthy ve Okunade, 2016). Bireylerin ekonomik faaliyetlerde bulunabilmeleri, beceri ve yeteneklerini geliştirebilmeleri sağlıklı olabilmelerine bağlıdır.

Sağlık hizmetleri genel olarak yarı-kamusal mal/hizmet özelliği taşımaktadır. Bu nedenle birçok ülkede sağlık hizmetleri kamu eliyle sunulmakta ve buna uygun finansman yöntemleri ile desteklenmektedir. Ülkeler, sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum oluşturabilmek ve toplumun sağlık statüsünü artırabilmek için yoğun çaba sarf ederler. Bireylerin ve toplumun genel sağlık durumu “sağlık statüsü” kavramı ile ifade edilmektedir. Sağlık statüsünü ortaya koyan çok sayıda parametre tanımlamak mümkündür. Sağlık statüsü göstergesi olarak ortalama yaşam süresi, bedensel engellilik oranı, hastalık risk faktörleri oranı vb. çok sayıda parametre kullanılmaktadır. Sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşmak isteyen ülkeler sağlık statüsü göstergelerini iyileştirmek için sağlık sektörüne giderek daha fazla kaynak aktarmaktadırlar (Fogel, 2004, Yetim vd., 2021). Sağlık harcamalarındaki artışların zamanla ülkede sağlık koşullarının iyileşmesine, ortalama yaşam süresinin uzamasına ve emek arzının artmasına yol açması beklenmektedir (Hokayem ve Ziliak, 2014; Wang, 2015). Sağlık alt yapısındaki iyileşmeler işgücü verimliliğini arttırmakta ve ülke refahını olumlu yönde etkilemektedir (Chang ve Ying, 2006; Atılğan vd. 2017; Chen ve Goldman, 2016; Raghupathi ve Raghupathi, 2014, 2020; Yang, 2020). Ortalama yaşam süresinin artması beşerî sermaye birikimini arttırırken diğer yandan sağlık hizmetlerine olan talebi de arttırmaktadır (Harper, 2014, Barkat vd., 2019; Li vd., 2020). Sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artması ve sağlık sektöründeki teknolojik gelişmeler daha çok hastalığın tedavisine imkân sağlamakta ve doğal olarak tedavi maliyetlerini arttırmaktadır (Smith vd. 2009, Sisko vd. 2019; Himmelstein vd. 2020). Sağlık sektörüne yönelik harcamalardaki artışlar genel kamu harcamaları içerisinde sağlığa ayrılan payın artmasına sebep olmaktadır. Bu durum kamu bütçe dengesinin giderek olumsuz yönde etkilenmesine sebep olmaktadır (Di Matteo, 2010; Atems, 2019; Behera ve Dash, 2018; Lopreite ve Zhu, 2020).

Sağlık alanında yaşanan gelişmelerin birbiri ile çelişkili gibi görülen fakat birbirlerini destekleyici iki etkiye yol açtığı görülmektedir. İlk olarak sağlık alanında yaşanan gelişmeler ve sağlık statüsündeki iyileşmeler, yaşam süresinin uzamasına, emek arzının artmasına ve işgücü verimliliğini artırarak ülke ekonomisinin büyümesine pozitif yönde katkı sağlamaktadır (Linden ve Ray, 2017; Bahera ve Dash, 2018; Atems, 2019). İkinci etki ise ortalama yaşam süresindeki artışa bağlı olarak yaşlı nüfusun artan kronik hastalıklar nedeniyle daha fazla sağlık talebinde bulunarak sağlık harcamalarını artırmasıdır (İyidoğan vd. 2017; Sisko vd. 2019; Acharya vd. 2019; Chatterjee vd. 2019, Atella vd. 2019). Ayrıca yeni tıbbi cihazların hizmet sunumunda kullanımı, ilaç geliştirme maliyetlerindeki artışlar ve AR-GE çalışmaları nedeniyle sağlık hizmet sunumunun maliyeti her geçen gün artmaktadır (Kanavos ve Yfantopoulos, 2019; Sisko vd. 2019; Smith vd. 2009; Barkat vd., 2019, Li 2020). Sağlık sektörüne yapılan harcamalardaki artışlar kamu harcamalarında sağlığa ayrılan payların artmasına sebep olmaktadır. Bu artışlar kamu bütçe dengesinin olumsuz yönde etkilenmesine neden olmaktadır (Feng vd., 2020; Zeng vd. 2019; Behera ve Dash, 2019; Adebisi vd., 2020). Sağlık hizmeti sunumunun kamu ağırlıklı finanse edildiği ülkelerde sağlık harcamalarının zamanla kamu giderleri içerisindeki oranın artmasına neden olmaktadır. Sağlık harcamalarının, refah arttırıcı (büyüme ve emek verimliliğindeki artış) etkisinin yanı sıra kamu bütçesine yönelik olumsuz etkisi çalışmanın ana problemini oluşturmaktadır. Sağlık ekonomisi literatüründeki hâkim görüş, sağlık hizmetlerine yönelik harcama artışlarının ekonomik büyüme ve kalkınma üzerindeki pozitif etkisinin bütçe dengesi üzerinde yaratacağı negatif etkiden daha çok olacağı yönündedir (Atems, 2019; Yang 2020).

Sağlık harcamalarının bir yandan beşerî sermaye birikimi yoluyla ekonomik büyümeye katkı sağlarken diğer yandan kamu giderlerini arttırıcı bir baskı oluşturduğu gerçeğinden hareketle bu çalışmanın temel amacı, sağlık statüsündeki iyileşmelerin ortaya çıkaracağı ekonomik ve sosyal fayda ile sağlık statüsünü iyileştirmenin yol açacağı kamu bütçesi üzerindeki baskının incelenmesidir.

## II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE: SAĞLIK STATÜSÜ VE SAĞLIK SİSTEMLERİ

Sağlık statüsü, bireylerin ve toplumun genel sağlık durumunu ifade eden bir kavramdır (Tulchinsky ve Varavikova, 2014). Bireyin sağlık statüsü, yaşam kalitesi, bedensel ve ruhsal işlevsellik ile hasta olmama halinin genel bir göstergesi olarak kullanılmaktadır (Ulutürk, 2015). Bireyin sağlık statüsü (individual's health status) ise, yaşam kalitesi, bedensel ve ruhsal işlevsellik gibi göstergeleri kullanarak yaşam konfor düzeyi ve hasta olmama halinin genel olarak değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmenin yapılabilmesi için kişinin ya da toplumun sağlık statüsünün niceliksel olarak ifade edilmesi ilmesi gerekmektedir. Sağlık statüsü çeşitli göstergeler ve yöntemlerle istatistiki olarak ölçülebilmekte ve objektif olarak ifade edilebilmektedir (Goodacre vd., 2010)

Sağlık statüsünü ölçmeye yönelik çok sayıda parametre birlikte kullanılmaktadır. Bu göstergelerin bir kısmı geleneksel göstergeler olarak ifade edilebilecek göstergelerdir. Bebek ölüm hızı, anne ölüm oranları, ortalama yaşam süresi, sağlık harcamaları, hekim ve sağlık personeli başına nüfus, yatak başına nüfus, yatak doluluk oranı, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'dan sağlığa ayrılan pay gibi göstergeler örnek olarak verilebilir. Geleneksel göstergelere ek olarak günümüzde kullanılan yeni ölçütlerde mevcuttur. Kişi başına sağlık hizmetlerine başvuru sayısı, ölüm nedeni sıralaması, yaşam standartları, kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı (QALY), sakatlığa göre ayarlanmış yaşam yılı (DALY), sağlıklı yaşam beklentisi (HALE) ve insani kalkınma endeksi (HDI) gibi göstergeler son yıllarda sıklıkla kullanılmaktadır (Songur, 2016). Dünya Sağlık Örgütüne (WHO) göre toplumun sağlık statüsü, gelir, eğitim, sağlık harcamaları, sağlık hizmetleri, yaşam biçimi ve çevresel faktörler tarafından belirlenir.

Sağlık statüsünü ölçmenin birçok avantajı bulunmaktadır. Sağlık statüsü göstergeleri sağlık hizmetlerinin planlanmasında ve değerlendirilmesinde kullanılmaktadır (Songur, 2016). Sağlık statüsü ile ülkelerin sağlık düzeylerini belirlemek ve zaman içerisindeki değişimini takip etmek mümkündür. Ülkeler arası sağlık düzeyi karşılaştırmaları yapmak için de bazı epidemiyolojik sağlık düzeyi ölçütleri kullanılması faydalıdır. Ayrıca sağlık statüsü ölçütleri ile ülkelerin sosyo-ekonomik durumunu ortaya koymak mümkündür (Sayılı vd., 2017).

Ülkelerin sağlık sistemleri sınıflandırılırken ağırlıklı olarak finansman yöntemine göre sınıflandırma yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin finansman şekli ülkeler arasında farklılık gösterse genelde vergiler, sosyal sigorta primleri, özel sağlık sigortası ve bireylerin cepten yaptığı ödemeler kullanılmaktadır. Sağlık sistemi modelleri aşağıda kısaca açıklanmıştır.

*Beveridge Modeli (Kapsayıcı Sağlık Sistemi):* İngiliz sosyal güvenlik uzmanı, Sir William Henry Beveridge'nin 1942'de hükümete sunduğu rapor, kapsayıcı sağlık sisteminin yasalasma sürecine temel oluşturmuştur (Kaya, 2011). Beveridge Raporu, "Gerekçe, yaş, cinsiyet veya mesleğe bakılmaksızın herkes, mevcut en iyi ve en güncel tıbbi ve yardımcı hizmetlerden yararlanma konusunda eşit fırsata sahip olacaktır" politikasını belirterek sosyal sigorta kapsamının geliştirilmesini tavsiye etmiştir (Hsiao, 2003). Beveridge modeli, sağlık hizmetlerinin tamamının kamu kaynaklarıyla finanse edildiği bir yöntemdir. Bu modelin amacı sağlık hizmetlerinde kullanılacak kaynakların ülkenin tüm vatandaşlarından vergiler yoluyla toplanması buna ek olarak sağlık hizmetleri giderlerinin de kamunun bütçesinden sağlanmasıdır (Bayram, 2011). Beveridge yani vergi gelirleriyle finansman yönteminde bireyler hizmeti talep etsinler veya etmesinler ülkenin tüm vatandaşları bütün sağlık hizmetlerinden yararlandığı için kapsayıcı ve eşitlikçi finansman modeli olarak adlandırılmıştır (Hayran, 2012).

*Bismarck Modeli (Refah Yönelimli Sağlık Sistemi):* 1881'de Prens Bismarck'ın Başbakanlığı döneminde ortaya atılmış ve ilk olarak Alman İmparatorluğu tarafından uygulamaya koyulmuş olan bir modeldir (Turna ve Özcan, 2021). Bismarck Modeli, prim gelirlerine dayalı sosyal sigorta uygulamalarını kapsamaktadır (Sargutan, 2005). Bismarck Modelinde primler bireylerin her ay bordrosundan veya ücretinden otomatik olarak kesilerek toplanmaktadır (Atabey, 2012). "Karşılıklılık ilkesi" adı verilen ilkeye dayalı sistemden sadece prim ödeyenler yararlanma hakkına sahiptir (Turna ve Özcan, 2021). Buradaki primler işçi, işveren ve devlet arasında bölüştürülür (Atabey, 2012). Çalışanlar bu sigorta kuruluşlarına üye değillerse sağlık hizmetlerinin ücretlerine katlanmak zorunda

kalmaktadır. Öte yandan işsizlerin ve kayıt dışı çalışan işçilerin primleri kamu genel bütçesinden karşılanmaktadır (Bayram, 2011).

*Serbest Piyasa Yönelimli/Liberal Sağlık Sistemi*: Sağlık hizmetleri arz ve talebinin öncelikle serbest piyasa koşullarında gerçekleştiği, özel sektör sağlık hizmet arzı ile bireysel talebin birlikte ana unsur olduğu, kamunun yetersiz kaldığı bir ortamı tanımlamaktadır. Sağlık hizmetlerine yapılan harcamaların büyük bir kısmı özel sektöre aittir ve hastane yataklarının çoğu özel sektörün elindedir (Bayram, 2011). Bu modeldeki esas olan özellik tüm bireylerin doktorunu veya hastasını seçebilmesidir. Sistemde sağlık sigortasına gönüllü olarak kaydolun mali açıdan yeterli bireyler tarafından sağlık güvencesi sağlanır. Buradan anlaşılacağı üzere ülkede yalnızca maddi açıdan yeterli olan bireyler sağlık güvencesine sahip olabilir. Bu sistem daha çok, gelir dağılımının dengeli, milli gelir seviyesinin yüksek, sosyal yardım faaliyetlerinin etkin, sağlık hizmetlerinin yeterli, denetim sisteminin güçlü olduğu ülkelerde uygulanmaktadır (Sargutan, 2005).

*Sosyalist/Merkezi Planlama Sağlık Sistemi*: İlk olarak 1918'de Nikolai Aleksandroviç Semashko tarafından Sovyetler Birliği'nde uygulanmıştır. Model, hükümetin sağlık hizmeti sunmaktan sorumlu olduğu önermesi üzerine kuruludur (Mihalache ve Apetroi, 2020). Bu sistem, sağlık hizmetlerine evrensel erişim sağlama amacı taşımaktadır (Sheiman vd., 2018). Semashko finansman modeline göre çalışan tüm nüfusa ücretsiz sağlık hizmetleri sunan bir halk sağlığı sektörü oluşturulmuştur. Mali kaynakların Sağlık ve Aile Bakanlığı tarafından merkezileştirilmesi esas alınarak, özel sektör olmadan hastalardan sadece kendi yerleşim bölgelerindeki hizmetlerden yararlanmaları sağlanmıştır (Mihalache ve Apetroi, 2020). Tüm tesislerin devlete ait olduğu merkezi bir sağlık hizmeti modelidir. Sağlık tesislerinin tüm personeli devlet memuru olarak kabul edilir (Lukášová, 2018).

*Kamu-Özel (Karma) Sağlık Sistemi*: Karma tipi sağlık sistemi, Beveridge, Bismarck ve Özel Sigorta Ağırlıklı sistemlerinin belirli özelliklerini kapsayan bir modeldir (Lkhagvaa, 2019). Karma tipi sağlık sisteminin finansmanı, işçi ücretlerinin belirli bir yüzdesi üzerinden işverenleri aracılığıyla sağlanmaktadır. Kısa ve uzun vadeli sigorta kapsamında olanlar, yani bağımlı çalışanlar için prim oranı, esas kazancın %12,5'udur. Bu primin %5'i sigortalı kalanı ise işveren tarafından ödenmektedir. Bağımsız çalışanlar için genel sağlık sigortası prim oranı da %12,5 olarak belirlenmiştir. Karma Model'de sistemin yararlanıcıları; hastalık, analık, kaza, malullük, çocuk sahibi olma, yaşlılık ve ölüm risklerine karşı korunmaktadır. Yukarıda sıralanan risklere karşı ayrı ayrı sigorta kolu tahsis edilmek yerine işçiler ve halk için sağlık mevzuatı çerçevesinde genel bir koruma olanağı sağlanmıştır (Kaya, 2011). Genel sağlık sigortası, zorunlu olup kişinin tercihine bırakılmamıştır. Sisteme üye olanların belirli oranda prim ödemesi zorunludur. Hastaların, prime ek olarak ayrıca katkı payı ödemesi gerekmektedir. Genel sağlık sigortası kapsamındaki primlerin, belirlenmiş sağlık hizmetini kapsamaması, bunun dışında kalan talepler için ayrıca bedel ödenmesi gerekmektedir. Ülkede kamu ağırlıklı sağlık hizmetinin yanı sıra özel sektörün sağlık hizmeti sunumuna müsaade edilir. Bir ülkenin sağlık sistemini tanımlarken başlıca finansman yöntemine, sağlık hizmeti sunum modeline (kamu ya da özel) ve insanların sağlık hizmetleri kullanım alışkanlıklarına bakmak gereklidir. Bu çerçevede ağırlıklı olarak hangisi ağır basıyorsa ülkenin sağlık sistemi odur. Bu bilgilere göre genel kabul gören görüş Türkiye'nin Sağlık Sistemi Bismarck Modeli /Zorunlu Sağlık Sigorta Modeli /Refah Yönelimli Sağlık Sistemi Modeli olduğu söylenebilir.

## **II. LİTERATÜR**

Sağlık statüsünün ekonomik büyüme ve diğer ekonomik parametreler ile ilişkisi birçok araştırmaya konu olmuştur. Ayrıca sağlık statüsünü etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik de çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Literatür çalışmaları incelendiğinde sağlık harcamaların beşerî sermaye birikimini arttırarak ekonomik büyüme üzerinde pozitif katkı sağladığını göstermektedir. Diğer yandan yaşam süresindeki artışa bağlı olarak artan sağlık talebinin ve sağlık ürünlerindeki maliyet artışının sağlığın finansmanında ülkelerin bütçe dengesini zorladıkları yönündedir. Literatürde öne çıkan çalışmalardan bir kısmına aşağıda kısaca değinilmiştir.

Attems (2019) çalışmasında dinamik panel data analiz yöntemlerini kullanarak ABD eyaletlerinde kamu sağlık harcamaları ile büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 1963-2015 dönemini kapsayan çalışma sonuçları incelendiğinde kamu sağlık harcamaları ile büyüme arasında güçlü bir ilişki tespit edilmiştir. Ayrıca kamu sağlık harcamalarındaki artışın beşerî sermaye birikimini arttırdığı ve vergiler yoluyla bütçe dengesi üzerine baskı oluştursa bile sağlığın gelir getirici katkılarıyla dengelemenin sağlandığı ve refah düzeyini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Yang (2020) çalışmasında 2000-2016 yılları arasında 21 gelişmekte olan ülke için farklı beşerî sermaye seviyeleri altında ulusal sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Çalışma sonucunda beşerî sermaye seviyeleri düşük olduğunda, sağlık harcamaları ekonomik büyüme ile önemli ölçüde negatif ilişkilidir. Beşerî sermaye orta düzeyde olduğunda, sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif ancak anlamlı olmayan bir etkisi vardır. Beşerî sermaye düzeyi yüksek olduğunda, sağlık harcamalarının olumlu ekonomik etkisi önemli ölçüde artmakta olduğu belirlenmiştir. Ayrıca nüfusun yaşlanması ve düşük doğurganlığın sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki olumsuz etkisini arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır.

Wang (2015) çalışmasında OECD ülkelerinde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. 1990-2009 yıllarını kapsayan çalışmada Panel GMM yöntemi kullanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre optimal sağlık harcama oranının %7,55 olduğu bu oranın altındaki sağlık harcama oranının ekonomik büyümeyi arttırdığı fakat eşik değerin üzerindeki sağlık harcama oranının kamu bütçesine yük oluşturduğu ve daha iyi bir sağlık statüsü vademediği vurgulanmıştır.

Smith ve diğerleri (2009) çalışmalarında ABD için 1960-2005 döneminde sağlık harcamaları ile sağlık maliyetleri ve sağlık teknolojileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Sağlık maliyetlerindeki ve teknolojilerindeki gelişmelerin sağlık harcamalarını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaya göre sağlık birim maliyetlerindeki artışların sağlık harcamalarının %10-19'unu açıkladığı belirtilmiştir. Tıbbi teknolojilerdeki gelişmelerin ise sağlık harcamalarının %27-49'unu açıkladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Lopraite ve Zhu (2020) çalışmalarında ABD ve Çin'de 1978-2016 döneminde yaşlı nüfus oranı ile sağlık harcamaları arasındaki ilişki Var analiz kullanarak incelenmiştir. Sonuç olarak her iki ülkede artan 65 yaş ve üzeri nüfus oranının, tıbbi ve uzun vadeli bakım hizmetlerine olan talebi artması nedeniyle sağlık harcamalarında bir artışa neden olduğu ve bu da kamu maliyesinin sürdürülebilirliği açısından giderek büyüyen bir sorun haline geldiği vurgulanmıştır.

Bahera ve Dash (2018), çalışmalarında Hindistan'da 1990-2014 döneminde sağlık harcamaları ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemişlerdir. Panel veri analizinin kullanıldığı çalışmada büyüme ile sağlık harcamaları arasında çift yönlü nedensellik ilişkisi tespit edilmiştir. Ayrıca bütçe dengesinin sağlık harcamalarını olumlu yönde etkilediğini ve vergi gelirlerindeki artışın sağlık harcamalarının ana kaynağı olduğu belirtilmiştir.

İyidoğan ve diğerleri (2017) çalışmasında artan yaşlı nüfusun kamu sağlık harcamalarına olan etkisi incelenmiştir. 1965-2012 yılı verilerinin kullanıldığı çalışmada OECD ülkeleri analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda ABD Japonya ve İsveç hariç diğer tüm OECD ülkelerinde yaşlı nüfusun kamu sağlık harcamalarını arttırdığı ve durumun kamu bütçesinde ilave yük getirerek vergi oranlarının artmasına neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Barkat ve diğerleri (2019) çalışmalarında 18 Arap ülkesi için 1995-2015 dönemi sağlık harcamalarının belirleyicileri panel eş bütünleşme tekniklerini kullanarak incelemişlerdir. Analiz sonucunda sağlık harcamaları ile GSYİH arasında uzun dönemli bir ilişkinin varlığını ortaya koymaktadır. Ayrıca, tahmin sonuçları, Arap dünyası ülkelerinde uzun vadede sağlık harcamalarının tek belirleyicisinin gelir olmadığını tıbbi ilerleme ve yaşlanan nüfus gibi diğer değişkenler de sağlık harcamalarının artışında önemli bir rol oynadığı vurgulanmıştır.



Raghupathi, ve Raghupathi, (2020), çalışmalarında Amerika Birleşik Devletleri genelinde 2003-2014 yılları arasında kamu sağlık harcamalarının ekonomik performans ile ilişkisi incelenmiştir. Sağlık harcamaların beşerî sermayeyi güçlendirip üretkenliği artırarak ekonomik performansa katkıda bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Genel sonuçlar, sağlık harcamaları ile gelir, GSYH ve işgücü verimliliği gibi ekonomik göstergeler arasında güçlü bir pozitif korelasyon olduğunu göstermişlerdir.

Hitiris ve Posnett (1992) çalışmalarında, 1960-1987 dönemi 20 OECD ülkesinin sağlık göstergeleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki panel veri analiz yöntemi kullanılarak incelenmiştir. Çalışma sonucunda kişi başına sağlık harcaması ile GSYİH arasındaki güçlü pozitif ilişki bulunmuştur. Ayrıca sağlık finansmanı ve sunumu sistemi ile ilgili parametrelerin sağlık hizmetleri talebi üzerinde bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır.

Asiskovitch (2010) çalışmasında 1990–2005 döneminde 19 OECD ülkesinde kamu ve özel sağlık harcamalarının kadın ve erkeklerin yaşam beklentileri üzerindeki etkisi incelenmiştir. Sonuç olarak kamu ve özel sağlık harcamalarının her iki cinsiyet için doğumda yaşam beklentisi üzerinde marjinal bir etki meydana getirdiği her iki cinsiyet için 65'te yaşam beklentisi üzerinde daha büyük bir etki meydana getirdiği belirlenmiştir. Ayrıca kamu finansman yönteminin özelden daha fazla etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Moscone ve Tosetti (2010) çalışmalarında, ABD'de eyalet düzeyinde sağlık harcamaları ile gelir arasındaki uzun dönemli ekonomik ilişki incelenmiştir. 1980-2004 döneminde 49 eyaletten oluşan bir panel veri kullanılmıştır. Analiz sonucunda esnekliğe sahip sağlık hizmetlerinin bir lüksten ziyade bir gereklilik olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca, ABD sağlık harcamalarında önemli bir mekânsal yoğunlaşma saptanmıştır. Harcanabilir gelirdeki artış, teknoloji ve tedavideki değişikliklerin, sağlık harcamalarındaki artışın önemli belirleyicileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Dhoro ve diğerleri (2011) çalışmasında, Zimbabwe'de kamu sağlık harcamasının temel belirleyicileri analiz edilmiştir. Araştırma 1975-2005 dönemini yıllık zaman serisi verileri kullanılmıştır. Zaman serisi analiz yöntemlerinin kullanıldığı çalışmada kamu sağlık harcamalarını; reel kişi başına düşen GSYİH, kişi başına düşen dış yardımlar, okuryazarlık durumu ve enflasyonun etkilediği sonucuna ulaşılmıştır.

İslam'ın (2012) çalışmasında, 16 ülkenin sağlık sistemi çeşitli sosyoekonomik göstergeler kullanılarak incelenmiştir. Panel veri analiz yönteminin kullanıldığı çalışmada eğitim seviyesindeki artışların ortalama yaşam süresini arttırdığı belirlenmiştir. Çalışan kadın sayısındaki artışların toplumların genel sağlık durumunu negatif yönde etkilediği belirlenmiştir. Ayrıca çalışan işgücünün ortalama ömrünün uzaması, eğitimin maliyet-getiri ilişkisini pozitif yönde etkilediği ve yaşam süresinin uzamasıyla birlikte artan tasarrufların yatırıma dönüşmesi gelirden de artışa neden olduğu vurgulanmıştır. Sonuç olarak sağlık göstergelerinde meydana gelen iyileşmelerin ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönlü etkiye sahip olduğu belirtilmiştir.

Magazzino ve Mele (2012) çalışmasında, 1980-2009 döneminde İtalya'nın sağlık harcamalarının belirleyicileri panel veri metodolojisi ile tahmin edilmiştir. Çalışmada, dokuz değişken kullanılmıştır. Çalışma sonucunda sağlık harcamalarının gelir esnekliği 0,43-0,48 olarak bulunmuştur. Çalışmada sağlık harcamalarının zorunlu mal olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çalışmada, reel GSYİH, işsizlik oranı, hastane yatak sayısı, kentleşme ve ortaokul düzeyindeki nüfusun toplam nüfus içindeki payının sağlık harcaması üzerinde doğrudan etkili olduğu tespit edilmiştir.

Fayissa ve Traian (2013) çalışmasında, 13 Doğu Avrupa ülkesi için bir sağlık üretim fonksiyonunu tahmin etmişlerdir. 1997-2005 dönemini kapsayan ekonomik, demografik, çevresel ve yaşam tarzı değişkenleri panel veri analiz yöntemi ile incelenmiştir. Sonuç olarak kişi başına düşen GSYİH, doktor sayısı, beşerî sermaye oluşumuna yapılan yatırımlar, hava kirliliğinin azaltılması ve kentsel alanlarda ikamet ile ölçülen ekonomik büyümenin bebek ölümlerini önemli ölçüde azalttığını ve böylece örneklemdeki ülkelerin sağlık durumunu iyileştirdiğini sonucuna ulaşılmıştır.

Ünsal (2016) çalışmasında, Türkiye ve Avrupa Birliği ülkelerinin sağlık sistemleri karşılaştırmalı bir şekilde analiz edilmiştir. Çalışma sonucunda sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunumuna yönelik yapılan harcamaların seviyesi ile sağlık göstergeleri arasında pozitif yönlü bir ilişkinin olduğu ancak sağlık harcamalarına yüksek düzeyde pay ayırmanın tek başına yeterli olmadığı belirlenmiştir. Yapılan çalışmada başarılı olan ülkeler Kanada ve İsviçre iken Türkiye'nin genel olarak bu ülkelerin gerisinde kaldığı tespit edilmiştir.

Younsi ve diğerleri (2016) çalışmasında, düşük, orta ve yüksek gelirli ülkeler için sağlık harcamalarının belirleyicileri incelenmiştir. 1993-2013 dönemi 167 ülke için toplam sağlık harcamaları ile büyüme arasındaki ilişki ve bu ilişkinin bileşenleri tahmin edilmiştir. Sabit etki modeli ve dinamik panel modeli kullanılmıştır. Sonuç olarak, artan gelirlerin bir sonucu olarak tüm ülkelerde kişi başına toplam sağlık harcamasının zaman içinde arttığı saptanmıştır. Ampirik bulgular ise sağlığa yönelik kalkınma yardımının sağlıkla ilgili devlet iç harcamalarını azalttığını ancak toplam devlet sağlık harcamalarını artırdığını göstermiştir.

### III. VERİ SETİ VE YÖNTEM

Çalışmada sağlık statüsü göstergelerindeki değişimlerin kamu sağlık harcamalarının genel kamu harcamaları içerisindeki oranını hangi yönde ve ne ölçüde etkilediğini belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmada sağlık harcamalarında kamu payı %50'nin üzerinde olan 48 gelişmiş ülke verisi kullanılmıştır. Gelişmiş ülke listesi Ek 3'te gösterilmiştir. Gelişmiş ülkeler dünya bankası 2022 yılı sınıflamasına göre kişi başına düşen milli geliri 13.205 doların üzerinde olan ülkelerdir. Ayrıca bu ülkelerin insani gelişmişlik endeksi (HDI) değerinin 0,70 ve üzerinde olmasına dikkat edilmiştir. Veri seti 2005-2020 dönemini kapsayan yıllık verilerden oluşmaktadır. Çalışmada kullanılan değişkenler ve veri kaynakları Tablo 1'de özetlenmiştir.

**Tablo 1. Değişken Tanımlamaları**

Değişken	Kısaltma	Veri Tanımı	Veri Kaynağı
Kamu Sağlık Harcamalarının Genel Kamu Harcamalarına Oranı	KSHGKHO	Kamu ağırlıklı sağlık harcaması yapan ülkelerde, kamu sağlık harcamalarının kamunun genel harcamalarına oranlanması ile elde edilmiştir.	WORLD BANK
Kaba Doğum Oranı	KBDO	Kaba doğum oranı, yıl ortasında tahmin edilen 1.000 nüfus başına, yıl içinde gerçekleşen canlı doğum sayısını gösterir.	WORLD BANK
İnsani Gelişmişlik Endeksi	İGE	Yaşam beklentisi, okuryazarlık, okul kaydı ve gelir alt boyutlarının birleştirilmesi ile hesaplanan kalkınma endeksidir.	UNDP
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	DBYS	Doğumda beklenen yaşam süresi, doğum anında hâkim ölüm kalıplarının yaşamı boyunca aynı kalması durumunda yeni doğmuş bir bebeğin yaşayacağı yıl sayısını gösterir.	WORLD BANK
Kişi Başına Cepten Sağlık Harcaması	KBCSH	Kişi başına sağlık için yapılan ortalama harcamayı ifade eder. Cari sağlık harcamalarının nüfusa oranıdır.	WORLD BANK
Gönüllü Sağlık Harcamalarının Sağlık Harcamalarına Oranı	GSHO	Özel sektör sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranlanması ile elde edilir.	WORLD BANK
Yaşlı Nüfusun Oranı	YNO	65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranını ifade eder.	WORLD BANK

*Kamu Sağlık Harcamalarının Genel Kamu Harcamalarına Oranı (KSHGKHO)* değişkeni bağımlı değişken olarak modelde yer almakta olup hükümetin kendi kamu kaynaklarından sağlığa ayırdığı payı göstermektedir. Sağlık harcamaları arttıkça kamu harcamaları içerisinde sağlığa ayrılan payın artması beklenir. KSHGKHO değişkeni sağlık statüsü göstergelerindeki değişimlerin devlet bütçesine getirdiği yükü temsil eden bir değişkendir. Literatür çalışmalarında daha önce kullanılmamış bir



Sağlık statüsündeki değişimlerin kamu bütçesine olan etkisini araştırmak için panel veri analiz yöntemi kullanılmıştır. Panel veri analizinde kullanılan temel model aşağıdaki gibidir:

$$Y_{it} = \alpha_i + \beta_i X_{it} + u_{it} \quad i = 1, \dots, N \text{ ve } t = 1, \dots, T \quad (1)$$

$Y_{it}$  : bağımlı değişkenin  $i$ 'inci birimin  $t$  zamanındaki değerini,  $X_{it}$  : bağımsız değişkenin  $i$ 'inci birimin  $t$  zamanındaki değerini,  $\alpha_i$  :  $i$ 'inci birim ve  $t$ 'inci zaman için tahmin edilen ve bireysel etkileri içerisinde barındıran sabit,  $\beta_i$  : bağımsız değişkenin katsayısını ifade etmektedir ve bu sistem  $N \times T$  adet gözleme sahiptir.

Panel veri ile yapılan tahminlerde genellikle kullanılan iki temel yaklaşımdan söz edilmektedir. Bu yaklaşımlar sabit etkiler modeli ve rassal etkiler modeli olarak adlandırılmaktadır. Sabit etkiler modelinde, sabit terimi birimlere veya zamana ya da hem birimlere hem de zamana göre değişmekte eğim katsayıları ise tüm birimlerde ve zamanda aynı kalmaktadır. Böylelikle birimlerin davranışlarındaki farklılıklar sabit terimde ortaya çıkan farklılıklarla açıklanmaktadır (Pazarlıoğlu ve Güler, 2007). Panel regresyon denklemi her bir  $i$  birimi için zamana göre ortalamaları alındığında;

$$\beta_{FE} = \left( \sum_{i=1}^N \sum_{t=1}^T (X_{it} - \bar{X}_i)' (X_{it} - \bar{X}_i) \right)^{-1} \left( \sum_{i=1}^N \sum_{t=1}^T (X_{it} - \bar{X}_i)' (Y_{it} - \bar{Y}_i) \right) \quad (2)$$

Burada  $\bar{Y}_i$  ve  $\bar{X}_i$  sırasıyla bağımlı ve bağımsız değişkenler için birimlerin zamana göre ortalamalarıdır ve  $\bar{Y}_i = T^{-1} \sum_{t=1}^T Y_{it}$  ,  $\bar{X}_i = T^{-1} \sum_{t=1}^T X_{it}$  şeklinde hesaplanır. Her bir  $t$  için ortalamalardan arındırılmış regresyon modeli elde edilir.

Rassal etkiler modeli her bir yatay kesit ve zamana ait sabit bir katsayının bulunmadığı ve bu etkilerin rassal bir değişken olarak ele alındığı modellerdir. Birim etkilerin hata teriminin bir bileşeni olarak ele alınması nedeniyle modele dâhil edilmeyen birimlerin etkilerini de içerisinde barındırmaktadır.

$$\hat{\beta}_{RE} = \left( \sum_{i=1}^N X_i' \hat{\Omega}^{-1} X_i \right)^{-1} \left( \sum_{i=1}^N X_i' \hat{\Omega}^{-1} Y_i \right) \quad (3)$$

Panel veri modellerinden havuzlanmış model, sabit etkiler ve tesadüfi etkiler modellerinden hangisinin kullanılacağına karar vermek amacıyla Hausman testi kullanılır (Aslan, 2020). Ayrıca panel veri analizlerinden güvenilir sonuçlar elde edebilmek için sabit veya rassal etkiler modellerine ilişkin temel varsayımların sınanması gerekir. Bu kapsamda modelde yatay kesit bağımlılığı, otokorelasyon ve değişen varyans olup olmadığı belirlenir. Varsayımların sağlanamaması durumunda tahmin edicilerde etkin veya tutarlı olması için dirençli tahmin edicilerin belirlenmesi gerekir.

#### IV. BULGULAR

Analiz bölümünde sağlık harcamalarında kamu payı %50'nin üzerinde olan 48 gelişmiş ülkenin 2005-2020 yılı verileri incelenmiştir. Daha önce de belirtildiği gibi gelişmiş ülkeler belirlenirken kişi başına düşen milli gelir ve insani gelişmişlik endeksi kriteri dikkate alınmıştır. Analize dâhil edilen gelişmiş ülkelerde sağlık statüsündeki gelişmelerin bu ülkelerde kamu sağlık harcamalarının genel

kamu giderleri içerisindeki oranını hangi yönde ve ne oranda etkilediği incelenmiştir. İlk olarak paneli oluşturan değişkenler arasında yatay kesit bağımlılığı araştırılmıştır.

**Tablo 3. Yatay Kesit Bağımlılık Testi**

Test	İstatistik	Olasılık
Breusch-Pagan LM	4244,525	0,0000
Pesaran scaled LM	70,54328	0,0000
Pesaran CD	11,96302	0,0000

Tablo 3'te Breusch ve Pagan LM, Pesaran LM ve Pesaran CD test sonuçlarına göre olasılık değerleri 0,05'ten küçük olduğu için  $H_0$  hipotezi %1 anlamlılık düzeyinde reddedilerek modelde yatay kesit bağımlılığının olduğu tespit edilmiştir. Modelde yatay kesit bağımlılığının olması nedeniyle serilerin durağanlığının analizinde ikinci nesil panel birim kök testlerinden Pesaran'ın 2007'de geliştirdiği CADF birim kök testi kullanılmıştır.

**Tablo 4. CADF Birim Kök Testi Sonuçları**

Değişkenler	Düzye	Birinci Fark
KSHGKHO	-2,349 (0,009)	-6,626 (0,000)
KBDO	-1,594 (0,056)	-7,462 (0,000)
DBYS	0,113 (0,545)	-8,141 (0,000)
İGE	-0,462 (0,322)	-3,220 (0,001)
KBCSH	2,565 (0,995)	-2,910 (0,002)
GSHO	0,269 (0,606)	-4,517 (0,000)
YNO	-4,014 (0,000)	-5,666 (0,000)

\*CADF kritik değerler %1, %5 ve %10 anlamlılık düzeyinde sırasıyla -2,250,-2,110 ve -2,030'dir. Parantez içindeki değerler olasılık düzeyini ifade etmektedir.

Birim kök testi sonuçları incelendiğinde, yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı (YASLIORAN) ve kamu sağlık harcamalarının kamu giderleri içerisindeki oranını (KSHKGHO) değişkenin düzeyde diğer değişkenlerin ise birinci fark durağan olduğu görülmektedir. Uygun panel veri modeli seçimi için sabit ve rassal etkiler tahmin sonuçları elde edilmiştir. Güvenirlilik testleri öncesi sabit ve rassal etki modeli regresyon sonuçları Ek 1 ve Ek 2'de gösterilmiştir. Uygun modelin belirlenmesi için Hausman testi uygulanmıştır. Hausman test sonuçları Tablo 4'te gösterilmiştir.

**Tablo 51. Hausman Model Belirleme Testi**

Test Summary	Chi2(6)	Prob.
Hausman Testi	44,410987	0,0000

Hausman testi sonuçları incelendiğinde en uygun panel regresyon denkleminin sabit etkiler modeli olduğu anlaşılmaktadır. Test sonuçlarına göre elde edilen olasılık değeri 0,05'ten küçük olduğu için "birim ve zaman etkileri tesadüfidir" şeklindedir ve yokluk hipotezi reddedilerek sabit etkiler tahmincilerinin geçerli olduğuna karar verilmiştir. Sabit Etkiler modelinde değişen varyans sorunu olup olmadığı modifiye edilmiş Wald Testi ile (Modified Wald Test) sınıanmıştır.

**Tablo 6. Değişen Varyans Test Sonucu**

Modified Wald test (Değişen Varyans)	Chi2 (46)	Prob>chi2
H0: $\sigma(i)^2 = \sigma^2$ for all (i)	6262,01	0,0000

Wald testinden elde edilen sonuçlara göre modelde değişen varyans sorununun olduğu (olasılık değeri 0,005'ten küçük) anlaşılmaktadır. Hata terimlerinin varyanslarının tüm kesitler için farklı

olduğu ve kovaryanslarının sıfıra eşit olmadığı görülmektedir. Otokorelasyon sorunu olup olmadığını sınanması için Baltagi-Wu LBI Testi ile Bhargava vd. Durbin Watson test istatistikleri kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar Tablo 9’da gösterilmiştir.

**Tablo 7. Otokorelasyon Testi**

Test	F(45,636)	Prob>F
H0: $\sigma(i)^2 = \sigma^2$ for all (i)	25,09	0,0000
Modified Bhargava et al. Durbin-Watson	0,6020781	
Baltagi-Wu LBI	0,79483098	

Baltagi-Wu LBI testi ile Durbin-Watson F istatistik değerlerinin 2’nin altında olması ve olasılık değerlerinin 0.05’in altında olması nedeniyle modelde otokorelasyon sorunu olduğu anlaşılmaktadır. Modelin teriminin birbirini izleyen değerleri arasındaki ilişki olduğu bu nedenle katsayıların sapmalı ve tutarsız olduğu anlaşılmaktadır. Sabit etki modelinde hem otokorelasyon hem de değişen varyans sorunu gözlemlendiğinden birimler arası korelasyona dirençli tahmincilerin elde edilmesi gerekmektedir. Yatay kesit bağımlılığı altında değişen varyans ve otokorelasyona karşı elde edilen dirençli parametreler Tablo 8’de gösterilmiştir.

**Tablo 8. Yatay Kesit Bağımlılığını Dikkate Alan Sonuçlar**

Değişkenler	Katsayı	Std. Hata	t-İstatisitiği	Olasılık
KBDO	-0,240652	0,067851	-3,546793	0,0004
DBYS	0,009468	0,007494	1,263436	0,2069
IGE	-6,623676	2,795468	-2,369433	0,0181
KBCSH	0,006208	0,000449	13,82369	0,0000
GSHO	-0,183467	0,008959	-20,47964	0,0000
YNO	0,219710	0,074493	2,949393	0,0033
C	20,44529	2,892162	7,069204	0,0000
R-squared	0,4014			
Log likelihood	-945,7623			
F-statistic	157,9509			
Prob(F-statistic)	0,000000			

Tablo 8 incelendiğinde kaba doğum oranı değişkeninin negatif ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir. Kaba doğum oranındaki artışın bağımlı değişken olan kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını azalttığı görülmektedir. Doğumda beklenen yaşam süresindeki artışların kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını arttırdığı görülmektedir. Ancak bu sonuç istatistiksel olarak güvenilir düzeyde değildir. Doğumda beklenen yaşam süresindeki artışlar ülkenin sağlık statüsünün iyileştiğini gösteren önemli bir göstergedir.

İnsani gelişmişlik endeksinin (İGE) katsayısı negatif ve anlamlıdır. İGE’deki artışların kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını azalttığı anlaşılmaktadır. İGE, üç alt endeksten oluşan bir endekstir ve bu alt endeksler sağlık, eğitim ve gelirdir. Eğitim ve gelir alt endeksine bağlı olarak artan gelir, sağlık harcamalarındaki artıştan daha fazla olması durumunda sağlık harcamalarının diğer kamu harcamaları içerisindeki oransal payının azalması beklenen bir durumdur.

Kişi başına cepten sağlık harcamaları oranının katsayısı pozitif olup bu oranın artması kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını arttırmaktadır. Gönüllü sağlık harcamaları oranı arttıkça kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranının azaldığı belirlenmiştir. Özel sağlık harcamalarının bileşenleri genellikle tamamlayıcı tıp alanında ve kapsayıcı sağlık sigortası alanında görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde kişi başına gelirin yüksek olması özel

kesim sağlık harcamalarının artmasına ve kamunun sağlık harcama yükünün azalmasına neden olmaktadır. Son olarak yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı arttıkça kamu sağlık harcama yükünün arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresinin artması ve sağlık altyapısının yeterli/donanımlı düzeyde olması yaşlı nüfus oranının yükselmesine neden olmaktadır. Yaşlı nüfusun yaşa bağlı sağlık sorunları nedeniyle kamu giderleri içerisinde sağlık harcama oranının artmasına neden olmaktadır.

## **V. TARTIŞMA**

Birçok ülke sağlık sektörüne yönelik harcamalarını arttırma eğilimindedir. Sağlığa yönelik harcama artışları bir yandan beşerî sermaye birikimi yoluyla ekonomik büyümeye pozitif katkı sağlarken diğer yandan kamu giderlerini artırıcı bir baskıya yol açmasından endişe edilmektedir. Bu çalışmada seçilmiş gelişmekte olan ülke örnekleminde hareketle, ülkelerin sağlık statüsündeki değişimlerin kamu sağlık harcamalarının toplam kamu giderleri içerisindeki payını nasıl etkilediğini araştırmaktır.

Çalışmadan elde edilen analitik bulgular incelendiğinde doğumda beklenen yaşam süresindeki artışların kamu sağlık harcamalarının genel kamu harcamaları içerisindeki oranını pozitif yönde arttırma eğiliminde olduğu fakat bu etkinin istatistiksel olarak yeterince güçlü olmadığı belirlenmiştir. Teorik beklenti, doğumda beklenen yaşam süresini arttırmanın kamu sağlık harcama oranını arttırmasıdır. Literatür çalışmaları ortalama yaşam süresinin artmasının sağlık hizmetlerine olan talebi arttırdığını desteklemektedir (Harper, 2014, Barkat vd., 2019; Li vd., 2020). Yaşam süresine bağlı olarak sağlık hizmetlerine olan ihtiyacın artması ve sağlık sektöründe yaşanan teknolojik gelişmeler daha çok hastalığın tedavisine imkân sağlamakta ve doğal olarak tedavi maliyetlerini arttırmaktadır (Smith vd. 2009, Sisko vd. 2019; Himmelstein vd. 2020). Sağlık harcamalarındaki artışlar genel kamu harcamaları içerisinde sağlığa ayrılan payın artmasına sebep olmaktadır. Bu durum kamu bütçe dengesinin giderek olumsuz yönde etkilenmesine sebep olduğu düşünülmektedir (Di Matteo, 2010; Atems, 2019; Behera ve Dash, 2018; Lopreite ve Zhu, 2020)

Analitik bulgular incelendiğinde kaba doğum oranındaki artışın bağımlı değişken olan kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını azalttığı görülmektedir. Bu sonuç teorik olarak beklenen bir durumdur. Gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması nedeniyle doğum oranlarındaki azalma hızı nüfusun artış hızından daha fazladır. Örneğin Türkiye'de TÜİK 2022 yılı verilerine göre 2001 yılında Kaba doğum oranı binde 20,3 iken 2021 yılında binde 12,8'e azalmıştır. Avrupa birliği 27 ülkede 2020 yılı itibariyle kaba doğum oranı binde 9,3 olarak gerçekleşmiştir. Kaba doğum oranının gelişmiş ülkelerde zaman içerisinde azalıyor olması ortalama hane halkı büyüklüğünü azaltmaktadır. TÜİK istatistiklerine göre Türkiye'de hane halkı büyüklüğü 2021 yılında 3,23 kişiye kadar gerilemiştir. Diğer gelişmiş ülkelerde de benzer durumun geçerli olduğu görülmüştür. Bu durum kaba doğum oranındaki artışların kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranının azalmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada İGE'deki artışların kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını azalttığı belirlenmiştir. Bu katsayının eksi değer alması teorik olarak beklenen bir durumdur. İGE üç alt endeksin birleşiminden oluşan bir endekstir. Alt endekslere biri sağlık diğerleri eğitim ve gelirdir. Gelişmiş ülkelerde İGE'nin artması o ülkede sağlık statüsünün iyileştiğinin, beşerî sermaye birikiminin arttığının ve kişi başı gelirin yükseldiğinin bir göstergesidir. Literatür çalışmaları incelendiğinde İGE'nin ekonomik büyümeye olan katkısının pozitif yönde olduğu (Bartolo, 1999; Murthy ve Okunade, 2016) sonucu ortaya çıkmaktadır. İGE'deki artışlar ülkelerin ekonomik büyümesini, beşerî sermaye birikimini ve üretkenliğini arttırmaktadır. Eğitim ve gelir alt endeksine bağlı olarak artan gelir, sağlık harcamalarındaki artıştan daha fazla olacağından sağlık harcamalarının diğer kamu harcamaları içerisindeki oransal payını azaltması mümkündür. İGE'nin gelir yaratıcı etkisi sağlık harcamalarının artış etkisinden daha fazla olması (Harper, 2014, Barkat vd., 2019; Li vd., 2020) nedeniyle gelişmiş ülkelerde kamu gider dağılımının da sağlığa ayrılan payın azalmasına neden olduğu düşünülmektedir. Ayrıca gelişmiş ülkelerde eğitilmiş ve gelir düzeyi yüksek olan bireylerin kendi sağlıklarını koruma eğilimlerinin daha yüksek olması kamunun sağlık harcama yükünün azalmasına yol açtığı öngörülmektedir.

Kişi başına cepten sağlık harcamalarındaki artışların kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını arttırdığı belirlenmiştir. Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresi nispeten daha uzun ve yaşam standartları da yüksektir. Refah seviyesinin yüksek olması bu ülkelerde kişi başı cepten sağlık harcamalarını pozitif yönde etkilemektedir. Sağlık sektöründeki gelişmeler, yeni tedavi yöntemleri ve kişiye özel sağlık hizmetlerine olan yönelim nedeniyle özel kesim sağlık harcamaları artarken kamu kesiminin de benzer hizmetleri sunabilmek adına sağlık harcamalarını arttırdığı düşünülmektedir. Kapsam dışı sağlık harcamaları cepten ödeme yoluyla karşılanmaktadır. Fakat zamanla kamuoyu baskısı ile kamunun kapsam alanını genişletilmesi sağlık harcamalarının artmasına yol açabilmektedir. Özel muayenehanelerde verilen sağlık hizmetleri cepten sağlık harcamasına girse de tahlil ve tetkiklerin çoğu maliyeti nedeniyle kamu sağlık merkezlerinde yapıldığından kamu sağlık harcamalarının artmasına yol açtığı düşünülmektedir. Ayrıca kişi başı cepten sağlık harcamalarının önemli bir kısmının koruyucu sağlık hizmetleri alanında yapılmaktadır. Bu durum zamanla kamu sağlık harcama ihtiyacının artmasına sebep olabilecektir. Analizlerden elde edilen diğer bir sonuç gönüllü sağlık harcamaları arttıkça kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranının azalması şeklinde olmuştur. Teorik beklentilere uygun olan bu sonuç, gelişmiş ülkelerde özel sağlık harcama oranının arttığını doğrulamaktadır. Özel kesim sağlık harcamalarının artması doğal olarak kamu sağlık harcama yükünü azaltmaktadır. Özel sağlık harcamalarının bileşenleri genellikle tamamlayıcı tıp alanında ve kapsayıcı sağlık sigortası alanında görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde kişi başına gelirin yüksek olması özel kesim sağlık harcamalarının artmasına ve kamunun sağlık harcama yükünün azalmasına neden olmaktadır.

Analiz sonuçları yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranı arttıkça kamu sağlık harcama yükünün arttığını ifade etmektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık altyapısı ve donanımının gelişmiş olması bu ülkelerde ortalama yaşam süresinin yüksek olmasına ve dolayısıyla yaşlı nüfus oranının toplam nüfus içerisindeki payının yükselmesine neden olmaktadır. Yaşlı nüfusun daha çok sağlık sorunları yaşadığı ve daha çok sağlık hizmeti talebinde bulunduğu (İyidoğan vd. 2017; Sisko vd. 2019; Acharya vd. 2019; Chatterjee vd. 2019, Atella vd. 2019) bilinen bir gerçektir. Gelişmiş ülkeler için yaşam kalitesinin artması ve ortalama yaşam süresinin artması arzu edilen bir durum olsa da yaşlı nüfusun sağlık sorunları nedeniyle kamu giderleri içerisinde sağlık harcama oranının artmasına neden olmaktadır. Bu sonuç çalışmanın temel kurgusu ile uyumludur. Nitekim ülkelerin refah seviyelerinin artması bazı durumlarda kamunun sağlık harcama yükünün artması ile sonuçlanmaktadır.

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ülkeler, sağlıklı bireylerden oluşan bir toplum oluşturabilmek için farklı sağlık sistemleri ve finansman yöntemleri kullanmaktadır. Farklı sistemlerin ortaya çıkmasının temelinde sağlık hizmetlerinin finansman şekli yatmaktadır. Bismarck tipi sosyal sigorta sistemi olarak bilinen refah yönelimli sağlık sistemi ile başlayan süreç sağlık hizmet sunum finansmanının genel bütçe gelirleriyle sağlandığı kapsayıcı sağlık sistemi Beveridge sistemi ile devam etmiştir. Vergilerin, sosyal sigorta primlerinin, özel sağlık sigortasının ve bireylerin cepten yaptığı ödemelerin bir arada kullanıldığı karma sistemlerde bulunmaktadır.

Toplumu oluşturan bireylerin sağlık statüsü, yaşam kalitesi, bedensel ve ruhsal işlevsellik gibi parametreleri kapsayacak şekilde çok sayıda sağlık göstergesinin niceliksel olarak ölçülmesi ile ifade edilir. Sağlık statüsünün ölçülmesi bir ülkenin genel sağlık durumunun zaman içerisindeki değişimini takip etmek açısından önemlidir. Ayrıca sağlık statüsü ile ülkenin diğer ülkelere kıyasla nisbi performansını da izlemek mümkündür. Sağlık, beşerî sermaye birikiminin asli unsuru olarak işgücü verimliliğini arttırmak suretiyle kalkınmayı olumlu yönde etkilemektedir. Ülke uygulamaları incelendiğinde Fogel, (2004), Yetim vd., (2021), Hokayem ve Ziliak, (2014), Wang, (2015), Hitiris ve Posnett (1992), Mohan ve Mirmirani (2007), Moscone ve Tosetti (2010), Asiskovitch (2010), İslam (2012), Magazzino ve Mele (2012), Fayissa vd. (2013), Chaabouni ve Abednadh (2014), Leow (2015), Raghupathi vd. (2014, 2020), Atay (2020) sağlığın ekonomik kalkınmanın sonucu olarak geliştiği aynı zamanda da sağlığın ekonomik kalkınmayı pozitif yönde etkilediği görüşleri genel kabul görmektedir.



Sağlık statüsündeki gelişmelere bağlı olarak birçok ülkede ortalama yaşam süresi artmaktadır. Sağlık alanındaki teknolojik gelişmeler yeni tıbbi cihazların üretilmesine, daha farklı tedavi hizmetlerinin sunulmasına ve sağlık alanındaki ar-ge faaliyetlerinin artmasına neden olmaktadır. Tüm bu gelişmeler toplumsal refah seviyesini arttırırken sağlık harcamalarının da sürekli olarak artmasına neden olmaktadır. Sağlık sektörüne yapılan harcamalardaki artışlar kamu harcamalarında sağlığa ayrılan payın artmasına sebep olmakta bu da beraberinde kamu bütçe dengesinin olumsuz yönde etkilenmesine yol açmaktadır. (Feng vd., 2020; Zeng vd. 2019; Behera ve Dash, 2019; Adebisi vd., 2020). Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin sunumunun ortaya çıkaracağı ekonomik ve sosyal faydadan ziyade sağlık harcamalarındaki sürekli artışın kamu bütçesi üzerinde yaratacağı baskının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Analiz sonucunda kaba doğum oranındaki ve insani gelişmişlik endeksindeki artışlarının kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını azalttığı belirlenmiştir. Kaba doğum oranlarının gelişmiş ülkelerde zaman içerisinde azaldığı bilinmektedir. Kaba doğum oranındaki azalma hızının nüfus artış hızından fazla olması bu ülkelerde hane halkı sayısının azalmasına yol açmaktadır. Bu durum kamu sağlık harcamalarının diğer kamu harcamalar içerisindeki oranın azalmasına yol açması beklenmektedir. İnsani gelişmişlik endeksindeki artışların aktif nüfusun (15-65 yaş aralığı) artmasına ve emek arzının artarak potansiyel GSYİH'nin yükselmesine neden olmaktadır. Diğer yandan İnsani gelişmişlik endeksindeki gelişmeler ülkedeki eğitimli nüfus oranını arttırarak ülkelerin beşerî sermaye birikimine katkı sağlamaktadır. Eğitimli bireylerin ise kendi sağlıklarını koruma konusunda daha bilinçli ve rasyonel davrandığı bilinmektedir. Emek arzındaki ve beşerî sermaye birikimindeki artışların kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranın azalmasına neden olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç literatürdeki Linden ve Ray, (2017) Hokayem ve Ziliak (2014), Wang (2015), Chang ve Ying (2006), Atılğan ve diğerleri (2017), Chen ve Goldman (2016), Raghupathi ve Raghupathi (2014, 2020) ve Yang (2020) çalışmalar ile benzer sonuçlara sahiptir. Kişi başına cepten sağlık harcamalarının ve yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranın artmasının kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranını arttırdığı sonucuna ulaşılmıştır. Elde edilen bu sonuç Harper, (2014), Barkat ve diğerleri (2019) ve Li ve diğerleri (2020) çalışmaları ile benzerlik göstermektedir. Gönüllü sağlık harcamaları oranı arttıkça kamu sağlık harcamalarının diğer kamu giderleri içerisindeki oranının azaldığı tespit edilmiştir.

Analiz sonuçlarından ve literatürdeki uygulamalı çalışmalardan hareketle Sağlık statüsündeki değişimleri bütçe dengesi üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak amacıyla birtakım öneriler geliştirilmiştir. Çalışmada yaşlı nüfus oranındaki artışın sağlık harcamaların kamu giderleri içerisindeki payını arttırdığı tespit edilmiştir. Bu sonuçtan sağlık finansman modellerinin oluşturulmasında ülkenin yaş artış eğilimi ve yaşlı nüfusun oranı mutlaka dikkate alınmalıdır. Çalışanlardan ve işverenlerden kesilen sosyal güvenlik primlerinin giderek yaşlanan nüfusun emeklilik ve sağlık giderlerini karşılayacak sürdürülebilir optimal modeller kurulmalıdır. Sağlığa yapılan yatırımın aynı zamanda ülke kalkınması için atılan bir adım olması itibarıyla kalkınma stratejileri hazırlanırken sağlık altyapısının iyileştirilmesine ve sağlık teknolojilerinin geliştirilmesine daha fazla kaynak aktarılmalıdır. Özellikle koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin gelişimine yönelik politikalara önem verilmelidir. Bu sayede birçok hastalığın ortaya çıkması engellenerek kamunun sağlık harcama yükünün kontrol altına alınmasına katkı sağlanabilir. Yaşlı nüfusa yönelik koruyucu sağlık hizmetleri sunumu arttırılmalıdır. Yaşlı nüfusa iyi birer sağlık üreticisi olmaları için eğitim, kamu spotu ve benzeri faaliyetler organize edilmelidir. Hane halkının gereksiz ilaç kullanımı engellenmelidir. Kullanılmayan ilaçların sağlık sistemine geri kazandırılmasına yönelik aktiviteler geliştirilmelidir.

Toplumun kendi sağlıklarını koruma eğiliminin arttırılması için sağlık okur-yazarlığının temel eğitimden başlamak üzere tüm eğitim süreçlerine yayılımı sağlanmalıdır. Okullarda, kamu kurumlarında ve halka açık alanlarda belirli periyotlarla sağlık taramaları gerçekleştirilmelidir. Sağlık statüsünü yakından etkileyen çevresel faktörlere yönelik düzenlemeler arttırılmalıdır. Doğaya zarar verici gaz ve benzeri atıkların salınımına kısıtlamalar getirilmelidir. Halk sağlığını tehdit edici özellikte üretim yapan tesislerinin yaşam alanları dışına konumlandırılması sağlanmalıdır. Bu tür tesis ve işyerleri sağlık bakanlığınca sık sık kontrol edilmelidir. Sağlık malları üretimi, ilaç geliştirme, tıbbi cihaz üretimi ve aşı geliştirme gibi alanlarda faaliyet gösteren firmalara vergi muafiyeti veya

istisnaları getirilmelidir. Bu yolla sağlık ürünlerinde dışa bağımlılık azalarak yerli sağlık ürünlerinin sağlık hizmeti sunumunda kullanılması sağlanmalıdır.

**Etik Kurul İzni:** Çalışmada ikincil veri kullanılmıştır.

## KAYNAKLAR

- Acharya, S., Ghimire, S., Jeffers, E. M., & Shrestha, N. (2019). Health care utilization and health care expenditure of Nepali older adults. *Frontiers in public health*, 7, 24.
- Adebisi, Y. A., Umah, J. O., Olaoye, O. C., Alaran, A. J., Sina-Odunsi, A. B., & Lucero-Priso III, D. E. (2020). Assessment of health budgetary allocation and expenditure toward achieving universal health coverage in Nigeria. *International Journal of Health and Life Sciences*, 6(2).
- Asiskovitch, S. (2010). Gender and health outcomes: The impact of healthcare systems and their financing on life expectancies of women and men. *Social Science & Medicine*, 70(6), 886-895.
- Aslan, B. (2020). *OECD ülkelerinde güvenceli esneklik uygulamaları: Karşılaştırmalı panel veri analizi*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Üniversitesi, Ekonometri Anabilim Dalı, Ankara.
- Atabey, S. (2012). *Ulusal sağlık sistemleri ve 1980 sonrasında Türkiye'de sağlıkta dönüşüm politikalarının incelenmesi ve değerlendirilmesi*, Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Ankara.
- Atems, B. (2019). Public health expenditures, taxation, and growth. *Health Economics*, 28(9), 1146-1150.
- Atella, V., Piano Mortari, A., Kopinska, J., Belotti, F., Lapi, F., Cricelli, C., & Fontana, L. (2019). Trends in age-related disease burden and healthcare utilization. *Aging cell*, 18(1), e12861.
- Atilgan, E., Kilic, D., & Ertugrul, H. M. (2017). The dynamic relationship between health expenditure and economic growth: is the health-led growth hypothesis valid for Turkey?. *The European Journal of Health Economics*, 18, 567-574.
- Bartolo, A. D. (1999). Human capital estimation through structural equation models with some categorical variables. In *International Workshop on Correlated Data: Estimating Function Approach, Trieste*.
- Barkat, K., Sbia, R., & Maouchi, Y. (2019). Empirical evidence on the long and short run determinants of health expenditure in the Arab world. *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 73, 78-87.
- Bayram, Y. (2011) *1980 sonrası sağlık harcamalarının bütçedeki gelişimi ve değerlendirilmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Maliye Anabilim Dalı, Ankara.
- Behera, D. K., & Dash, U. (2018). The impact of macroeconomic policies on the growth of public health expenditure: An empirical assessment from the Indian states. *Cogent Economics & Finance*, 6(1), 1435443.
- Behera, D. K., & Dash, U. (2019). Impact of macro-fiscal determinants on health financing: empirical evidence from low-and middle-income countries. *Global health research and policy*, 4(1), 1-13.

- Breusch, T. S., & Pagan, A. R. (1980). The Lagrange multiplier test and its applications to model specification in econometrics. *The review of economic studies*, 47(1), 239-253.
- Chaabouni, S., & Abednnadher, C. (2014). The determinants of health expenditures in Tunisia: An ARDL bounds testing approach. *International Journal of Information Systems in the Service Sector (IJISSS)*, 6(4), 60-72.
- Chang, K., & Ying, Y. H. (2006). Economic growth, human capital investment, and health expenditure: a study of OECD countries. *Hitotsubashi Journal of Economics*, 1-16.
- Chatterjee, C., Nayak, N. C., Mahakud, J., & Chatterjee, S. C. (2019). Factors affecting the choice of health care utilisation between private and public services among the elderly population in India. *The International journal of health planning and management*, 34(1), e736-e751.
- Chen, A., & Goldman, D. (2016). Health care spending: historical trends and new directions. *Annual Review of Economics*, 8, 291-319.
- Di Matteo, L. (2010). The sustainability of public health expenditures: evidence from the Canadian federation. *The European Journal of Health Economics*, 11(6), 569-584.
- Dhoro, N. L., Chidoko, C., Sakuhuni, R. C., & Gwaindepi, C. (2011). Economic determinants of public health care expenditure in Zimbabwe. *International Journal of Economic Research*, 2(6), 13-25.
- Fayissa, B., & Traian, A. (2013). Estimation of a health production function: Evidence from East-European countries. *The American Economist*, 58(2), 134-148.
- Feng, J., Wang, Z., & Yu, Y. (2020). Does long-term care insurance reduce hospital utilization and medical expenditures? Evidence from China. *Social Science & Medicine*, 258, 113081.
- Fogel, R. W. (2004). Health, nutrition, and economic growth. *Economic development and cultural change*, 52(3), 643-658.
- Goodacre, S., Collins, C., & Slattery, C. (2013). *Cambridge VCE Health and Human Development Units 3 and 4 Pack*. Cambridge University Press.
- Harper, S. (2014). Economic and social implications of aging societies. *Science*, 346(6209), 587-591.
- Hayran, O. (2012). Sağlık Yönetimi Yazıları. *Ankara: SAGE Yayınları*.
- Himmelstein, D. U., Campbell, T., & Woolhandler, S. (2020). Health care administrative costs in the United States and Canada, 2017. *Annals of internal medicine*, 172(2), 134-142.
- Hitiris, T., & Posnett, J. (1992). The determinants and effects of health expenditure in developed countries. *Journal of health economics*, 11(2), 173-181.
- Hsiao, W. C. (2003). *What is a health system? Why should we care*. Harvard School of Public Health. working paper.
- Hokayem, C., & Ziliak, J. P. (2014). Health, human capital, and life cycle labor supply. *American Economic Review*, 104(5), 127-131.
- İslam S. M. Z. (2012) *Bangladeş sağlık sisteminin ekonomik sürdürülebilirliğinin incelenmesi ve uluslararası karşılaştırılması*, Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, İstanbul.

- İyidoğan, P. V., Balıkçioğlu, E., & Yılmaz, H. H. (2017). The tax effects of health expenditures on aging economies: Empirical evidence on selected OECD countries. *Romanian Journal of Economic Forecasting*, 20(1), 116-127.
- Kanavos, P., & Yfantopoulos, J. (2019). Cost containment and health expenditure in the EU: a macroeconomic perspective. In *Health Care and Cost Containment in the European Union* (pp. 155-196). Routledge.
- Kaya, A. (2011). *Türkiye ile bazı OECD ülkelerinde sağlık sistemleri ve karşılaştırması*, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi, Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü, Sigortacılık Anabilim Dalı, İstanbul
- Leow, M. (2015). A pilot randomized, controlled trial of the effectiveness of a psychoeducational intervention on family caregivers of patients with advanced cancer. *Cancer. In Oncology Nursing Forum*, 42(2), E63-E72.
- Li, L., Du, T., & Hu, Y. (2020). The effect of population aging on healthcare expenditure from a healthcare demand perspective among different age groups: evidence from Beijing City in the People's Republic of China. *Risk Management and Healthcare Policy*, 1403-1412.
- Linden, M., & Ray, D. (2017). Life expectancy effects of public and private health expenditures in OECD countries 1970–2012: Panel time series approach. *Economic Analysis and Policy*, 56, 101-113.
- Lkhagvaa, U. (2019). *OECD ülkelerinin sağlık sistemlerinin karşılaştırılması* (Master's thesis, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Lukášová, T. (2018). Semashko health financing model—economic and health consequences in Czechia. *Ecoforum*, 7(1), 0-0.
- Lopreite, M., & Zhu, Z. (2020). The effects of ageing population on health expenditure and economic growth in China: A Bayesian-VAR approach. *Social science & medicine*, 265, 113513.
- Magazzino, C., & Mele, M. (2012). The determinants of health expenditure in Italian regions. *Magazzino, C., Mele, M.,(2012), The Determinants of Health Expenditure in Italian Regions, International Journal of Economics and Finance*, 4(3), 61-72.
- Mihalache, I. C., & Apetroi, F. C. (2020). Services in Romania, from the Semashko model to the Bismarck model. *Review of Economic and Business Studies*, 13(1), 137-147.
- Mohan, R., & Mirmirani, S. (2007). *An assessment of OECD health care system using panel data analysis*. MPRA Paper No. 6122
- Moscone, F., & Tosetti, E. (2010). Health expenditure and income in the United States. *Health economics*, 19(12), 1385-1403.
- Murthy, V. N., & Okunade, A. A. (2016). Determinants of US health expenditure: Evidence from autoregressive distributed lag (ARDL) approach to cointegration. *Economic Modelling*, 59, 67-73.
- Pazarlıoğlu, M. V., & Gürler, Ö. K. (2007). Telekomünikasyon yatırımları ve ekonomik büyüme: panel veri yaklaşımı. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, 44(508), 35-43.
- Pesaran, M. H. (2004). General diagnostic tests for cross section dependence in panels. *Working Papers No.1233*, 255–60

- Pesaran, M. H. (2007). A simple panel unit root test in the presence of cross-section dependence. *Journal of applied econometrics*, 22(2), 265-312.
- Raghupathi, W., & Raghupathi, V. (2014). Big data analytics in healthcare: promise and potential. *Health information science and systems*, 2, 1-10.
- Raghupathi, V., & Raghupathi, W. (2020). Healthcare expenditure and economic performance: insights from the United States data. *Frontiers in public health*, 8, 156.
- Sargutan, A. E. (2005). Sağlık sektörü ve sağlık sistemlerinin yapısı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
- Sayılı, U., Sayman, Ö. A., VEHİD, S., Köksal, S. S., & Erginöz, E. (2017). Türkiye ve OECD ülkelerinin sağlık göstergeleri ve sağlık harcamalarının karşılaştırılması. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(3), 1-12.
- Sheiman, I., Shishkin, S., & Shevsky, V. (2018). The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. *Risk management and healthcare policy*, 209-220.
- Sisko, A. M., Keehan, S. P., Poisal, J. A., Cuckler, G. A., Smith, S. D., Madison, A. J., ... & Hardesty, J. C. (2019). National health expenditure projections, 2018–27: economic and demographic trends drive spending and enrollment growth. *Health affairs*, 38(3), 491-501.
- Smith, S., Newhouse, J. P., & Freeland, M. S. (2009). Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth?. *Health affairs*, 28(5), 1276-1284.
- Songur, C. (2016). Sağlık göstergelerine göre ekonomik kalkınma ve iş birliği örgütü ülkelerinin kümeleme analizi. *SGD-Sosyal Güvenlik Dergisi*, 6(1), 197-224.
- Tulchinsky, T. H., & Varavikova, E. A. (2014). *The new public health*. Academic Press.
- Turna, Y., & Özcan, A., (2021) The relationship between foreign exchange rate, interest rate and inflation in Turkey: ARDL approach. *Journal of Ekonomi*, 3(1), 19-23.
- Ulutürk, S. (2015). Sağlık ekonomisi, sağlık statüsü, sağlığın ölçülmesinde kullanılan ölçütler ve önemi: türkiye örneği. *Finans Politik ve Ekonomik Yorumlar*, (603), 47-63.
- Ünsal, A. (2016). *Avrupa birliği ülkeleri ve Türkiye'nin sağlık sistemleri ve sağlık göstergelerinin karşılaştırmalı analizi*, Yüksek Lisans Rezi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilecik.
- Wang, F. (2015). More health expenditure, better economic performance? Empirical evidence from OECD countries. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 52, 0046958015602666.
- Yetim, B., İlgün, G., Çilhoroz, Y., Demirci, Ş., & Konca, M. (2021). The socioeconomic determinants of health expenditure in OECD: An examination on panel data. *International Journal of Healthcare Management*, 14(4), 1265-1269.
- Yang, X. (2020). Health expenditure, human capital, and economic growth: an empirical study of developing countries. *International journal of health economics and management*, 20(2), 163-176.
- Younsi, M., Chakroun, M., & Nafla, A. (2016). Robust analysis of the determinants of healthcare expenditure growth: evidence from panel data for low-, middle-and high-income countries. *The International journal of health planning and management*, 31(4), 580-601.

Zeng, Y., Li, J., Yuan, Z., & Fang, Y. (2019). The effect of China's new cooperative medical scheme on health expenditures among the rural elderly. *International journal for equity in health*, 18, 1-10.

**Ek 1.** Sabit Etki Modeli Sonuçları (KSHKGHO Bağımlı Değişken)

Değişkenler	Katsayı	Std. Hata	t-İstatisitiği	Olasılık
KBDO	0.198227	0.045478	4.3587557	0.0000
DBYS	0.089299	0.023445	3.808883	0.0002
IGE	-12.65155	3.278531	-3.858908	0.0001
KBCSH	0.004147	0.000631	6.572647	0.0000
GSHO	-0.108242	0.013986	-7.739449	0.0000
YNO	0.310530	0.035290	8.799393	0.0000
C	11.58122	2.914587	3.973536	0.0001
R-squared	0.355050			
Log likelihood	-1816.501			
F-statistic	18.66482			
Prob(F-statistic)	0.000000			

**Ek 2.** Rassal Etki Modeli Sonuçları (KSHKGHO Bağımlı Değişken)

Değişkenler	Katsayı	Std. Hata	t-İstatisitiği	Olasılık
KBDO	0.187481	0.045304	4.138251	0.0000
DBYS	0.086810	0.023251	3.733562	0.0002
IGE	-9.696617	3.129292	-3.098662	0.0020
KBCSH	0.003674	0.000610	6.018402	0.0000
GSHO	-0.103010	0.013884	-7.419517	0.0000
YNO	0.313891	0.035239	8.907466	0.0000
C	9.406931	2.787635	3.374521	0.0008
R-squared	0.343541			
F-statistic	63.40947			
Prob(F-statistic)	0.000000			

**Ek 3.** Analizlerde Kullanılan Gelişmiş Ülke Listesi

1	Almanya	25	Peru
2	Avustralya	26	Polonya
3	Avusturya	27	Portekiz
4	Belçika	28	Romanya
5	Birleşik Krallık	29	Rusya
6	Bosna Hersek	30	Slovakya
7	Danimarka	31	Slovenya
8	Estonya	32	Suudi Arabistan
9	Finlandiya	33	Sırbistan
10	Fransa	34	Tayland
11	Hollanda	35	Türkiye
12	Hırvatistan	36	Uruguay
13	Japonya	37	Yeni Zellanda
14	Kanada	38	Yunanistan
15	Katar	39	Çek Cumhuriyeti
16	Kazakistan	40	İrlanda
17	Kolombiya	41	İspanya
18	Kuveyt	42	İsrail
19	Kuzey Makedonya	43	İsveç
20	Küba	44	İtalya
21	Letonya	45	İzlanda
22	Litvanya	46	Polonya
23	Lüksemburg	47	Portekiz
24	Norveç	48	Peru



# THE EFFECT OF HEALTH RESEARCH AND DEVELOPMENT EXPENDITURES ON ECONOMIC GROWTH <sup>1</sup>

Gülay EKİNCİ \*  
Ahmet KÖSE \*\*  
Alper CİHAN \*\*\*  
Haydar SUR \*\*\*\*

## ABSTRACT

This study aims to determine the effect of health R&D (Research and Development) expenditures on economic growth at the level of 10 countries (Czech Republic, Hungary, Korea, Poland, Portugal, Slovakia, Turkey, Romania, Russia, and South Africa) by using data between 2004-2019. Gross Domestic Product (GDP) as representative of economic growth; as the representative of R&D Expenditures in health, Health R&D Expenditures were considered. In the analysis of the relationships between variables Least Square Test, Granger Causality Test, Cointegration Tests, FMOLS and DOLS tests were applied within the framework of Panel Data Analysis. The existence of a bidirectional Granger-type causality relationship between Health R&D Expenditures and GDP and the long-term cointegration relationship between them was determined. FMOLS and DOLS analysis results revealed the positive effect of Health R&D expenditures on economic growth. The results showed that health R&D activities play an important role in general R&D activities in the countries covered by the study and that health R&D expenditures/investments positively affect economic growth.

**Keywords:** Economic Growth, Health Research and Development Expenditures, Granger Causality Test, Cointegration Test, Panel Data Analysis.

## ARTICLE INFO

<sup>1</sup> This study was prepared on the basis of the doctoral thesis titled "Impact on Economic Growth of the Health Research and Development Expenditures: An Empirical Study on Turkey" and defended by Gülay EKİNCİ on 21.03.2019. A part of this research was presented as an oral presentation at the 4th International Health Sciences and Management Congress.

\* Asst. Prof., Istanbul Sabahattin Zaim University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, ekincigulay@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4773-4821>

\*\* Prof. Dr., Istanbul University Faculty of Business Administration Department of Finance .ahmetkos@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4651-8839>

\*\*\* Prof. Dr., Istanbul Cerrahpasa University Faculty of Health Sciences Health Management ,alpercihan@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5246-7217>

\*\*\*\* Prof. Dr., Üsküdar University Faculty of Health Sciences Department of Health Management, haydar.sur@uskudar.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6862-179X>

Received: 02.11.2022

Accepted: 20.07.2023

## Cite This Paper:

Ekinci, G., Köse, A., Cihan A., & Sur, H. (2023). The effect of health research and development expenditures on economic growth. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 597-614

# SAĞLIKTA ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME HARCAMALARININ EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNDEKİ ETKİSİ<sup>1</sup>

Gülay EKİNCİ \*  
Ahmet KÖSE \*\*  
Alper CİHAN \*\*\*  
Haydar SUR \*\*\*\*

## ÖZ


Bu çalışma, sağlık alanında Araştırma ve Geliştirme (Ar-Ge) harcamalarının ekonomik büyüme üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla 2004-2019 yılları arasında sağlık Ar-Ge harcamalarına ait düzenli verisi bulunan 10 ülke düzeyinde (Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Kore, Polonya, Portekiz, Slovakya, Türkiye, Romanya, Rusya ve Güney Afrika) analizler yapılmıştır. Ekonomik büyümenin temsilcisi olarak Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYİH); Ar-Ge Harcamalarının sağlıktaki temsilcisi olarak Sağlık Ar-Ge Harcamaları araştırma değişkenleri olarak ele alınmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkilerin analizinde Panel Veri Analizi çerçevesinde En Küçük Kareler Testi, Granger Nedensellik Testi, Eş bütünleşme Testleri, FMOLS ve DOLS testleri uygulanmıştır. Sağlık Ar-Ge Harcamaları ile GSYİH arasında çift yönlü Granger tipi nedensellik ilişkisinin varlığı ve aralarında uzun dönemli eşbütünleşme ilişkisi tespit edilmiştir. FMOLS ve DOLS tahmin yöntemlerinden elde edilen temel bulgular, sağlık alanında araştırma ve geliştirme harcamalarının ekonomik büyüme üzerinde pozitif yönde etkisi olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma kapsamında değerlendirilen ülkelerde sağlık Ar-Ge harcamalarının/yatırımlarının ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilediği tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Ekonomik Büyüme, Sağlık Araştırma ve Geliştirme Harcamaları, Granger Nedensellik Testi, Eşbütünleşme Testi, Panel Veri Analizi.

## MAKALE HAKKINDA

<sup>1</sup> Bu çalışma Gülay EKİNCİ tarafından 21.03.2019 tarihinde savunulan "Impact on Economic Growth of the Health Research and Development Harcamaları: An Empirical Study on Turkey" başlıklı doktora tezine dayanılarak hazırlanmıştır.

\*Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, ekinci.gulay@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4773-4821>

\*\*Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Bölümü Finans Anabilim Dalı.ahmetkos@istanbul.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4651-8839>

\*\*\*Prof. Dr., İstanbul Cerrahpaşa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi,alpercihan@yahoo.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5246-7217>

\*\*\*\*Prof. Dr., Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, haydar.sur@uskudar.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6862-179X>

Gönderim Tarihi: 02.11.2022

Kabul Tarihi: 20.07.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Ekinci, G., Köse, A., Cihan A., & Sur, H. (2023). The effect of health research and development expenditures on economic growth. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 597-614

## **I. INTRODUCTION**

Economic growth is the reflection of the efficiency in the use of factors of production, including labor, capital, natural resources, and technology, to per capita income. From an economic perspective, the effect of factors of production on income is explained by economic growth theories. In this context, the economic development periods of societies were explained by the limited growth, which includes the physiocracy period that prioritizes agricultural production and mercantilism in which precious metals were at the forefront, which was called the pre-classical economic growth period. In classical period economic growth theories, while the sources of growth were explained by Adam Smith's theory of absolute advantage; Ricardo put forward the theory of comparative advantage, Marx emphasized capital accumulation and surplus value of labor, Keynes focused on supply-demand balance, Harrod-Domar deal with investment and savings. In the classical period, the turning point of economic growth was shaped by the Solow-Swan growth model. In the Solow-Swan growth model, while technology was included in the traditional production factors as a fixed and exogenous factor, it was explained by the convergence hypothesis, which suggests that the economic growth differences between developing countries and developed countries would decrease within the framework of the assumption of diminishing returns on capital. However, as a result of the inadequacy of the factors of economic growth in the Solow-Swan growth model in explaining growth and the inability to support the convergence hypothesis with empirical findings, the Internal Growth Models pioneered by Romer took their place in the literature. In Intrinsic Growth Models; the emphasis on physical capital in previous models was found exaggerated and accepted that there were increasing returns to scale by including technological development, research and development activities and human capital in the model (Taş et al., 2017). Due to understanding the importance of the knowledge and skills of the workforce in terms of the economy; Modern Growth Theories based on information, Technology, Human capital, and Public expenditures had taken their place in the literature. While workforce and technology, which were sources of growth considered external factors in classical growth models, modern growth theories consider them as internal factors. Besides this, in the first three economic growth approaches the results of using production factors were identified as limited growth or trying to determine the equilibrium points of growth (balanced, unbalanced, unlimited, creative destruction). Modern growth theories, which considered R&D and knowledge as the source of growth, were evaluated as internal and stable growth models in the long run. Therefore, when we evaluate the sources of growth in terms of the sustainability of the results, we think that it is appropriate to classify economic growth theories as Stationary and Non-Stationary economic growth theories. Namely; while limited growth is observed in stationary economic growth models (static) (pre-classical, classical, and neo-classical periods), there is no long-term sustainability in balanced points. Non-stationary economic growth models (dynamic), on the other hand, internalize the sources of growth as Information, Technology, Human capital, Public expenditures, and predict sustainable growth in the long run (Table 1).

**Table 1. Classification of Economic Growth Theories**

	<b>THEORIES OF GROWTH</b>	<b>THE SOURCE OF GROWTH</b>	<b>CONCLUSION</b>
<b>Stationary Economic Growth Models (Static Models)</b>	<b>1. PRE-CLASSIC GROWTH THEORIES</b>		
	<b>Mercantilist Period Growth Theory</b>	Precious Metals Colonial	Limited Growth
	<b>Physiocratic Period Growth Theory</b>	Agricultural Production law of diminishing returns	Limited Growth
	<b>2. CLASSICAL GROWTH THEORIES (External Economic Growth Theories)</b>		
	<b>Adam Smith Growth Theory</b>	Labor Force Capital Specialization	Limited Growth
	<b>David Ricardo Growth Theory</b>	Agricultural Production Declining yields Distribution	Limited Growth and Recession
	<b>T.R. Malthusian Growth Theory</b>	Population	Limited Growth
	<b>Karl Marks Growth Theory</b>	Capital accumulation Labor and surplus value Increasing rate of profit	Limited and unbalanced growth
	<b>Joseph Alois Schumpeter Growth Theory</b>	Innovation Competition	Creative Destruction
	<b>Johnard Maynard Keynes</b>	Supply-Demand	Balanced Growth
	<b>Harrod-Domar Growth Theory</b>	Investment and savings	Dynamic but unstable and stabbing growth in the long run
	<b>3. NEO-CLASIC GROWTH THEORY (External Economic Growth Theories)</b>		
	<b>Solow-Swan Growth Theory</b>	Extrinsic technological development	Ransient growth due to the absence of technological development
<b>Evolutionary Growth Theory (Neo-Schumperteryan)</b>	Internal Technological Development	R&D and imitation-based growth	
<b>Non-Stationary Economic Growth Models (Dynamic Models)</b>	<b>4.MODERN GROWTH THEORIES (Internal Growth Theories)</b>		
	<b>AK Model (Robelo Model)</b>	Information	Internal and stable growth in the long term
	<b>R&amp;D-Based Growth Model</b>	R&D investments	Internal and stable growth in the long-term
	<b>Growth Model Based on Human Capital</b>	Human capital	Internal and stable growth in the long run
	<b>Growth Model Based on Public Expenditures</b>	Public expenditures	Internal and stable growth in the long run

**Reference** : Prepared by the authors according to economic growth literature.

Economic growth is the most important factor affecting the living standards and prosperity of individuals in a country. One of the determinants of economic growth is Research and Development (R&D) activities (Goel and Ram, 1994; Coe and Helpman, 1995; Freire-Serén, 2001). The rapid change based on R&D activities and the competition conditions created by this change force all economies in the world to invest in R&D. Investments in R&D activities, it affects economic growth in many ways such as efficiency, inventions, innovations, capital accumulation and capital development. Developments in the field of technology directly affect the health sector and the delivery of health services, at the same time this developments create a high level of positive effects with the effects on the diagnosis and treatment of the diseases, the health economics and the positive externality of the public healths' level. From this perspective, health R&D activities are the most important factor in economic growth and development, but their effectiveness depends on the development and accumulation of human capital in the field of health R&D.

Human capital is a concept that expresses all concepts such as knowledge, skills, abilities, current health status, cultural values and education level of the individual.

Health is the most important factor that contributes to the development of human capital and directly affects economic growth. A good level of well-being is a source of prosperity all over the world. Health is not only the absence of disease, but also the capacity to develop an individual's abilities and skills. Health reduces production losses due to diseases, reduces absenteeism, improves learning, and enables the use of financial resources allocated for treatment in different ways (Lusting, 2004). Because of the good quality of human capital in a healthy society, productivity increases and economic growth is positively affected (Karagül, 2002).

The tight relationship of health between technology and innovation, directly affecting human capital reveals the importance of health R&D activities. However, the literature reveals that the studies aimed at evaluating health R&D activities are performed by middle and upper income countries. In the literature; investments in health R&D; the studies showing that it leads to three broad areas of medical advances and savings; including direct savings, indirect savings and health gain. For example; the total economic value of the reduction of deaths from cardiovascular diseases for the United States is estimated to be around US \$ 1.5 billion per year (Access Economics, 2003). Global R&D efforts in health; it has led to significant cancer treatments and interventions that provide health benefits equivalent to £124 billion for British patients between 1991-2010 through early diagnosis, disease prevention and treatment (The Academy Of Medical Science, 2014). Again, while vaccination programs provided a net economic benefit of 69 billion dollars for industrialized countries (USA), the 34 billion dollars cost of immunization programs in LMIC countries provided broader economic benefits of 1.53 trillion dollars besides to prevented the cost of illness 586 billion dollars (Ozawa et al., 2016; Orenstein and Ahmed, 2017).

The field of biotechnology in health has grown 10 times in the world since 2000. The number of diseases that can be applied to genetic testing is increased by 17 times from 1993 to 2008 and reach to 1700; the defined gene-drug relationships were negligible in 1990, it reached 510 in 2007 (Arslanhan, 2012). Such practices increase the life expectancy and quality of the patients, shorten the treatment and rehabilitation processes, reduce the costs of diagnosis and treatment, increase the efficiency of health services and contribute to the economy positively.

According to the World Bank (1993), health problems are an important obstacle to economic development. Chronic diseases are increasing in the world and cause the primary cause of death (Arslanhan, 2012). On the other hand, burden of disease related to communicable diseases; it still remains an important problem in less developed countries. Health R&D funding is allocated less than 1% to diseases such as malaria, tuberculosis, which are predominantly seen in developing countries about 12.5% of global disease burden (WHO, 2012; Rottingen et al., 2013; Kieny et al., 2016). The recent Ebola virus disease has dramatically demonstrated the lack of investment and approaches to products to prevent and minimize the effects of pathogens on epidemic potential (WHO, 2023). Although the disease caused by the Ebola virus remained at the level of endemic, the Covid-19 virus, which was seen in the following years, turned into a pandemic, infecting 687 million people for 3.2 years and causing the death of approximately 6.9 million people all over the world (Statista, 2023). Vaccines aimed at preventing the Covid-19 disease have been rapidly produced and the disease has been tried to be controlled. This is a current experience that reveals the importance of health R&D expenditures and investments in the fight against health-related uncertainties (Chinta et al., 2023).

World Health Organization (WHO), in recognition of the critical role of research in combating the determinants of excessive mortality and morbidity in low- and middle-eastern countries, has called for funding specific research into diseases affecting people in developing countries (WHO, 2012; Conalogue et al., 2017).

The United Kingdom International Development Department supports the importance of research investments as an important element of development and is the second largest government supporter of product development research (Conalogue et al., 2017; Policy Cures, 2017).

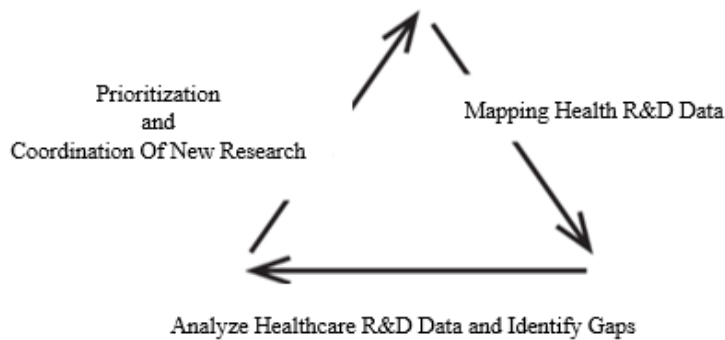
The USA International Development Agency (USAID) is working with the WHO on Global Health Research and Development Strategies to solve the world's most demanding health and development problems. However, the results demonstrated that the health R&D investments made in world-wide are not in line with the demands and needs of the global public health; at the same time have shown that the policies towards the development and monitoring of the Sustainable Development Goals (SDGs) on the world-wide cannot be sufficient on their own.

From this perspective, health R&D activities to harmonize with health needs, to ensure the efficiency of allocation in resources; the need to evaluate health R&D activities on a common platform; a Global Health Research and Development Observatory was established by WHO.

The Global Health R&D Observatory is a global-level initiative that aims to help identify Health R&D priorities according to public health needs and in WHA 66.22 decision; it aims to support the coordination, monitoring and analysis of health R&D requirements of developing countries and coordinated actions in health R&D based on existing data collection mechanisms (WHO, 2023).

In this context, SDGs related to health R&D were determined. The Global Health R&D Observatory identified two targets and two indicators, namely SDG Target 3.b and b2 and SDG Target 9.5, and described its function as below (Figure:1):

**Figure 1. Public Needs Based Research-Development Cycle**



**Reference :** [www.who.int/research-observatory](http://www.who.int/research-observatory)

The ultimate goal of the international and national regulations for the development of the health R&D field is to address the health R&D field with a holistic approach and to manage its activities in line with the needs in this area. At the same time WHO emphasizes the need for lack of literature to be developed in the health R&D activities (WHA, 2013). In the literature, however, the studies reveal the health R&D activities in the world, the investments made in this field with the economic growth, and the benefits provided to the country's economies are almost nonexistent worldwide.

Evaluation of R&D expenditures as total on a global scale, having insufficient analyzes in terms of R&D expenditures and studies of R&D Expenditures are especially being related to on education, energy and defense expenditures, otherwise this condition reveals the literature gaps' in health R&D activities and investments.

Health R&D field; when we evaluate health as the main activity that meets of the necessity of developed in integrity, to analyze the effect of health R&D expenditures on economic growth

worldwide; we believe that the national/international regulations in this field will have a significant contribution to the health R&D literature and will be guided to development of plans and programs in this field.

## **II. METHODOLOGY**

Health R&D activities have features that include information, technology, human capital, and public investments together, which are discussed under separate headings in modern and internal growth theories. So this study had being evaluated as an internal economic growth model within the framework of health R&D activities that reveal the importance of health and technology together. In this context, the impact of health R&D expenditures on economic growth was intended to be analyzed on a world scale. The main hypothesis of this study was defined as:

**H<sub>1</sub>:** The impact of Health R&D expenditures on economic growth was positive.

In the analysis panel data method was used to determine the relationship between GDP and health R&D expenditures. The analyzes were done in four main stages. In the first stage, variables' descriptive information was given, then the econometric model significance was done by using the Least Squares Method. In the following stage, unit root tests were applied to the variables to determine the stationary degrees. In the third stage the length of the lag was determined and the Granger causality test was used to determine the causality relationship between the variables. In the fourth stage; co-integration and coefficients of the variables were analyzed by using co-integration tests, Dynamic Least Square (DOLS) and Fully Modified Ordinary Least Square (FMOLS) tests to determine the health R&D expenditures effect on PGDP.

### **2.1. Statistical Analysis**

The econometric analysis was done by using Eviews 10 Statistics program (Eviews 10, IHS Global Inc., 4521 Campus Drive, #336, Irvine, CA 92612).

### **2.2. Ethical Approval**

This study was an empirical analysis and the data of study were taken from Worldbank database and unesco.org; therefore, Ethics Committee Approval was not required in the study.

### **2.3. Panel data analysis**

Econometric data are defined as time series, cross-sectional data and panel data. The difference of the panel data from the horizontal (M) and time series (T); the panel data are both horizontal (space) and time-sized data. If the unit referred to in a panel data set is equal to the same number of observations are named balanced panel, if not equal it is named unbalanced panel. If the number of time in the data is more than the number of horizontal sections ( $M > T$ ) the panel is named Short Panel, if not ( $M < T$ ) the panel is named the Long Panel. A series of econometric programs (Like Eviews, PcGive, Stata etc.) are used for estimating panel data. Gujarati and Porter (2009) stated that panel usage is becoming more widespread and they explain to this issue based on Baltagi (2005);

- It is possible to estimate the countries, households, companies, etc. which are accepted as individual over the years by keeping within the time dimensions
- Using horizontal section and time series together provides more informative, less multiple linearity, more variable, more degrees of freedom and efficiency in analyses
- In some work areas, these data are more appropriate to include change Dynamics
- Panel data produces and measures much more effects than horizontal sections and time series
- These series are suitable for studies on more complex behavior models in econometric theory
- It has the ability to use a lot of data together more easily (Gujarati and Porter, 2009).

## 2.4. Unit root test

Unit root testing is an analysis method used to determine the stability of time series. Series which varying mean and variance over time are named as non-stationary unit root series. If the series are not stationary; there could be seasonal effects, trend, conjunctival fluctuations. Unreliable results are obtained in the estimation of non-stationary series in Least Squares. For this reason, in order to be able to make an analysis with an accurate model, the difference of series are taken until the same degree is stationary. The point to be considered here is that while taking the difference process to stationary of the series, there may be a risk of losing the long term relationship in the model. Therefore, I (0) or I (1) levels are generally preferred in international studies (Baltagi, 2005).

In panel data analysis the unit root tests are used as individual and common unit root tests. In the first group, individual unit root tests are called Fisher-oriented tests (such as ADF and PP tests) and Im, Peseran, Shin (2003); common unit root tests are named Breitung (2000), Levin-Lin-Chu (2002) and Hadri (2000) unit root tests.

## 2.5. Granger causality test

Causality is the expression of a situation arising from the relationship between result and reason. Statistically, strong relationship between the two variables does not mean a causality. In statistically, the relationship is a expression of togetherness but causality is, above all, based on a theoretical explanation (Ertek, 1996).

Granger causality analysis; if there is a time-delayed relationship between the two variables, is one of the tests used to determine the direction of the causality relationship statistically. Granger causality analysis is based on the following assumptions;

- The future is not the cause of the past, but absolute causality is possible if the past causes the present or the future. The cause always occurs before the result, so between the cause and the result requires a time delay.
- Causality can be determined for a group of stochastic processes; It is not possible to know the causality between two deterministic processes (İşığışık, 1994).

Granger causality analysis is one of many causality tests (Granger, 1969). Therefore, when interpreting results when using this test comments are made; "Granger type causality" or "Granger is the cause of". In addition, the Granger causality test between two variables (two variables in our example) is based on the assumption that these variables are in a time relationship. Thus, there can be four results:

- X is the Granger cause of Y (Unidirectional Causality)
- Y is the Granger cause of X (Unidirectional Causality)
- Both 1 and 2 occurrences (Bidirectional Causality)
- No causality.

## 2.6. Cointegration analysis

Cointegration analysis is a technique developed to reveal the long-term relationship between non-stationary series in the analysis of econometric data. In the analysis, it is subjected to serial unit root analysis of the error term estimated with the help of LS. That is, if two series I (0) are detected stationary; the series are interpreted to be cointegration and there is a long-run equilibrium relationship between them. There are a number of methods for panel cointegration testing. These are Pedroni (1999, 2004), Kao (1999) and Fisher Type (Maddala and Wu 1999) tests using Johansen's test methodology are used.



## 2.7. DOLS and FMOLS Tests

Panel FMOLS and Panel DOLS tests have been carried out including “within- and between-group FMOLS and DOLS” estimators. Among the panel estimators, the FMOLS and DOLS are the mostly used (Yorucu and Kırıkkaleli, 2017). After determining the cointegration relationship between GDP and PHRDE, FMOLS and DOLS tests were applied to determine the existence of a long-term equilibrium relationship. OLS estimates can give biased and inconsistent results in co-integrated panels. Therefore, Pedroni suggested DOLS and FMOLS, which include dynamic and interdimensional “group mean”. These prediction tests provide greater flexibility in the presence of heterogeneity in the cointegrated vectors studied. According to Harris and Sorris (2003), While FMOLS tests are used as a non-parametric approach in correcting serial correlation, DOLS tests are considered as a parametric approach in which delayed first derivative series are estimated. In the DOLS estimator, the residuals are incremented by the lagged values, leading and simultaneous values of the regressors. The literature suggests that the between-group estimators are preferable to the within-group estimators for a number of reasons (Pedroni, 1999; Pedroni, 2001; Harris and Solis, 2003; Yorucu and Kırıkkaleli, 2017).

## 2.8. Defining variables

The variables used in the model description; with the GDP ratios of the countries covered by the study in 2004-2019, health R&D expenditures had been determined (Table: 2).

**Table 2. Defining Variables**

Variables	Description	Source	Abbreviation
<b>GDP</b>	in the country's t period GDP per capita	Worldbank	PGDP
<b>Health R&amp;D Expenditure</b>	in the country's t period Per capita Health R&D Expenditure	Unesco	PHRDE

In the study, the Per Capita Gross Domestic Product (PGDP) values of the countries with health R&D expenditure data was used according to the PPP\$ was used. Only 10 countries at 26 country had health R&D expenditures data between 2004-2019. These countries were Czech Republic, Hungary, Korea, Poland, Portugal, Slovakia, Turkey, Romania, Russia and South Africa. The data on Health R&D Expenditure was calculated according to the PPP\$ for 2004-2019 was divided by the population of the countries between 2004-2019 and the Per capita health R&D Expenditure was calculated.

## III. EMPIRICAL RESULTS

In the analysis, 10 countries and 2004-2019 years with regular data in the field of health R&D Expenditure was analyzed. PGDP mean was  $14497.68 \pm 6380.183$  (min: 3494.95; max: 33436.92); PHRDE mean was  $28.99 \pm 28.78$  (min: 2.56; max: 170.15).

The analyze method was Panel Data Analysis. The number of horizontal sections (M) in our panel analysis was 10 (ten). The time dimension (T) of our model was 15 (fifteen). As the subject units were equal to the same number of observations, our panel was defined as Balanced Panel Analysis. As our number of horizontal sections (countries) was less than the number of times' periods, our panel was evaluated as Long Panel. In the study, equation was defined as:

$$PGDP = f(PHRDE)$$

In our model, PGDP was considered dependent variable, PHRDE was considered as independent variables. In order to analyzed the significance and explanation power of the model, the relationship between the dependent variable PGDP with PHRDE was tested by Panel Least Square method. The econometric model equation' was established as follows:

$$PGDP = C(1)*PHRDE + C(2) + [CX=F]$$

$$PGDP = 72.7429*PHRDE + 12388.18 + [CX=F]$$

R-squared and Adjusted R-squared values are indicating the explanation power of the model. The closer the R-value to 1, the higher the explanation power of the model. The power of the model was high cause of R and R2 was 99 %. besides this results, the relationships between dependent variables and independent variable was significant in all series. Therefore, the model based on the study was significant according to the fixed effects model (Table: 3).

**Table 3. Panel Least Square Test**

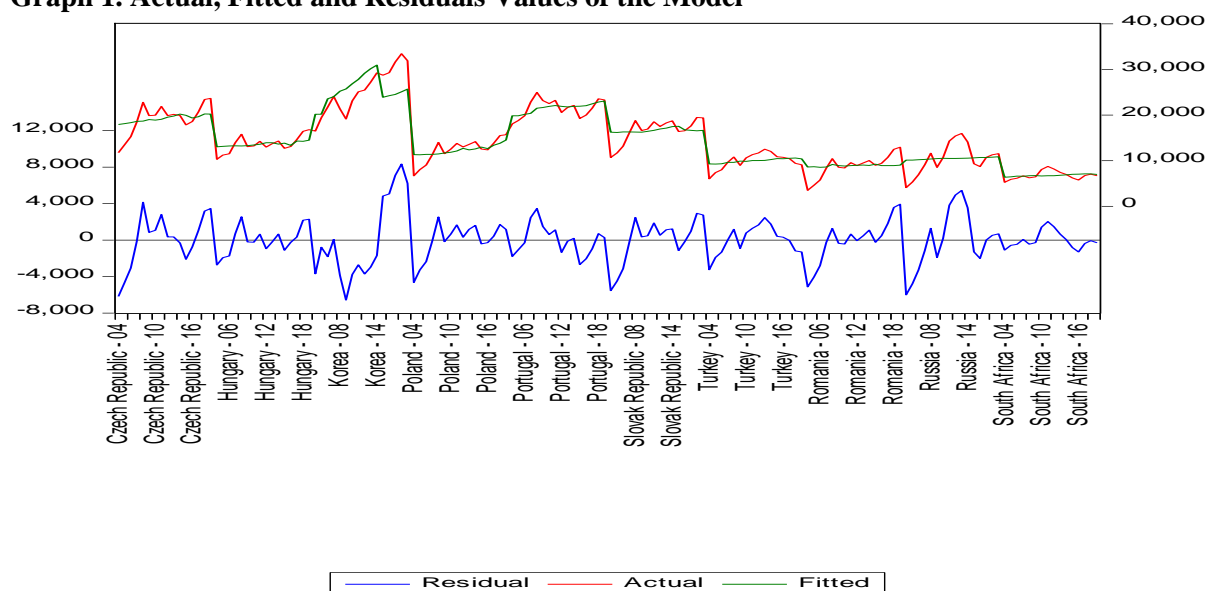
The dependent variable: PGDP				
Variables	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
PHRDE	72.7429	3.2453	22.4082	0.0000*
C	12388.18	114.7521	107.9561	0.0000*
R-squared	0.9967	<b>Hausmann Test results</b>		0.0172**
Adjusted R-squared	0.9966	<b>Normality test results</b>		0.6192
F-statistic	4614.452	<b>Pesaran CD</b>		0.9943
Prob(F-statistic)	0.0000*	<b>Durbin-Watson stat</b>		1.6019

Numbers in parenthesis were probabilities; \*,\*\* significance at 1% and %5 level respectively; according to Hausmann test result; we estimated model in fixed effects model; GLS Weights Cross-section SUR; Coef Covariance method: Cross-section weights (PCSE).

**Reference :** Own calculations based on UNESCO and World Bank

The graphical view of the model established in the research is presented in Graph 1. According to Graph 1, the estimated values of the variables are shown in green, the actual values in red, and the residual values in blue. The closeness of the actual values (red) and the predicted values (green) showed that the model was also compatible.

**Graph 1. Actual, Fitted and Residuals Values of the Model**



The most important assumption of Granger causality analysis and cointegration tests; the series of variables must be stationary. To revealed the stationary of the variables, unit root tests were done. According to Table 4, five type unit root tests results were showed. These tests were IM, Pesaran and Shin W-stat. test, Levin, Lin ve Chu Test (LLC), Breitung t-stat, PP Fisher Chi-square, ADF Fisher Chi-square tests. According to findings, the stationarity of the GDP series was determined at Level value according to LLC, Im et al, PP Fisher Chi-square, ADF Fisher Chi-square tests. In 1. Difference

I(1) all the series were stationary at individual effects, individual effects trend and none model all the unit root test. In the analysis series I(1) was used in the causality and cointegration analysis (Table: 4).

The second assumption to be determined in causality and cointegration analysis is to determine the lag length. In order to determine the lag length of the variables in the research model, the VAR model was defined and the equations were estimated. The maximum length of the model was found to be 0,4,5,6 (Table 4).

**Table 4: Results of the Unit Root and Lag Length Test**

<b>A. Unit Root Tests</b>							
			<b>LLC</b>	<b>Breitung t-stat</b>	<b>Im et al.</b>	<b>ADF</b>	<b>PP</b>
<b>GDP</b>	Level	Individual Effects	0.0002*	-	0.0192	0.0466**	0.0127*
		Individual Effects-Trends	0.0001*	0.2304	0.1241	0.1450	0.5404
		None	0.9621	-	-	0.9999	1.0000
	1.diff.	Individual Effects	0.0000*	-	0.0000*	0.0000*	0.0000*
		Individual Effects-Trends	0.0000*	0.0000*	0.0008*	0.0020*	0.0000*
		None	0.0000*	-	-	0.0000*	0.0000*
<b>PHRDE</b>	Level	Individual Effects	0.0632***	-	0.8299	0.7526	0.8582
		Individual Effects-Trends	0.4105	0.5298	0.7619	0.8275	0.8190
		None	0.9999	-	-	1.0000	1.0000
	1.diff.	Individual Effects	0.0006*	-	0.0006*	0.0019*	0.0000*
		Individual Effects-Trends	0.0156**	0.0430**	0.0371**	0.0418**	0.0000*
		None	0.0000*	-	-	0.0000*	0.0000*
*, **, *** significance at 1%, 5%, 10% level respectively.							
<b>B. Lag Length Criteria of VAR Model</b>							
<b>Lag</b>	<b>LogL</b>	<b>LR</b>	<b>FPE</b>	<b>AIC</b>	<b>SC</b>	<b>HQ</b>	
0	-1121.739	NA	2.40e+08	24.97199	25.02754*	24.99439	
1	-1119.730	3.884493	2.51e+08	25.01622	25.18288	25.08343	
2	-1113.126	12.47388	2.37e+08	24.95836	25.23612	25.07037	
3	-1109.362	6.942989	2.38e+08	24.96360	25.35246	25.12041	
4	-1096.222	23.65251	1.95e+08	24.76048	25.26045	24.96210*	
5	-1090.481	10.07840*	1.87e+08	24.72180	25.33286	24.96821	
6	-1085.101	9.206064	1.82e+08*	24.69113*	25.41329	24.98235	
* indicates lag order selected by the criterion: *LR: sequential modified LR test statistic (each test at 5% level), FPE: Final prediction error, AIC: Akaike information criterion, SC: Schwarz information criterion, HQ: Hannan-Quinn information criterion; RootTest: 0.1949-0.5410.							

**Reference :** Own calculations based on UNESCO and World Bank

After determining that all of the variables are I(1) by the unit root test, the long-term relationship was investigated by Johansen cointegration analysis. To test whether there is a long-term relationship between the variables, eigenvalue (max-eigen value) and trace statistics are used. While investigating the long-term relationship between the variables with the Johansen cointegration test, the 5th length was applied to determine the lag length of the VAR model. According to the results of Johansen (1988) cointegration tests; trace test statistic of H0 hypothesis (r=0), which states that there is no

cointegration between PGDP and PHRDE, was found to be 44.18835. Since this value is greater than the critical value of 15.49471 at the 5% significance level, the null hypothesis was rejected and Trace test indicates 2 cointegrating eqn(s) at the 0.05 level (Table: 5).

In the next step, in Table 5 DOLS and FMOLS tests for cointegrated panels estimation results were given. According to the DOLS coefficient estimation results, Health R&D expenditures were effective on economic growth positively and 1 unit increase in health R&D expenditures at 5% significance level increases economic growth by 25.40 units. According to the FMOLS coefficient estimation results, Health R&D expenditures were effective on economic growth positively and 1 unit increase in health R&D expenditures at 1% significance level increases economic growth by 16.43 units. In summary, the main findings obtained from DOLS and FMOLS methods was confirmed the positive impact of Health R&D expenditures on economic growth.

Although the cointegration test results show that there is a long-term relationship between the variables, they do not provide information about the direction of causality. For this reason, Granger causality analysis was applied in the VAR model and it was determined that there was a bidirectional causality relationship between Health R&D expenditures and GDP. In addition, the diagnostic tests of the causality test results confirmed that the analysis was valid (Table 5).

**Table 5: Cointegration and Casuality Tests**

<b>A . Cointegration Test</b>				
	<b>Eigenvalue</b>	<b>Trace Statistic</b>	<b>0.05 Critical Value</b>	<b>Prob.</b>
None*	0.258126	44.18835	15.49471	0.0000
At Most 1*	0.175028	17.31655	3.841666	0.0000
Trace test indicates 2 cointegrating eqn(s) at the 0.05 level; * denotes rejection of the hypothesis at the 0.05 level; unit root test: 0.640061- 0.816937.				
<b>B. DOLS and FMOLS Estimations Results</b>				
<b>The Dependent variable: PGDP</b>				
<b>PHRDE</b>	<b>DOLS</b>		<b>FMOLS</b>	
	Coefficient	t-Statistic	Coefficient	t-Statistic
	25.40565	2.687610	16.43050	132.7036
	(0.0118)** R <sup>2</sup> ->79 %		(0.0000)* ; R <sup>2</sup> -> 0.036 %	
Note: Probability of the values were in parenthesis. In the DOLS estimation method, lead and lag were set as 4 HQ maxlags; Bartlett kernel, Newey-West fixed bandwidth; significance at *1% and **5%.				
<b>C. Granger Casuality/Block Exogeneity Wald Tests</b>				
<b>Hipotesis</b>	<b>Probability</b>	<b>Result</b>	<b>Decision</b>	<b>Interpretation Of The Result</b>
PHRDE $\neq$ PGDP	0.0001*	Rejected	PHRDE was the Granger cause of PGDP	Economic Growth $\longleftrightarrow$ Health R&D Expenditures
PGDP $\neq$ PHRDE	0.0479**	Rejected	PGDP was the Granger cause of PHRDE	
Roots of Characteristic Polynomial: 0.6401-0.8169; Serial Correlation LM Tests: 0.0966; Normality Tests: 0.3240; Heteroskedasticity Tests: 0.0713; significance at *1% and **5%.				

**Reference :** Own calculations based on UNESCO and World Bank

#### IV. CONCLUSION AND DISCUSSION

The relationship between technology and economic growth is related to income and R&D activities in high-income countries increase economic growth (Goel and Ram, 1994; Gittleman and Wolf, 1995;

Sylwester, 2001; Amaghous and Ibourk, 2013; Gümüş and Çelikay, 2015; Aybarç and Selim, 2017). R&D activities of public, private and foreign sectors are also determinants of growth (Guellec and Potterie, 2004; Khan et al., 2010). Efficient use of R&D expenditures provides better economic growth performance to countries (Wang, 2007; Alene, 2010). At the same time, studies show that private R&D investments are more effective than public investments (Lichtenberg, 1992; Goel et al., 2008). Commercial activities in this area contribute to economic growth by spreading information (Guellec and Potterie, 2001; Luintel and Khan, 2005; Sadraoui et al., 2014; Tunalı and Erbelet, 2017).

This paper's aim was to analyze relationship between gross domestic product and its determiner as PHRDE using panel data for 10 countries over the period 2004-2019 within a multivariate framework. According to the basic findings obtained from the analysis; i) According to Granger causality analysis, the bidirectional causality between economic growth and PHRDE was determined. ii) The results of the panel cointegration tests confirmed the existence of a long-term relationship between economic growth and PHRDE. iii) The FMOLS coefficient estimation results indicated that PHRDE had positive effects on economic growth. iv) DOLS coefficient estimation results showed the positive effects of HRDE on economic growth.

Between the health R&D expenditures and GDP; a bidirectional causality relationship was determined. Besides this result was considered consistent with the two-way causality relationship between R&D expenditures and GDP determined in the literature (Gülmez and Yardımcıoğlu, 2012; Güloğlu and Tekin, 2012; Türedi, 2016; Zaman et al., 2018). At the same time Blanco et al. (2013) reported that there was a cointegration relationship between R&D and economic growth reported in the literature (Gülmez and Yardımcıoğlu, 2012; Blanco, 2013; Zaman et al., 2018). So this result was consistent with the results of this study.

Generally the relationship between Health R&D expenditures and GDP was found significant according to R&D expenditures and GDP related literature (Lichtenberg, 1992; Goel and Ram, 1994; Gittleman and Wolff, 1995; Guellec and Potterie, 2004; Luintel and Khan, 2005; Falk 2007; Wang, 2007; Genç and Atasoy, 2010; Khan et al., 2010; Horvath 2011; Gyekye et al., 2012; Özcan and Arı, 2014; Gümüş and Çelikay, 2015).

The findings of this study, which demonstrates the current state of health R&D activities in the world, support our economic growth hypothesis based on health R&D activities and therefore the main hypothesis of this study was that the impact of health R&D Expenditures' affects on Economic Growth Positively hypothesis was accepted.

Health R&D activities should be evaluated as a strategic sector in terms of extending the expected life span, increasing the quality of life, developing and producing high value added products, employing highly qualified employees and providing technological and scientific contributions in the medical field. As a result of policies pursued towards health promotion on a world scale, the years lost to disease in the world<sup>‡</sup> was a 44 % increase in non-communicable diseases from 1990 to 2019; besides this finding in communicable diseases and injuries, that decreased by 44 % and 7.8 %, respectively. Besides this, from the macroeconomic point of view, between 1990-2019 the world population and life expectancy at birth increased by 46.3 %, and 12.3 % respectively; and this can cause to increase in the burden of diseases following years. From this perspective, it is also clear that direct health expenditures, indirect labor losses, and early deaths will include significant burdens in the economies of countries.

In addition to the international success achieved in health performance indicators through SDGs on a world scale, it is predicted that developing health research activities to build a sustainable health economy to control the costs of the current burden of diseases and diagnostic-therapeutic health

---

<sup>‡</sup> <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/> veri tabanında yer alan bilgilerden faydalanılarak yazarlar tarafından hesaplanmıştır.

services. For this reason, in developing countries it is important to plan health R&D activities sector-oriented with include all stakeholders to expand their health R&D investments and activities.

Health R&D activities have features that include information, technology, human capital, and public investments together, which are discussed under four separate headings in modern growth theories. From this perspective, evaluating the results obtained from Health R&D investments supporting economic growth could be received as an internal economic growth model based on Health R&D (the fifth heading in the modern growth theories) was thought to contribute to the economic literature.

In the development of technological innovations in the field of health, in the production of high value-added products and in the increase of their exports, in the reduction of the importation of medicines/medical devices and equipment, in the construction of the systems to control the disease burden of the nations on their own; to create a strong and sustainable health economy with using the direct and indirect effects of health R&D expenditure/investments on human capital, dealt with rationally and current analyzes health R&D indicators' that can be monitored together in the health R&D models' with economic growth; it is foreseen that this study which puts the importance of health R&D activities at the national and international level, will contribute to the literature, researchers, health politicians, academicians and all institutions/organizations operating in the health R&D field different specific suggestions.

**Ethical Approval:** This study was an empirical analysis and the data of study were taken from Worldbank database and unesco.org; therefore, Ethics Committee Approval was not required in the study.

## REFERENCES

- Access Economics (2003). *Exceptional returns the value of investing in health R&D in Aaustralia*. The Australian Society for Medical Research, Canberra.
- Alene, A.D. (2010).Productivity growth and the effects of research and development in African agriculture. *Agricultural Economics*,(41),223–238. <https://doi.org/10.1111/j.1574-0862.2010.00450.x>.
- Amaghous, J., & Ibourk, A. (2013). Entrepreneurial activities, innovation and economic growth: the role of cyclical factors evidence from OECD countries for the period 2001-2009. *International Business Research*, 6(1),153-165. doi:10.5539/ibr.v6n1p153.
- Arslanhan, S. (2012). *Biyoekonomiye doğru: Türkiye bu sürecin neresinde?* Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı.
- Aybarç, S., & Selim, S. (2017). Seçilmiş OECD ülkelerinde ar-ge faaliyetlerine yönelik kamu harcamalarının karşılaştırmalı etkinlik analizi. *Girişimcilik ve Kalkınma Dergisi*, 12(2),1-15.
- Baltagi B.H. (2005). *Econometric analysis of panel data*. 3rd ed. John Wiley and Sons, New York, ISBN-13 978-0-470-01456-1.
- Blanco, L., Prieger, J., & Gu, J. (2013).The impact of research and development on economic growth and productivity in the US States. *Pepperdine University, School of Public Policy Working Paper Series*, n:48.
- Chinta, S., Rodriguez-Guerra, M., Shaban, M., Pandey, N., Jaquez-Duran, M., & Vittorio, T. J. (2023). COVID-19 therapy and vaccination: a clinical narrative review. *Drugs Context*. pp.1-11 <https://doi.org/10.7573/dic.2022-7-2>

- Coe, D. T., & Helpman, E. (1995). International R&D spillovers. *European Economic Review*, 39(5), 859-887.
- Conalogue, D.M., Kinn, S., Mulligan, JA. et al. (2017). International consultation on long-term global health research priorities, research capacity and research uptake in developing countries. *Health Research Policy and Systems*, 15(24), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12961-017-0181-0>.
- Ertek, T.(1996). *Ekonometriye giriş*. İkinci basım, Beta Yayınları. İstanbul.
- Falk, M. (2007). Research and development spending in the high-tech sector and economic growth. *Research in Economics*, 61(3),140-147. <https://doi.org/10.1016/j.rie.2007.05.002>.
- Freire-Seren, M. (2001), R&D-expenditure in an endogenous growth model. *Journal of Economics*, 74(1),39-62.
- Genç, M.C., & Atasoy, Y. (2010). Ar-Ge harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: panel veri analizi. *The Journal of Knowledge Economy and Knowledge Management*,5(2), 27-34.
- Gittleman, M., & Wolff, E. (1995). Research and development activity and cross country growth comparisons. *Cambridge Journal of Economics*,19(1),189–207. <http://www.jstor.org/stable/23599572>.
- Goel, R.K., & Ram, R. (1994). Research and development expenditures and economic growth: a cross- country study. *Economic Development and Cultural Change*, 42(2), 403-11. <http://dx.doi.org/10.1086/452087>.
- Goel, R.K., Payne, E.J., & Ram, R. (2008). Research and development expenditures and US economic growth: a disaggregated approach. *Journal of Policy Modeling*, 30(2), 237-250. <https://doi.org/10.1016/j.jpolmod.2007.04.008>.
- Granger, C.W. (1969). Investigating causal relations by econometric models and cross-spectral methods. *Econometrica*, 37(3),424-438.
- Guellec, D., & Van Pottelsberghe de la Potterie, B. (2004). From research and development to productivity growth: do the Institutional settings and the source of funds of research and development matter? *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 66(3),305-378. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0084.2004.00083.x>
- Guellec, D., & Van Pottelsberghe de la Potterie, B. (2001). *Research, development and productivity growth: panel data analysis of 16 OECD Countries*. OECD Economic Studies, no: 33,103-126.
- Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2009). *Basic econometrics*. 5th ed., McGraw-Hill Book Co. New York. 592-593 ISBN 978-0-07-337577-9.
- Gülmez, A., & Yardımcıoğlu, F. (2012). OECD ülkelerinde ar-ge harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: panel eşbütünleşme ve panel nedensellik analizi (1990-2010). *Maliye Dergisi*, 163,335-353.
- Güloğlu, B., Tekin, R.B. (2012).A panel casualty analysis of the relationship among research and development,innovation, and economic growth in high-income OECD countries. *Eurasian Economic Review*, 2(1), 32-47. <https://doi.org/10.14208/BF03353831>
- Gümüş, E., & Çelikay, F. (2015). ar-ge harcamaları ve ekonomik büyüme: yeni ampirik kanıtlar. *The Journal of Applied Economic Research*, 9(3), 205–217. <https://doi.org/10.1177/0973801015579753>



- Gyekye, A., Oseifuah, E., & Quarshie, G. (2012). The impact of research and development on socio-economic development: perspectives from selected developing economies. *Journal of Emerging Trends in Economics and Management Sciences*, 3(6), 915-922. <https://hdl.handle.net/10520/EJC130253>.
- Harris, R., & Sollis, R. (2003). *Applied time series modelling and forecasting*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Horvath, R. (2011). Research and development and growth: a bayesian model averaging analysis. *Economic Modelling*, 28(6), 2669-2673. DOI: 10.1016/j.econmod.2011.08.007
- Işığçok, E. (1994). *Zaman serilerinde nedensellik çözümlemesi*. Uludağ Üniversitesi Basımevi, Bursa.
- Karagül, M. (2002). *Beşeri sermayenin iktisadi gelişmedeki rolü ve Türkiye'deki önemi*. Afyon: Afyonkarahisar Kocatepe Üniversitesi Yayınları. Yayın No. 37. 9757150487, 9789757150480.
- Khan, M., Luntel, K. B., & Theodoridis, K.(2010). *How robust is the research and development-productivity relationship? evidence from OECD countries*. WIPO Economic Research Working Paper Series, no: 1. [www.wipo.int/econ\\_stat](http://www.wipo.int/econ_stat).
- Kieny, M.P., Viergever, R., Adam, T., Boerma, T., & Rottingen, J. (2016). Global platform to inform investments for health research and development. *Lancet*, 387(10024):1157. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00705-4.
- Lichtenberg, F. R. (1992). *Research and development investment and international productivity differences*. NBER Working Paper Series, no. 4161. 10.3386/w4161
- Luntel KB, Khan M. (2005). *An empirical contribution to knowledge production and economic growth*. OECD Science, Technology and Industry Working Paper Series, no: 2005/10.
- Lusting, N. (2004). *Investing in health for economic development: the case of Mexico*. Helsinki: Wider Research Paper. The United Nations University World Institute for Development Economics Research; No. 2006/30. ISBN 9291907987.
- Ozawa, S., Clark, S., Portnoy, A., Grewal, S., Brenzel, L. and Damian G. (2016). Walker return on investment from childhood immunization in low and middle-income countries, 2011-20. *Health Affairs*, 35(2),199–207. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2015.1086>
- Orenstein W. A., Ahmed R. (2017). Vaccination saves lives. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA*, 114(16),4031-4033. doi: 10.1073/pnas.1704507114.
- Özcan, B., & Arı, A. (2014). Araştırma-geliştirme harcamaları ve ekonomik büyüme ilişkisi: panel veri analizi. *Maliye Dergisi*, 166, 39-55.
- Pedroni, P. (1999). Critical values for cointegration tests in heterogeneous panels with multiple regressors. *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 61(4), 653-670. <https://doi.org/10.1111/1468-0084.0610s1653>
- Pedroni, P. (2001), *Fully Modified OLS For Heterogeneous Cointegrated Panels*, Baltagi, B.H., Fomby, T.B. and Carter Hill, R. (Ed.) Nonstationary Panels, Panel Cointegration, and Dynamic Panels (Advances in Econometrics, Vol. 15), Emerald Group Publishing Limited, Bingley, pp. 93-130. [https://doi.org/10.1016/S0731-9053\(00\)15004-2](https://doi.org/10.1016/S0731-9053(00)15004-2)
- Policy Cures (2017). *G-Finder: neglected disease research and development: reflecting on a decade of global investment*. Policy Cures Research, Australia.



- Rottingen, J.A., Regmi, S., Eide, M., Young, A.J., Viergever, R. F., Ardal, C., & at all. (2013). Mapping of available health research and development data: what's there, what's missing, and what role is there for a global observatory. *Lancet*, 382(9900), 1286–307. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61046-6.
- Sadraoui, T., Tarek, B. A., & Deguachi, B. (2014). Testing for panel granger causality relationship between international r&d cooperation and economic growth. *International Journal of Econometrics and Financial Management*, 2(1), 7-21. doi: 10.12691/ijefm-2-1-2
- Statista. (2023). Number of coronavirus (COVID-19) cases worldwide as of May 2, 2023, by country or territory, <https://www.statista.com/statistics/1043366/novel-coronavirus-2019ncov-cases-worldwide-by-country/>. Accessed Time: 02.05.2023.
- Sylwester, K. (2001). R&D and economic growth. *Knowledge, Technology and Policy*, 13(4), 71-84. <https://doi.org/10.1007/BF02693991>.
- Taş, Ş., Taşar, İ., & Açı, Y. (2017). Ar-ge harcamaları ve ekonomik büyüme arasındaki ilişki: Türkiye örneği, *Ömer Halisdemir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(2), 197-206 ISSN: 2564-6931.
- The Academy Of Medical Science. (2014). *Medikal research: what's it worth? Estimating economic benefits of cancer-related research in the UK?*. Briefing Document, The Academy of Medical Science. [www.wellcome.ac.uk/economicbenefitscancer](http://www.wellcome.ac.uk/economicbenefitscancer).
- Tunalı, H., & Erbelet, E. (2017). Ekonomik büyüme ve sanayileşme ilişkisinde Kaldor yasasının Türkiye'deki geçerliliğinin analizi. *Kırklareli Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(1), 1-15.
- Türedi, S. (2016). The relationship between research and development expenditures, patent applications and growth: a dynamic panel causality analysis for OECD countries. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(1), 39-48.
- Wang, E.C. (2007). Research and development efficiency and economic performance: a cross-country analysis using the stochastic frontier approach. *Journal of Policy Modeling*, 29(2), 345-360. <https://doi.org/10.1016/j.jpolmod.2006.12.005>
- WHO. (2012). *Research and development to meet health needs in developing countries: strengthening global financing and coordination*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2023). <https://www.who.int/observatories/global-observatory-on-health-research-and-development/about/what-is-the-global-observatory-on-health-and-why-is-it-needed>. Accessed Time: 01.08.2023.
- WHA (2013). Follow up of the report of the consultative expert working group on research and development: financing and coordination. Agenda item 17.2 <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2013/WHA-66.22-Follow-up-of-report-of-CEWG.pdf>
- Yorucu, D., & Kırıkkaleli, V. (2017). Empirical modeling of education expenditures for balkans: evidence from panel FMOLS and DOLS estimations. *Revista de cercetare interventie sociala*, 56, 88-101.
- Zaman, K., Khan, H.U.R., Ahmad, M. and Aami, A.(2018). Research productivity and economic growth: a policy lesson learnt from across the globe. *Iranian Economic Review*, 22(3), 627-641.



ARAŞTIRMA MAKALESİ

HEKİM GÖÇÜNÜN TWİTTER PERSPEKTİFİNDEN İNCELENMESİ \*

Ahmet ALKAN \*\*

Mihriban GÜDER \*\*\*

Kevser Hüsna ÖZYILDIZ \*\*\*\*

Tuğçe DERE \*\*\*\*\*

ÖZ

Ülkemizde hekimlerin yurt dışında çalışma başvurularında ve bu niyetle istifalarında ciddi artış gözlenmektedir. Yurt dışına göç çeşitli nedenlere bağlanabilse de önemli nedenlerden biri toplumun hekim algısıdır. Bu anlamda hekim göçlerinin toplum tarafından nasıl algılandığının ortaya konulması önemlidir. Bu nedenle çalışmada hekimlerde beyin göçünün toplumsal yansımalarının belirlenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden netnografi tekniği kullanılmış ve Twitter’da yapılan paylaşımlar incelenmiştir. Bu doğrultuda #hekimgöçü #hekimbeyingöçü #hekimlergidiyor hashtagleri (gündemleçleri) ile “hekim göçü”, “hekim beyin göçü”, “hekim yurt dışı” kelimeleri geçen ve çalışma kapsamına dâhil edilen 640 tweet içerik analizine tabi tutulmuştur. Çalışmada önce kodlama yapılmış, sonra yakın anlamlı kodlar birbirleriyle ilişkilendirilerek alt tema ve temaların son hali elde edilmiştir. Çalışma sonucunda toplumsal yansımalar altı temaya ayrılmıştır. Bu altı tema ideolojik ve siyasi (hükümet desteğinin olmaması, yasadaki eksiklikler, siyasal liyakatsizlik gibi alt temalar), mesleki (itibar kaybı, meslekte gelecek kaygısı, hekimlerin değersizleştirilmesi gibi alt temalar), ekonomik (hak edilen maaşı almama, yurt içi refah seviyesinin düşüklüğü gibi alt temalar), iş gücü kaynaklı (hekim açığının ortaya çıkması, donanımlı hekimlerin gitmesi gibi alt temalar), sağlıkta şiddet kaynaklı (fiziksel şiddet, psikolojik şiddet, şiddetin cezazs kalması gibi alt temalar), çalışma koşullarından kaynaklı (yurt dışı iyi çalışma koşulları, iş gücü fazlalığı gibi alt temalar) söylemler şeklindedir. Sonuç olarak hekim göçünün toplumsal yansımalarında hekimlerin gitmesinden üzüntü duyanlar ile bunu çekip gitmek, kalıp mücadele etmemek, pes edip kaçmak, kolaya kaçmak şeklinde görülenler de bulunmaktadır. Tweetlerin geneline bakıldığında bazı kişiler hekimleri haklı görürken bazı kişiler tarafından hekimlere karşı değersizleştirmenin, yalnızlaştırmanın, itibarsızlaştırmanın ve ötekileştirmenin yapıldığı tespit edilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Hekim göçü, hekim beyin göçü, netnografi.


MAKALE HAKKINDA

\*Bu çalışma, 7. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresinde (16-19 Haziran 2022, İstanbul) sözlü olarak sunulmuştur.

\*\*Doç. Dr., Süleyman Demirel Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, ahmetalkan@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4964-8591>

\*\*\*Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, mihribanguder@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7123-2122>

\*\*\*\*Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, kevserozyildiz@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7580-0139>

\*\*\*\*\*Doktora Öğrencisi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, tugcedere@outlook.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3686-2396>

Gönderim Tarihi: 24.11.2022

Kabul Tarihi: 03.07.2023

**Atıfta Bulunmak İçin:**

Alkan, A., Güder, M., Özyıldız, K.H., & Dere, T.. (2023). Hekim göçünün Twitter perspektifinden incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 615-640

## EXAMINATION OF PHYSICIAN MIGRATION FROM THE PERSPECTIVE OF TWITTER \*

Ahmet ALKAN \*\*  
Mihriban GÜDER \*\*\*  
Kevser Hüsna ÖZYILDIZ \*\*\*\*  
Tuğçe DERE \*\*\*\*\*

### ABSTRACT


In our country, there is a significant increase in the applications of physicians to work abroad and their resignations with this intention. Although migration abroad can be attributed to various reasons, one of the important reasons is the perception of physicians by society. In this sense, it is important to reveal how physician migrations are perceived by society. For this reason, the study aims to determine the social repercussions of brain drain in physicians. In the study, netnography technique, one of the qualitative research methods, was used. In the study, the shares made on Twitter were examined. In this direction, 640 tweets with the hashtags #hekimgöçü #hekimbeyingöçü #hekimlergidiyor and the words “physician migration”, “physician brain drain”, “physician abroad” and included in the scope of the study were subjected to content analysis. In the study, coding was done first, then the close meaningful codes were associated with each other and the final state of the sub-themes and themes was obtained. As a result of the study, social reflections are divided into six themes. These six themes are ideological and political (sub-themes such as lack of government support, shortcomings in the law, lack of political merit), professional (sub-themes such as loss of reputation, anxiety about the future in the profession, devaluation of physicians), economic (sub-themes such as not receiving the deserved salary, low level of domestic welfare), labor-related (sub-themes such as the emergence of a shortage of physicians, the departure of equipped physicians), violence-related in health (sub-themes such as physical violence, psychological violence, impunity of violence), and working conditions-related (sub-themes such as good working conditions abroad, labor surplus) discourses. As a result, there are also those who are sad about the departure of physicians in the social reflections of physician migration and those who see it as walking away, staying and not fighting, giving up and running away, running away. Looking at the tweets in general, it has been found that while some people in society consider physicians justified, some people devalue, isolate, discredit and marginalize physicians.

**Keywords:** Physician migration, physician brain migration, netnography.

### ARTICLE INFO

\* This study was presented orally at the 7th International Health Sciences and Management Conference (June 16-19, 2022, Istanbul).

\*\*Assoc. Prof., Süleyman Demirel University Department of Health Management, ahmetalkan@sdu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4964-8591>

\*\*\*PhD Student, Süleyman Demirel University Department of Health Management, mihribanguder@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7123-2122>

\*\*\*\*PhD Student, Süleyman Demirel University Department of Health Management, kevserozyildiz@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7580-0139>

\*\*\*\*\*PhD Student, Süleyman Demirel University Department of Health Management, tugcedere@outlook.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3686-2396>

Received: 24.11.2022

Accepted: 03.07.2023

### Cite This Paper:

Alkan, A., Güder, M., Özyıldız, K.H., & Dere, T.. (2023). Hekim göçünün Twitter perspektifinden incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 615-640

## I. GİRİŞ

Göç; toplumsal, ekonomik, siyasal vb. nedenlerle insanların bireysel veya kitlesel şekilde yer değiştirmesi ya da yaşanılan yerin değiştirilmesi eylemidir (Güllüpnar, 2012). Asıl yerinden, ulaşılmak istenen yere hareket ise göçün başka bir tanımı olarak karşımıza çıkmaktadır (Karpaz, 2010). Göç kavramı özetle bireylerin çeşitli nedenlerden dolayı bireysel ya da toplu olarak bir yerden başka bir yere hareketliliğin olması olarak değerlendirilebilir (Alkan ve Erdem, 2019). Göçün farklı farklı çeşitleri bulunmakta ve değişik açılardan sınıflandırılmaktadır. Göç, göçe karar verme açısından zorunlu göç ve gönüllü göç; amacı açısından ekonomik göç-ekonomik olmayan göç; süresi açısından geçici göç-sürekli göç; ülke sınırları esasına göre, iç göç-dış göç; yasal statü açısından yasal göç-kaçak göç ve nitelik esasına göre göçler açısından işgücü göçü ve beyin göçü olarak farklı kategorilere ayrılmaktadır (Güllüpnar, 2012; Yılmaz, 2014; Altınöz, 2021).

Hekimler tarafından yapılan uluslararası göç beyin göçü ile ilişkilendirilmektedir (Bezuidenhout vd., 2009). Beyin göçü, iyi eğitim alan, üretken, kalifiye, nitelikli ve profesyonel işgücünün araştırma yapmak veya çalışmak amacıyla başka bir ülkeye gitmeleri olarak tanımlanmaktadır (Kaya, 2003). Hekimlerin de iyi eğitim almaları ve kalifiye meslek grubu içerisinde yer almaları sebebiyle mesleklerini başka bir ülkede icra etmek üzere göç etmeleri beyin göçü içerisinde değerlendirilebilir.

Yıldırım (2009) tarafından sağlık çalışanlarındaki göçün nedenleri ve bu alana yönelik talebin boyutunu belirleyen unsurlar üst plandaki unsurlar ve alt plandaki unsurlar olarak ikiye ayrılmıştır. Üst plandaki unsurlar, ekonomik ve politik faktörler, küreselleşme ve ticari liberalleşme, teknolojik gelişme, toplumun artan beklentileri, demografik eğilimler (nüfusun yaşlanması ve hastalık yapıları) ve Avrupa Birliği dinamikleri gibi küresel unsurları kapsamaktadır. Alt plandaki unsurlar ise bireyler açısından ülkelerin itici ve çekici güçlerinden oluşmaktadır. Bireylerin göç kararı alma konusundaki en yaygın yaklaşım olan itici ve çekici güçler yaklaşımı Everett Lee tarafından yazılan Bir Göç Teorisi (A Theory of Migration) isimli makaleye dayanmaktadır. Lee, göçlerin karakteristik temel ortak özelliklerini ortaya koymaya çalışmış ve göçe ait itici ve çekici faktörleri belirlemiştir. Bu faktörler; yaşanan yerle ilgili faktörler, gidilmesi düşünülen yerle ilgili faktörler, bireylerin karşılaştıkları engeller ve bireysel faktörler olmak üzere dört grupta ele alınmaktadır (Lee, 1966). İtme ve çekme kuramına göre hem yaşanılan yerde hem de gidilecek yerde, itici ve çekici faktörler bulunmaktadır ve bu faktörler bütünlük oluşturmaktadır. Kurama göre itme ve çekme faktörleri kişisel ve görecelidir. Bireyler arasındaki farklılıklardan dolayı bu faktörlerin itici veya çekici olarak değerlendirilmesi de değişiklik gösterecektir. Başka bir ifadeyle, itme çekme faktörleri karmaşık ve çok boyutlu sosyal unsurlardan etkilenmektedir ve bu faktörlerin içeriğinin belirlenmesi birçok etkene bağlıdır (Çağlayan, 2006). Sağlık çalışanları açısından bakıldığında itici faktörler içerisinde düşük ücret, olumsuz çalışma koşulları, ülkedeki kamu hastanelerindeki problemler, sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği, mesleki gelişim, sınırlı eğitim olanakları, sürekli eğitim eksikliği, iş memnuniyetsizliği, politik zorluklar, şiddet ve eziyet, güvenlik endişeleri, kendi ülkesinde gelecek görememe, mesleki ve siyasi baskı, düşük mesleki statü gibi unsurlar; çekici faktörler içerisinde ise daha iyi ekonomik faktörler, ileri eğitim fırsatları, daha iyi muamele ve çalışma koşulları, seyahat olanakları, daha kaliteli bir yaşam, kariyer fırsatları gibi unsurlar yer almaktadır (Sezer ve Yıldız, 2009; Yıldırım, 2009; Alkan ve Erdem, 2019).

Hekim, insan sağlığının sürdürülebilmesi, hastalık ve sakatlıkların önceden önlenmesi, iyileştirilmesi ve tedavisinde teknik ve bilimsel bilgileri araştıran, uygulayan ve eğitimini veren nitelikli kişidir. Bu nitelikleri onlara mesleksi bir hâkimiyet verirken tıbbi bilgiye sahip olma da ayrıcalıklı bir konum sağlamaktadır. Ancak günümüzde hekimlerin toplum içerisinde yer alan konumları zedelenmeye başlamıştır. Bu zedelenmenin temelinde hekimlerin ülkemizde ağır, yorucu ve riskli ortamlarda çalışmaları yer almaktadır (Kumaş ve Beyaztaş, 2007). Ağır çalışma koşulları yukarıda belirtildiği şekilde itici faktörlerin içerisinde yer aldığı gibi göç için itici ve çekici faktörleri de etkilemektedir. Hekimler çalışma koşullarının yanı sıra toplum tarafından algılanan imajlarından da etkilenmektedir. Metin ve Erdem tarafından toplumun hekime olan algısı incelenmiş ve toplum tarafından hekimlerin güvenilir ve inanılır ancak maddi menfaatlerini ön planda tutabilen, öfkeli ve

kibirli gibi olumsuz özellikleri olan kişiler olarak algılandığı saptanmıştır (Metin ve Erdem, 2019). Toplumda böyle bir imaja sahip hekimlerin kendilerini değersiz hissedebileceği ve mesleki açıdan da tatminsizlik duyabileceği ifade edilebilir. Ayrıca hekimlerin itibarının düşmesinde özellikle tıbbi bilgi tekelinin parçalanarak hasta tarafından elde edilebilir hale gelmesi etkili olmuştur. Buna ek olarak hekimlerin ekonomik ve siyasi olarak kullanılması da hekimliğin değerini zedelemiş ve hekimleri karamsarlığa sürüklemiştir (Yıldırım, 2013). Ayrıca son zamanlarda toplumun hekimlere yönelik olumsuz düşünceleri ve davranışlarının bir sonucu olarak şiddet vakaları da artmıştır. Artan şiddet vakalarının, hekimlerin toplum nezdinde düşen itibarlarının ve imajlarının hekimleri karamsarlığa ve beraberinde göçe yönlendirdiği ifade edilebilir.

Genel olarak bakıldığında hekim göçlerinin her dönem yaşandığı söylenebilir. Türk Tabipler Birliği 2022 Çalışma Raporunda yurt dışında çalışmak için belge alan hekim sayısının yıllara göre dağılımı incelendiğinde 2012 yılında 59 hekimin, 2013 yılında 90 hekimin, 2014 yılında 118 hekimin başvurduğu ancak son altı yedi yılda bu artışın anormal bir şekilde yaşandığı gözükmektedir. 2016 yılında yurtdışında çalışmak için belge almak isteyen hekim sayısı 245 iken 2017 yılında bu sayı %96,73 artış göstererek 482'ye yükselmiştir. 2019 yılında 1047 hekim, 2020 yılında da 932 hekim bu belgeye müracaat etmiştir. Bu raporda ayrıca son on yılda yurt dışı hekim göçünün 24 kat arttığı tespit edilmiştir. Sadece bir ay içerisinde 197 hekimin Türk Tabipler Birliği'ne yurt dışında çalışma belgesi için başvurduğu, bu sayının 2012 yılında yapılan toplam başvurunun üç katından fazla olduğu görülmüştür (Türk Tabipleri Birliği, 2022). Bu oran özellikle günümüzde hekim göçünün çok fazla meydana geldiğini ve bu durumun toplumda sıklıkla konuşulan konular arasında yer aldığını göstermektedir. Hekim göçlerinin birçok nedeni olduğu yukarıda ifade edilmişti. Hekimlerin gidişinin altında yatan nedenlerin neler olduğunun, toplumun bu durumu nasıl değerlendirdiğinin kamuoyu gözünden ele alınması ve bu sayede hekimin toplumsal algısının nasıl olduğunun ortaya konulması bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Bu sayede hekimlerin ve halkın gözünden göç olgusu incelenebilecek ve bu göçe sebep olabilen faktörler ortaya çıkarılabilecektir.

## II. GEREÇ VE YÖNTEMLER

Çalışmada nitel araştırma yöntemi kullanılmış ve bu minvalde netnografi tekniğinden yararlanılmıştır. Netnografi internet üzerinden yapılan nitel araştırma yöntemlerinden biridir (Yıldırım ve Şimşek, 2021). Kısaca internette etnografya olarak ifade edilen netnografi, bilgisayarların kullanıldığı iletişim sonucunda ortaya çıkan toplulukları ve kültürleri incelemek amacıyla etnografi (kültür analizi) araştırma tekniklerini uyarlamaktadır (Kozinets, 2002). Veri kaynağı olarak kamuya açık forumlarda hazır halde bulunan bilgileri kullanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2021). Bu nedenle, bu bilgi kaynaklarına sürekli olarak erişime imkân tanımaktadır (Kozinets, 2002).

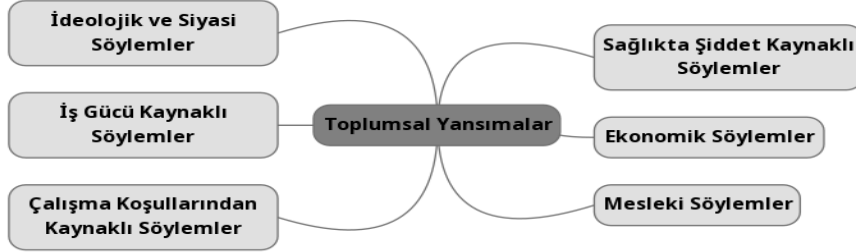
Instagram, Twitter, Facebook gibi sosyal medya platformlarının da bu bilgi kaynaklarından olduğu söylenilebilir. Bu doğrultuda, hekimlerde beyin göçünün toplumsal yansımalarının ortaya çıkarılması amaçlanan bu çalışmada Twitter'da yapılan paylaşımlar incelenmiştir. Çalışmanın problem cümlesini "Hekimlerde beyin göçünün Twitter'daki toplumsal yansımaları nedir?" sorusu oluşturmaktadır. Bu doğrultuda #hekimgöçü #hekimbeyingöçü #hekimlergidiyor hashtagleri (gündemleç) ile "hekim göçü", "hekim beyin göçü", "hekim yurt dışı", kelimeleri geçen ve çalışmanın yapıldığı tarih olmasından dolayı 31.05.2022 tarihine kadar olan tweetler ilk olarak araştırmacılar tarafından excell dosyasına çekilmiştir. Tweetlerin 2013 yılına kadar uzandığı görülürken, büyük çoğunluğunun 2019-2022 tarihleri arasında olduğu tespit edilmiştir. Yaklaşık 150-200 civarındaki tweet tek kelimelik, argo-hakaret içerikli, hekimlerin yurt içi hareketliliğinden söz etmesinden dolayı hariç tutulmuştur. 640 tweet ise çalışma kapsamına alınmıştır.

Çalışma kapsamına dâhil edilen 640 tweet nitel içerik analizine tabi tutulmuştur. Excell üzerinden yapılan analizde ilk olarak kodlama yapılmış, kodlama çalışmasından sonra yakın anlamlı kodlar birbirleriyle ilişkilendirilerek alt temaların ve temaların son hali elde edilmiştir. Verilere ait bulgular zihin haritalama uygulaması olarak ifade edilen Mindmup isimli program ile şekillendirilmiştir.

### III. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde tema, alt tema ve kodlara ilişkin şekiller ve tweet alıntılarına yer verilmiştir.

**Şekil 1. Hekimlerde Beyin Göçünün Toplumsal Yansımalarına İlişkin Kavram Haritası**

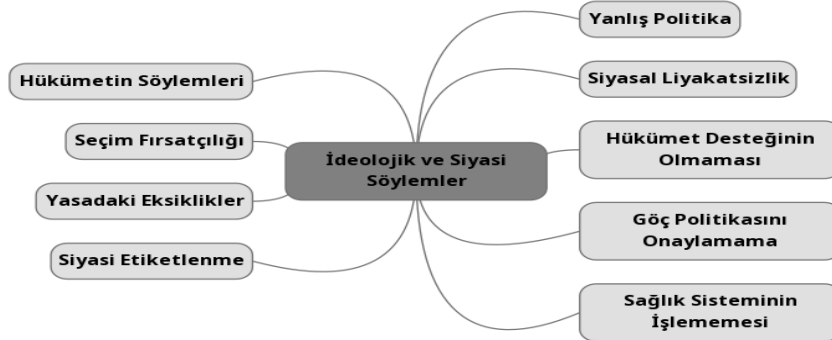


Hekimlerde beyin göçüne ilişkin toplumsal yansımalar altı tema altında toplanmıştır. Toplumun hekim göçüne yönelik ideolojik ve siyasi, mesleki, ekonomik, iş gücü kaynaklı, sağlıkta şiddet kaynaklı, çalışma koşullarından kaynaklı söylemleri bulunmaktadır.

#### 3.1. İdeolojik ve Siyasi Söylemlere İlişkin Bulgular

Analiz edilen tweetlerde toplumun hekim göçüne ilişkin söylemlerinden bazılarının ideolojik ve siyasi olduğu tespit edilmiştir. Şekil 2’de ideolojik ve siyasi söylemlere ilişkin alt temaların kavram haritası gösterilmiştir.

**Şekil 2. İdeolojik ve Siyasi Söylemler Teması Kavram Haritası**



Şekil 2’de görüldüğü üzere elde edilen bulgular doğrultusunda toplumun hükümet desteğinin olmaması, yanlış politika, yasadaki eksiklikler, hükümetin söylemleri, göç politikasını onaylamama, siyasi liyakatsizlik, siyasi etiketlenme, seçim fırsatçılığı, sağlık sisteminin işlememesi gibi ideolojik ve siyasi söylemlerde bulunduğu tespit edilmiştir.

#### *Hükümet Desteğinin Olmaması*

Hükümet desteğinin olmaması alt temasında parlak beyinlerine sahip çıkmama, gözden çıkarma, haklarının verilmemesi, kendi başlarına bırakılması, siyasi ideoloji kurbanı, desteklemeyen siyasi söylemler, evladın evden kaçması, arkalarında durulmaması, gitmeye zorlanmaları, hükümetin farkındasızlığı, önlenmeyen beyin göçü, hiçbir şey yapılmaması, köprüden önce son çıkış, hükümetin özeleştirisi yapmaması, üç maymunu oynama, boş vaatler gibi kodlar ortaya çıkmıştır. Toplum,

hükümetin hekimlerin arkasında durmaması ve desteğinin olmaması nedeniyle göç ettiklerine yönelik imalarda bulunmuştur. *“Hekimler birer birer gidiyor yurt dışına. Sırf çevremden tanıdığım üç beş kişi şu an dil çalışıyor gitmek için. “Beğenmiyorsa bıraksın gitsin” dediniz ya gidiyorlar işte. Bir evladın evden kaçması gibi. Kimse de demiyor ki evde ne yaşadığı acaba. Kimse de demiyor ki evladım gitme”* ve *“Bir ülkenin cumhurbaşkanı nasıl aynı zamanda halkı olan doktorları gözden çıkarır... Zaten yeni mezun hekimler gidiyor bu zor şartlar yüzünden...bizler ülkemize hizmet etmek ülkemizde kalmak istiyoruz... Hakkımız olanı istemek bizim de hakkımız. Şiddet istemiyoruz... Mobbing istemiyoruz...”* tweetleri bu imalara örnek verilebilir.

### **Yanlış Politika**

Yanlış politika alt temasında çözümü nitelikte değil nicelikte arama, gereksiz yerlere tıp fakültesi açma, güvenceyi yeni mezunlarda görme, emeklileri yeniden istihdama alma gibi kodlar ortaya çıkmıştır. *“Artan nüfus, azalan hekim sayısı, mağdur olan hastalar kombinasyonuna çözüm hekimlere akşam poliklinikleri yaptırmak mı? Birinin kalası varken onu oraya zincirlerseniz kaçır. Büyük bir hekim göçü bekliyor bizi, krizi yönettiğinizi zannederken körüklediğinizi hatırlayın o vakit.”* *“Abuk sabuk tıp fakülteleri açarak hekime olan ihtiyacın azalacağını düşündüler. Her zaman olduğu gibi çözümü nitelikte değil nicelikte aradılar. Sonuç ortada; şiddet, hekim göçü, mesleğin itibarsızlaşması. Teşekkürler YÖK ve Sağlık Bakanlığı. Eserinizle gurur duyuyor!”* gibi tweetlerde de görüldüğü üzere uygulanan politika ve düzenlemelerin ters bir etki yaparak aslında yanlış politika olduğu vurgulanmıştır.

### **Yasadaki Eksiklikler**

Yasadaki eksiklikler alt temasında yasaların değişmemesi, sağlık hizmetlerinin erozyonu, yasaları erteleme, engelleyici politikalar yapmama, somut olmayan kararlar, gerçekçi olmayan düzenlemeler gibi kodlar ortaya çıkmıştır. Yasadaki eksikliklerden dolayı hekimlerin sorunlarının çözülmediğine vurgu yapılmıştır. Bu doğrultuda yasadaki eksiklikler, hükümetin desteklememesi ve söylemleri ile hekim göçünün önlenmesinden çok teşvik edildiğine yönelik söylemler bulunmaktadır. *“Sağlık sistemi çöküyor diyoruz hekimler gidiyor istifa ediyor diyoruz. Yetkililer biliyoruz görüyoruz düzelterek diyor ama yaprak kıpırdamıyor. Sağlık sıhhat her şeyin başı ise buyurun siz de ona göre acele edin. Bari kalanların değerini bilin #KöprüdenÖnceSonÇıkış”* tweeti de bu söylemlerden biridir.

### **Hükümetin Söylemleri**

Hükümetin söylemleri alt temasında “giderlerse gitsinler” söylemi, “gidişleri olsun gelişleri olmasın” söylemi, “para için gidiyorlar” söylemi, siyaset ehlinin sözleri, siyaset ehlinin davranışları, söylemlerinden utanmama, görmezden gelme gibi kodlar ortaya çıkmıştır. Tweetlerde özellikle “giderlerse gitsinler” söylemine değinildiği ve bu söylemin eleştirildiği görülmüştür. *“Sistemi düzeltme, hekimlere giderlerse gitsinler de.. Sistem çıkmaza girince de bunun acısını özel hastanelerden çıkart, sorumluluk alma. Ha bir de erken seçim mi geliyor acaba? Popüler siyaset başladı da... #hekim #sağlıksistemi”* tweeti de giderlerse gitsinler söyleminin eleştirilmesine örnektir. Ayrıca hükümetin bu tür söylemleriyle hekimlerin toplumda da imajlarının zedeleneceği ve hedef olabilecekleri ifade edilmiştir.

### **Göç Politikasını Onaylamama**

Göç politikasını onaylamama alt temasında mülteci gelmesi, bilgili insanların gitmesi, gelişmiş ülkelere gitme, gelişmemiş ülkelere göç, leylekler gibi göç etme şeklinde kodlar ortaya çıkmıştır.

Bu alt tema altındaki söylemlerde özellikle Türkiye’ye gelen mülteciler ve buna izin verilmesi eleştirilmiştir. Dışarıdan göç almayı eleştiren *“Bu ülkeye her gün akın akın mülteciler gelirken, hekimler gidiyor. Bir taraf cehaleti ve sapkınlıklarıyla gelirken, diğer taraf eğitimi, donanımı, bilgi,*



*becerisi ve tecrübesiyle gidiyor. Olan bu ülkeye oluyor... #hekimlergöçü” gibi tweetler göç politikasını onaylamamaya örnek verilebilir.*

### ***Siyasal Liyakatsizlik***

Siyasal liyakatsizlik alt temasında hukukun gölgesinde yaşama, liyakatsiz idareci hekimler, karanlık politikacılar, popülist politikalar, karanlık ülke, iktidarın üçlü ortakları, hukuksuzluk, adaletsizlik, hapisanelere mahkûm etme, beyin göçü değil beyin ölümü gibi kodlar ortaya çıkmıştır. Ülke genelinde büyük bir liyakatsizliğin olduğuna yönelik söylemler bulunmaktadır. Hekimlerin hukukun gölgesinde yaşamak, liyakatsiz idareci hekimlerin mobbinginden kurtulmak, karanlık politikacıların önünde el pençe durmamak için gittiklerine dair söylemlerle siyasal liyakatsizlik vurgulanmıştır. Bu söylemlere şu tweetler örnek verilebilir:

*“Hekimler niye mi gidiyor? 1. Hukukun gölgesinde yaşamak için gidiyor, çünkü kendi ve çocuğunun geleceğinden korkuyor. 2. Liyakatsiz idareci hekimlerin, akademik çöplüğün mobbingin den kurtulmak için gidiyor. 3. Karanlık politikacıların önünde el pençe durmamak için gidiyor.”*

*“Bu süreçte tanıdığım birçok değerli hekim arkadaş terk ettiler, karanlıktaki ülkeyi. İktidarın 3 lü ortakları ülkeyi; hukuksuzluğa adaletsizliğe betonlaşmaya talana nesilleri yok etmeye ve hapisanelere mahkûm ettiklerinden beyin göçü değil beyin ölümü gerçekleşti.”*

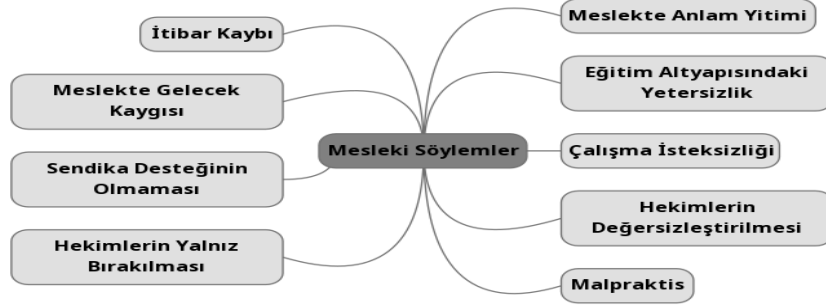
### ***Sağlık Sisteminin İşlememesi***

Sağlık sisteminin işlememesi alt temasında sağlık sisteminden memnuniyetsizlik, sağlıkta dönüşümün sağlıkta çöküş olması, sistem mağduru olma, çürümüş sağlık sistemi, 5 dakikalık muayene, mario gibi puan toplatılan sistem şeklinde kodlar ortaya çıkmıştır. *“Mevcut sağlık sisteminden ne hastalar ne de hekimler memnun. Vatandaş; muayene olamıyor, tetkiklerini yaptırıyor, ameliyat olamıyor... Hekimler kamu hastanelerinden istifa ederek yurtdışına gidiyor. Sağlıkta şiddet her gün artıyor. Sağlıkta dönüşüm, sağlıkta çöküş oldu”* ifadesinde de görüldüğü üzere sağlık sisteminin işlemediğini hatta sağlıkta dönüşümün sağlıkta çöküş olduğu vurgusu yapılmıştır. Hekimlerin de çürümüş sağlık sisteminin mağduru ve maktülü olmamak için gittiklerine dair ifadeler yer almaktadır. Bu ifadelere *“Kendi maaşlarına, avantajlarına sıra geldi mi kuruş hesabı yapanlar, hekimleri "para için gidiyorlar" diye suçluyor. Hekimler, yarattığınız çürümüş sağlık sisteminin mağduru ve maktülü olmamak için gidiyor ama para için de gidebilirler, köleniz mi halk? #GidecekOlanHekimlerDeğil”* *“Hangi branş olursa olsun hepimizi saçma sapan mario gibi puan toplatılan sistemde çalıştırmaktan, 5 dk da bir hasta baktırmaktan vazgeçilmesi, şiddette yönelik doğru dürüst cezaların verilmesi ve hakkımız olanın tek kalemde ödemesi yapılmadıkça daha çokkk hekim göçü olur”* gibi tweetler örnek verilebilir.

### **3.2. Meslekî Söylemlere İlişkin Bulgular**

Analiz edilen tweetlerde toplumun hekim göçüne ilişkin mesleki söylemlerinin bulunduğu tespit edilmiştir. Şekil 3’te mesleki söylemlere ilişkin alt temaların kavram haritası gösterilmiştir.

### Şekil 3. Meslekî Söylemler Teması Kavram Haritası



Şekil 3'te görüldüğü üzere elde edilen bulgular doğrultusunda toplumun itibar kaybı, mesleki anlam yitimi, meslekte gelecek kaygısı, eğitim altyapısındaki yetersizlik, sendika desteğinin olmaması, çalışma isteksizliği, hekimlerin yalnız bırakılması, malpraktis ve hekimlerin değersizleştirilmesi gibi mesleki söylemlerde bulunulduğu görülmüştür.

#### **İtibar Kaybı**

İtibar kaybı alt temasında hekimlerin itibar görmemeleri, sabır taşının çatlaması, mesleğin ayağa düşmesi, itibarsızlaşma, hekim imajının ayaklar altına alınması, hizmetçi gibi davranılması, itibarın ayaklar altına alınması gibi kodlar elde edilmiştir. Kutsal bir iş yapmalarına rağmen hekimlerin saygısızlığa maruz kaldıkları ifade edilmiş ve *"birer birer itibar görmediği yeri terk ediyor"* ifadesi ile itibar kaybından dolayı göç eden hekimlere vurgu yapılmıştır.

Burada örnek verilen tweetlerde toplum hekimlik mesleğinin itibar kaybettiğini, halk tarafından değersiz görüldüğünü, kutsal bir meslek olarak kabul edilen mesleğin giderek küçümsendiğini ve hekimlerin bu durumdan hoşnut olmadığını ifade etmiştir. *"Halkın da cahilliği. Hakimlerin tek kayguları ekonomik değil. Bizim ülke insanımız hekimlere "hizmetçi" gibi davranıyor. Ne derlerse yapacakları çalışanları gibi. Hekime saygı yok bu ülkede ve hekim göçü çok normal."* tweeti bu tür ifadelerle bir örnektir. Ayrıca *"Tabi hekimler beyin göçü yaptı. TRde hekim kalmadı düşük ücretle çalıştıracak. Hemşire de hekim olsun, hasta bakıcı da hekim olsun, paramedikler de olsun. Mahallelerdeki iğneci teyzeler de olsun mu?"* gibi genel olarak mesleğin oldukça değersizleştiği ve itibarının azaltıldığı vurgulanmaktadır.

#### **Meslekte Anlam Yitimi**

Meslekte anlam yitimi alt temasında hekimliğin alelade hale gelmesi, hekimliğin sıradanlaşması, hayallerinin darmadağın edilmesi, umutların kırılması, yok olduklarını düşünmeleri, manevi tatminin azalması, dünyevi sorunların mesleğin önüne geçmesi gibi kodlar ortaya çıkmıştır. Meslekte anlam yitimine vurgu yapan bir kişi *"Tıp eğitimi maddi manevi zor bir süreç, doktor olacağım, ayrıcalıklı ve nitelikli bir iş yapacağım düşüncesi ailelere de tıp öğrencilerine de güç veriyordu. Bir anda doktor olmak alelade, sıradan ve değersiz duruma düşünce, tıp okuyana da okutana da daha ağır oldu #hekimlergidiyor"* ifadesiyle hekim olmanın alelade, sıradan ve değersiz duruma düşmesinden dolayı tıbbın hem okuyan kişi hem de okutan ailesi için daha ağır olduğu imasında bulunmuştur. Ayrıca bir hekim *"Yarına dair tek umudu da her gün defalarca kırılan, hayalleri darmadağın edilen, her gün mobbinge, şiddete uğrayan insanlarız, hekimleriz. Yarının umudu ve ışığıyız. Bize gidin diyorsunuz. Gidiyoruz... Ama.. Size de aşk olsun. Aşk olsun size. Aşk olsun. #HekimlerGidiyor"* tweetiyle serzenişte bulunmuştur.

### **Meslekte Gelecek Kaygısı**

Bu alt temada tünelin ucunda ışık görememe, yurt dışı talebindeki artış, gelecek kaygısı ve gelecek görememe şeklinde kodlar ortaya çıkmıştır. Meslekte gelecek kaygısı alt temasındaki tweetlerden birisi “İngiltere’ye giden bir uzman hekim: 5-6 yıl önce İngiltere’ye gitmek isteyenlerin olduğu Facebook grubunda 100 kişi vardı. Bugün 10 bin kişi var.” “bu şartlarda Türkiye’ye dönmem. #hekimlergidiyor #hekimleriminyanundayım Tünelin ucunda bir ışık göremiyorum.” şeklindedir. Yurt dışına çıkma ve mesleğini farklı ülkede icra etme isteğinde olan hekimlerin sayısında bir artış olduğu ve ülkemizde açısından hekimlik mesleğinin geleceğinden tedirginlik duyulduğu ifade edilmektedir. Ayrıca “Hekim kolay yetişmiyor, insan sağlığı ucuz olamaz, özveri ile çalışan hekimler gelecek kaygısı yaşamak istemiyor, beyin göçü olmaması için, adalet ve verilen sözlerin tutulması için, halkımıza daha kaliteli hizmet için, hekimlerdeki tükenmişliğe son demek için #HekimYoksaSağlıkyok” tweetinde de görüldüğü üzere hekimlerin gelecek kaygısı yaşamak istemedikleri vurgulanmaktadır.

### **Eğitim Alt Yapısındaki Yetersizlik**

İncelenen tweetler doğrultusunda eğitim alt yapısındaki yetersizlik alt temasında uzman yetersizliği ve bilim ortamının yetersizliği kodları elde edilmiştir. Atılan tweetlerden biri olan “ülkemize katkı sağlayacak hekimler, bilim insanları yurtdışına gidiyor. Bilimi ülkemizde geliştirebileceğimiz ortam da sağlanmalı. Modern tıbbı gelene kadar suçlanması gereken çok fazla şey var yani” tweetinde de vurgulandığı gibi eğitim kalitesinin artırılması, tıp fakültelerinin olanaklarının geliştirilmesinin gerekliliği ifade edilmektedir.

### **Çalışma İsteksizliği**

Çalışma isteksizliği alt temasında yılgınlık, istifa artışı, uygun şartların olmaması, memnuniyetsizlik, mecburiyet, mesleki şevkin sönmesi, çalışma şartlarının kötüleşmesi, göçün zorunlu hale gelmesi, mutsuzluk, yıpranmışlık, umutsuzluk, tükenmişlik, maddi tatsızlık, manevi tatsızlık, seslerinin duyulmaması, çalışma hevesizliği, eğitim motivasyonsuzluğu, araştırma motivasyonsuzluğu, tıp öğrencilerinin hevesizliği, bıkkınlık, tıp öğrencilerinin kafa karışıklığı gibi kodlar ortaya çıkmıştır.

“Uzman olmak için istifamı vereli birkaç ay oluyor ancak ülkemde mesleğime olan şevkimi her gün daha da söndürüyorlar. Hekimlerin çalışma şartları gün geçtikçe kötüleşiyor. Zorla beyin göçü yapmaya yöneltiyoruz. Bizi sürekli hedef haline getirmekten vazgeçin #hekimleristifaediyor” tweetiyle hekimlerin mesleklerine olan şevkin her gün söndürüldüğü ve bunun çalışma isteksizliğine yol açtığını, hekimlerin zorla beyin göçü yapmaya yöneltildiğini ifade etmiştir.

### **Sendika Desteğinin Olmaması**

İncelenen tweetlerden sendika desteğinin olmaması alt temasında sendikaların sorunları ciddiye almaması, popülist sendika söylemleri, sendikaların ciddiye alınmaması gibi kodlar elde edilmiştir. Atılan tweetlere örnek olarak, “Dünyada örneği görülmemiş popülist sendika konuşmalarıyla sağlıkta olmazsa sistemin duracağı hekimler özele ve yurtdışına gidiyor. Siz dipte buluşun biz yokuz” tweeti gösterilebilir. Sendikaların hekimlerin daha çok yanlarında bulunmaları, popülist söylemler haricinde mesleki haklarının savunulması gerektiği dile getirilmektedir.

### **Hekimlerin Değersizleştirilmesi**

İncelenen tweetler doğrultusunda hekimlerin değersizleştirilmesi alt temasında halkın nefreti, halkın hekimleri savunmaması, tıp öğrencilerinin değersizliği, hekimliğin ucuzlatılması, yozlaşma, karamsarlık, hekimlere sahip çıkılmaması, seslerinin duyurulmaması, kayıp değil yük olarak görülme, zorlu eğitimin karşılıksız kalması, nefret eden insan kalabalığı, kıymetlerinin kalmaması, takdir

edilmeme, hak edilen değeri görememe, halkın olumsuz söylemleri ve en zeki kesimi harcama şeklinde kodlar ortaya çıkmıştır.

Tweetlerde halk ve devlet tarafından hekimlere ve hekimlik mesleğine karşı değersizleştirme olduğu söylemi bulunmaktadır. Hekimlerin değer/destek görmeyi ve mesleklerine saygı duyulmasını istedikleri vurgulanmaktadır. Ayrıca hem mesleğini icra eden hekimlerin hem de tıp öğrencilerinin bu değersizleştirmeyi hissettiği dile getirilmekte, *“Doktorların derdi çok, bölüm bölüm hastane hastane sorunlar var. Ancak benim en dertlendiğim nokta tıp öğrencilerinde gördüğüm değersizlik hissi, hevesizlik, kafa karışıklığı #hekimlergidiyor”* tweetinde vurgulandığı gibi öğrencilerin umutsuzluk ve karamsarlık içinde olduğu ifade edilmektedir.

### ***Hekimlerin Yalnız Bırakılması***

Hekimlerin yalnız bırakılması alt temasında ötekileştirme, yalnız bırakılma, talepleriyle dalga geçilmesi, toplumun aşağılaması, hekimleri anlamama, alkışların havada kalması, öcü varlık gibi görülmeleri, halkın taşkınlık yapması, halktan destek beklentisi, yalnızlık, düzelme inancının kalmaması, kuru teşekkürle doygunluk, meslektaş desteksizliği, toplumun empatisizliği, halkın desteksizliği gibi kodlar elde edilmiştir. Özellikle devlet tarafından hekimlerin yalnız bırakıldığı ifade edilirken halk tarafından da aynı durumun söz konusu olduğuna yönelik söylemler bulunmaktadır. *“Hala hekimlerin haklı talepleri ile dalga geçen, aşağılayan büyük bir kitle var. Ama hakikat yavaş yavaş büyüyor. Pek çok uzmanlık alanında hekim yok, olanlara randevu bulmak nerede ise imkânsız. Ben hala bugünlerin de en iyi günlerimiz olduğunu düşünüyorum. Süreç hızla ilerliyor. Özellikle yurtdışı çalışma imkânı, dil barajını aşmak, her hekim için sadece en fazla 1,5 senelik bir süreç. Ki çalışmaya alışkın bir kitle için hiç de zor olmayan bir şey. Hekimleri anlamak yerine ötekileştiren bir süreç ilerliyor. Korkunç hatalar yapılıyor”* tweeti bu söylemlerden biridir. Bu tweette de görüldüğü üzere hekimleri anlamaktan çok ötekileştiren bir sürecin ilerlediği ima edilmiştir. Hatta bir hekim bu konuda *“O zaman halk olarak destekleyin bizi. Biz sanıldığı gibi öcü varlıklar değiliz”* ifadesini kullanmıştır.

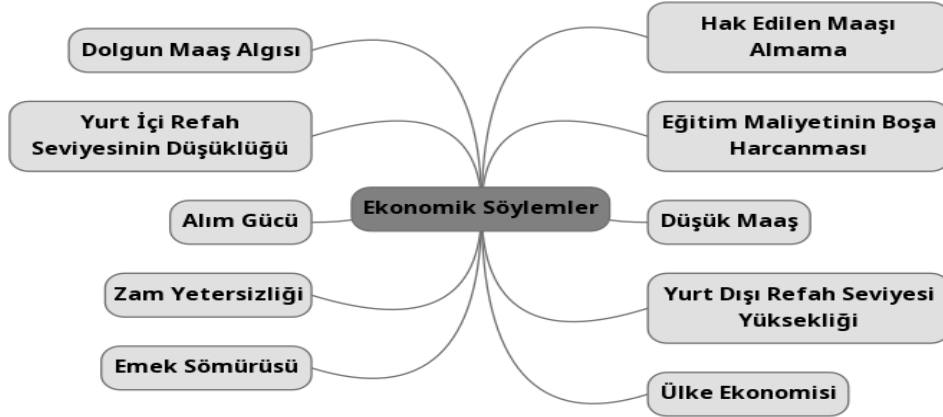
### ***Malpraktis***

İncelenen tweetler doğrultusunda malpraktis alt temasında malpraktis yasası, malpraktis artışı ve malpraktis davalarından yılgnlık kodları ortaya çıkmıştır. Bu durumu bir kişi şöyle ifade etmiştir: *“Küçük bir ayrıntı yeni bitiren hekimler gidiyor zaten. Çoğunlukla fakülteyi yeni bitirenler veya yeni uzman olanlar. Önünde uzun bir meslek yaşamı varken bu travmayı, aşağılanmayı, şiddeti, düşük geliri, yanlış malpraktis yasasını yaşamak istemeyenler gidiyor.”* Atılan diğer tweetlerde de ağırlıklı olarak malpraktis yasasına vurgu yapılmış, malpraktis yasasının hekimleri zorlayıcı özellikte olduğu söyleminde bulunulduğu görülmüştür.

### **3.3. Ekonomik Söylemlere İlişkin Bulgular**

Analiz edilen tweetlerde toplumun hekim göçüne ilişkin ekonomi kaynaklı söylemlerinin bulunduğu tespit edilmiştir. Şekil 4’te ekonomik söylemlere ilişkin alt temaların kavram haritası gösterilmiştir.

Şekil 4. Ekonomik Söylemler Teması Kavram Haritası



Şekil 4’te görüldüğü üzere çalışma bulguları sonucunda toplumun, hak edilen maaşı almama, dolgun maaş algısı, eğitim maliyetinin boşa harcanması, yurt içi refah seviyesinin düşüklüğü, düşük maaş, alım gücü, yurt dışı refah seviyesi yüksekliği, zam yetersizliği, ülke ekonomisi, emek sömürüsü gibi ekonomik söylemlerde bulunduğu tespit edilmiştir.

#### ***Hak Edilen Maaşı Almama***

Hak edilen maaşı almama alt temasında; alım gücünün düşmesi, hekimlerin sömürülmesi, meslekler arası maaş dengesizliği, düşük maaşa tepkisizlik, asgari ücretten hallice maaş, hekime hakkını vermeme, emeğin karşılığını almama, yoksulluk seviyesinde maaş ve sadaka gibi yatan maaş vurguları yer almaktadır. Bu kodların geçtiği “*Hekim arkadaşlarım, maaş bordrolarınızı herhangi bir başka meslek ile karşılaştırmak manasız. Karşılaştırılanlar bizlerin aldığı dereceleri almadı, bizlerin aldığı eğitimi almadı ve yetkilerimize sahip değil. Gelişmiş ülkelerde meslektaşlarımızın refahı karşılaştırılması gereken. Kimse kabul etmese de bu şartlar eşitleninceye kadar da hekim göçü devam edecek. Çünkü puanımızın yetebildiği yerlerden gelmedik. Binde birlik dilime girip hekim olduk. Kedi zihinlilerle kendinizi karşılaştırmayın artık. #HekimeHakkınıVer #hekimleristifaediyor #hekimheryerdeçalışır*” “*Hekimler olarak bitmiş vaziyetteyiz, maaşlarımız zabıtan, bekçiden, belediye işçisinden az. Çalışma koşullarımız korkunç. Almanya’ya inanılmaz bir hekim göçü var #enineboyuna*” gibi ifadeler göz önünde bulundurulduğunda, hekimlere emeklerinin maddi karşılığının tam olarak verilmediği ve pek çok meslek grubu ile maaş açısından tutarsızlık yaşandığı söylenebilir. Bu durumlar ise hekimlerin hak ettikleri maaşı almasının önüne geçmektedir.

#### ***Dolgun Maaş Algısı***

Dolgun maaş algısı alt temasında esnaf yaklaşımı kodu oluşturulmuştur. Esnaf yaklaşımı, hekimlerin aldığı maaşa ek olarak, döner sermaye ve performansa dayalı ek ödemelerin halkta hekimlerin dolgun maaş alıyor algısı oluşturması olarak tanımlanabilir. Bir başka deyişle esnaf yaklaşımı, hekimlerin farklı ödeme yöntemlerinden yararlanıyor olmasının toplumda dolgun maaş alıyor olarak algılanmasıdır.

Bu alt tema altındaki tweetlerde toplum genelinde hekimlere yönelik dolgun maaş algısının olduğu ve hekimlerin bu konuda doyumsuzluk yaptığını yönelik imalar eleştirilmiştir. “*Zaten yurtdışı sınavları kazandım gideceğim.. Maalesef devlete doluşan Afgan Suriyeli doktorlara bırakacağım yerimi.. Ve şurada maaşımıza yok döner de alıyorsun yok ek ödemen de var gibi esnaf yaklaşımında bulunanlar başta olmak üzere hakkımı helal etmiyorum kimseye*” şeklinde tweet atan bir hekim toplumun bu düşüncesinin esnaf yaklaşımından farksız olmadığını ifade etmiştir.

### **Eğitim Maliyetinin Boşa Harcanması**

Toplumsal yansımalarda önemli bir kitlenin ele aldığı eğitim maliyetinin boşa harcanması alt temasında ise tıp eğitiminin pahalılığı, birikimi bozuk para gibi harcamak şeklinde kodlar oluşturulmuştur. Yazılan tweetler incelendiğinde, hekim göçünü ülke kaynaklarının kaybı olarak görme durumunun ön planda olduğu görülmektedir. “Ülke bir hekimi hekim yapana kadar inanılmaz bir para harcıyor...” “Devletin, bir hekim yetiştirmesi için 300 bin euro harcaması gerekiyor. Ama Almanya, tek kuruş ödemedi hekim göçü alıyor...” gibi ifadeler göz önüne alındığında özellikle eğitim aşamasında maddi harcamanın fazla olduğu hekimlik mesleğinin donanımlı hekim olarak hazır bir şekilde yurt dışına gönderilmesi eleştirilmektedir. Bu nedenle düşük-orta gelir düzeyindeki ülkelerde hekim göçünün “sadece tavuğun yumurtasının kaybıyla değil, tavuğun kesilmesi ve çiftliğin yanmasıyla” sonuçlandığı ifade edilmektedir. Aynı zamanda hekimlerin kişisel tercihleri de toplum tarafından eleştirilmiştir. “Sen 20-25 yıl bütüt okut sonra ülkeniz hizmet edeceğin zaman üç kuruş dünya metai için vatanını terk etsin.” tweetinde de görüldüğü üzere sadece maddi kaygılardan dolayı hekim göçü var algısının olduğu da ifade edilebilir.

### **Yurt İçi Refah Seviyesinin Düşüklüğü**

Yurt içi refah seviyesinin düşüklüğü alt temasında yoksulluk sınırının altında olma ve yaşam standartlarının azlığı şeklinde kodlar oluşturulmuştur. Bu alt tema altında ülkedeki refah seviyesinin düşük olmasından dolayı hekimlerin göç ettiğine yönelik söylemler bulunmaktadır. “Yeni mezun bir hekim ev alamıyor, araba alamıyor, şiddeti davası da cabası. Ne kadar fakülte açarsanız açın yurtdışına göçü durduramazsınız” “Yoksulluk sınırının altında hayat nasıl gidiyor hekimler? Dünya’da başka ülkede yoksulluk sınırının altında hekim çalışmıyor, değerinizi bilin.” gibi söylemler bu duruma örnek verilebilir. Ayrıca toplum hekimlerin yaşam standartlarının düştüğü imasında bulunurken, toplumdaki her kesim için de bu durumun söz konusu olduğu vurgulanmıştır. Ülkenin refah seviyesinin düşmesi eleştirilmiştir.

### **Düşük Maaş**

Düşük maaş alt temasında üç kuruş maaş, düşük ücret, asgari ücret, banka dekontu ve sadaka gibi kodlar ortaya çıkmıştır. Bu alt tema altında özellikle düşük maaştan dolayı hekimlerin göç ettiğine yönelik söylemler yer almaktadır. Bu söylemlere “Yazıklar olsun, ülkede dr bırakmayacaksınız. Asgari ücrete çalışacaksa insan niye dr olsun?” “Bir uzman hekim yaptığı işe aldığı risklere göre bir Vekilden, il, ilçe idari amirden....daha iyi ücret alıp daha fazla sosyal imkana sahip olmalıdır!” tweetleri örnek verilebilir. Ayrıca bu konuda yorum yapan bazı hekimler de bulunmaktadır. Bir hekim “Hekimler ya istifa ediyor ya ülkeden gidiyor. Hangi ülkede hekim asgari ücrete bu kadar yakın maaş alıyor. Bu tarz girişimleriniz benim gibi genç hekimlerin nezdinde hiçbir değeri yok artık. Parça parça sadaka gibi yatan maaş istemiyoruz.” tweetiyle hangi ülkede bir hekimin asgari ücrete bu kadar yakın maaş aldığı şeklinde bir soru sormuştur. Halk toplumdaki herkes için sorun olan düşük maaşın hekimler için de sorun olduğunu ve bu konuda iyileştirmelerin yapılması gerektiğini ifade etmiştir.

### **Alım Gücü**

Alım gücü alt temasında geçim derdi ve hekimlerin yoksullaştırılması kodları ortaya çıkmıştır. Satın alma gücü olarak da adlandırılan alım gücünün hekimlerde de düştüğü Twitter yorumlarına yansıyan söylemlerdendir. “Eserinizle gurur duyun. Hekimler geçinemediği için gidiyor..” “Hekimleri bu kadar yoksullaştırmanın kelebek etkisi korkunç boyuta ulaşacak...” tweetlerinde de görüldüğü üzere toplum hekimlerin yoksullaştırıldığı ve geçinemediği için göç ettiğine yönelik imalarda bulunmuştur.

### **Yurt Dışı Refah Seviyesinin Yüksekliği**

Yurt dışı refah seviyesinin yüksekliği alt temasında elit bir şekilde iş yapma kodu ortaya çıkmıştır. Bu kod ile yurt dışı refah seviyesinin yurt içi refah seviyesinden fazla olduğu; yurt dışında mobbing, şiddet ve düşük maaş gibi faktörlere maruz kalmadan elit bir şekilde yaşam ortamının sunulduğu vurgulanmaktadır. “Zaten bir sürü hekim beyin göçü ediyor, Almanya diğer ülkelerdeki hekimlere çağrı da bulunuyor, buradaki maaşı Almanya’da 600 Euro ediyor, Almanya’daki en az asgari ücret 1.500 Euro. Burada hunharca darp edilip az ücret almak mı? Yoksa diğer ülkelerde elit bir şekilde işini yapmak mı?” tweeti bu duruma örnektir.

### **Zam Yetersizliği**

Zam yetersizliği alt temasında zammın geri çekilmesi, zam azlığı, artış olmayan zam ve yalancı zam şeklinde vurgulara ulaşılmıştır. “-Yurtdışına bu kadar hekim göçü varken -Herkes özele bir bir kaçarken -Zam yaptık diye bizi halkın önüne attıktan sonra! Yalancı zam yapmayı veya tümünden geri çekmeyi #SakinAklınızdanGeçirmeyin @drfahrettinkoca @saglikbakanligi” “Doktorlara yapılan zam daha az bile bence 10 bin tl yapılmalıydı Türkiye’de fakültelerin en yüksek puanlı tıp fakülteleri ve bir hekim kolay yetişmiyor Sayın bakanım bir doktor değilim ama helal olsun size Türkiye’de beyin göçü oluyor hekimlerimiz memlekette kalsın.” şeklindeki ifadelerle yapılan zamların yetersiz ve göstermelik olduğuna yönelik imalarda bulunan toplum, bu yetersizlikle hekimlerin alım güçlerinin daha da düştüğüne de vurgu yapmıştır. Bir Twitter kullanıcısı “maaş artışı dedikleri aslında artış olmayan düzenleme” şeklinde bu konuyu özetlemiştir.

### **Ülke Ekonomisi**

Ülke ekonomisi alt temasında uluslararası standartlara uymama ve maaş erimesi gibi kodlar ortaya çıkmıştır. Ülke ekonomisinin diğer ülkelere göre düşük olmasına vurgu yapılan bu alt tema altında özellikle ülke ekonomisinden dolayı maaşların giderek erimesi eleştirilmiştir. Bu durumun refah seviyesini düşürdüğü, alım gücünü etkilediği gibi imalar da yer almaktadır. Bu tür imalarda bulunan bir kişinin “Sonra kimse neden mühendisler hekimler yurtdışına gidiyor diye sormasın. Aldığı maaş giderek eriyor ve beyaz yakalı TÜİK’in açıkladığı oran kadar zam alıp bir sürü kesintiyle asgari ücretten hallice maaş alıyor. Makas giderek daralıyor emekse herkesin emeği, bu gözetilmeli.” şeklinde de bir serzeniş bulunmaktadır.

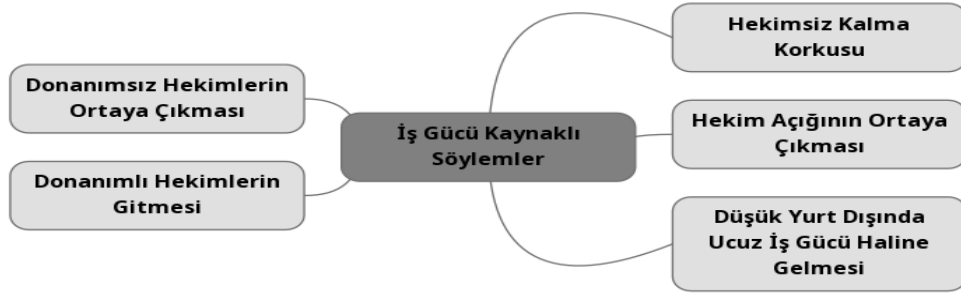
### **Emek Sömürüsü**

Emek sömürüsü alt temasında emeğin karşılığını almama, hakkını isteme, emeğin maddi karşılığını almama ve sömürü malzemesi olma şeklinde kodlar ortaya çıkmıştır. Emeklerinin karşılığını alamadıkları için hekimlerin sömürü malzemesi olduğunu ima eden toplum, bu konuda büyük bir emek sömürüsünün olduğunu eleştirmişlerdir. “Hekimler yurt dışına sefa sürmek için gitmiyor hekimlik her yerde zor, orda emeğin karşılığı olduğu için gidiyor #HekimlerMuhatapArıyor” tweeti de bu konuya bir örnektir.

## **3.4. İş Gücü Kaynaklı Söylemlere İlişkin Bulgular**

Analiz edilen tweetlerde toplumun hekim göçüne yönelik iş gücü kaynaklı söylemlerine ilişkin alt temaların kavram haritası Şekil 5’te yer almaktadır.

## Şekil 5. İş Gücü Kaynaklı Söylemler Teması Kavram Haritası



Şekil 5'te görüldüğü üzere elde edilen bulgular doğrultusunda toplumun hekimsiz kalma korkusu, donanımsız hekimlerin ortaya çıkması, hekim açığının ortaya çıkması, donanımlı hekimlerin gitmesi, yurt dışında ucuz iş gücü haline gelmesi gibi iş gücü kaynaklı söylemlerde bulunduğu tespit edilmiştir.

### ***Hekimsiz Kalma Korkusu***

Hekimsiz kalma korkusu alt temasında yüksek beyin göçü faturası, gelecek nesillerin hekimsiz kalması, hekim bulamama endişesi, diğer sağlık mesleklerinin de gitme ihtimali, hekimsiz kalınacağına inanmama, cerrahsız kalma korkusu, hekimsizlik gerçeğini görmeme, doğuda hekimsizlik riski gibi kodlar ortaya çıkmıştır. Bu alt tema altında özellikle hekim açığı gibi bir gerçeğin olmasına ek gelecek yıllarda hekim bulma konusunda sıkıntı yaşanacak olmasına ilişkin korkular vurgulanmıştır. Bu kodlara “*Geciktiğiniz her saat bir hekim daha yurt dışına gidiyor. Biraz daha gecikerseniz iş işten geçmiş olacak. Ben bu tweeti atarken bile muhtemelen en az 10 hekim daha acaba yurtdışı?? diyor. Yitirdiklerinizin farkında mısınız?*” “*Bu şartlar altında, halk yakında ameliyat yapacak, risk alacak cerrah bulamayacak...*” “*Siz ve ya da diğerleri hekimleri savunmadıkça bu şiddet artıyor, arttıkça hekimler haklı olarak beyin göçü yapıyor. Hekim bulamayacağız bu işin sonunda, gerçeği görün lütfen. (Hekim değilim)*” tweetleri örnek verilebilir.

### ***Donanımsız Hekimlerin Ortaya Çıkması***

Donanımsız hekimlerin ortaya çıkması alt temasında kalitesiz ithal hekim, dil bilmeyen yabancı hekimler, diplomasız hekimlerin gelmesi, donanımsız hekimlerin gelmesi, yurt dışında parayla tıp okuma, sözde hekimlik gibi konulara vurgu yapılmıştır. Bir Twitter kullanıcısı “*diplomalı doktorlar gidiyor! diplomasız çapulcu doktorlar geliyor!*” şeklinde bir ifade kullanmış, bir hekim de “*Sorun tam da burada zaten. Yeni mezun hekimler dil çalışıp yurt dışına gidiyor. Kimse 36 saat nöbeti göze alıp, uzman olunca da 8-9 bin alacağını bilerek asistan olmak istemiyor. Gidersek yerimize yenisi gelmeyecek, ithali gelecek. Kalite garantisi de yok. #HekimlerHakkınıİstiyor*” sözleriyle donanımsız hekimlerin ortaya çıkmasına vurgu yapmıştır. Bu alt tema altındaki tweetlerde özellikle yurt dışından gelen ve ülkemizde çalışmaya başlayan hekimlerin donanımsız hekimleri ortaya çıkaracağı ifade edilmiştir.

### ***Hekim Açığının Ortaya Çıkması***

Hekim göçünün en büyük sorunlarından biri özellikle gelecek yıllarda hekim açığının ortaya çıkmasıdır. Bu doğrultuda da bu alt temada hekimsizlikten Google'dan tedavi, kamuda hekim açığı, özellikli hastalıklar için hekimsizlik, özellikli ameliyatlara için hekimsizlik, yetişmiş hekim bulamama, hekimsizlikten il değiştirme, hekimsizlikten ülke değiştirme, branşlarda hekim açığı, cerrahsızlık, halk sağlığı sorunu gibi kodlar ortaya çıkmıştır. Toplumun hem genel anlamda hem de bölüm bazında hekim açığının ortaya çıkacağına yönelik söylemleri bulunmaktadır. Bu söylemlerde hekim göçüyle hekimsizlik gibi bir gerçeğin ortaya çıkmasının muhtemel olduğu ima edilmiştir. Bu durumun



gelecekte ağır sonuçlara yol açacağına yönelik ifadeler de yer almaktadır. Bu ifadelere “*Tahminen 5 sene sonra antibiyotik yazdırmaya bile hekim bulamayacaksınız. Google’den ne bulursanız tedaviniz o...!!! #hekimlergoecue #DoktorsuzKalıyoruz #HekimlerİstifaEdiyor #endiseliyim*” “*Hekim göçü böyle devam ederse, bel fitiği için gerçekten duvarlarda yazan numaraları arayacağız.*” şeklindeki tweetler örnektir.

### **Donanımlı Hekimlerin Gitmesi**

Donanımlı hekimlerin gitmesi alt temasında kalifiye meslek grubunu kaçırma, en zeki insanların gitmesi, en iyi eğitilmiş insanların gitmesi, donanımlı hekim yokluğu, dinamik hekimlerin gitmesi, öğreten hekimlerin gitmesi, kaliteli hekim sorunu, özverili hekim göçü gibi kodlar ortaya çıkmıştır. “*Ülkemize kavimler göçü tüm hızı ile sürüyor! En tehlikelisi ise bu ülkenin en zeki, en iyi eğitimini almış insanların #hekimlergöçü ile ülkeyi terk etmesi..*” ifadesinde de görüldüğü üzere bu alt tema altındaki söylemlerde ülkenin en zeki, en iyi eğitilmiş ve kalifiye meslek grubundan kişileri kaçırma gibi ifadeler öne çıkmaktadır. Hekim açığı bir şekilde kapansa da donanımlı hekimlerin olmayacağına dair söylemler bulunmaktadır. Bir hemşirenin bu durumu “*#hekimlergidiyor Burası boş kalmaz kalmasına da nitelikli hekimlerimiz olmaz bundan sonrasında. Bir hemşire ama öncesinde kronik hastalıkları olan bir birey olarak şunu iyi biliyorum ki sağlık sistemi hekim olmadan tek başına yürümez.*” şeklinde ifade ettiği görülmektedir.

### **Yurt Dışında Ucuz İş Gücü Haline Gelmesi**

Bu alt temada yurt dışında ucuz iş gücü haline gelmesi alt temasında hekim yetiştirme çiftliği, Avrupa’da ucuz iş gücü üretimi, insan kaynağı sömürgesi gibi vurgular yapılmıştır. Bu gibi vurgularda ülkemizde eğitim görmüş hekimlerin Avrupa’ya gitmesi insan kaynağı sömürgesi olarak ifade edilmektedir. “*Artık maalesef ülkemiz Avrupa’ya ucuz iş gücü üretim çiftliği haline gelmiştir*”, “*Türkiye tıp fakülteleri artık Avrupa’nın hatta Körfez ülkelerinin insan kaynağı sömürgesidir*” gibi tweetlerden de görüldüğü üzere hekimlerin yurt dışında ucuz iş gücü haline geldiği vurgulanmıştır. Bu durumla ülkemizin hekim yetiştirme çiftliği haline geldiği imasında da bulunan kişiler olmuştur. Bu konuda Türkiye’nin dezavantajlı olduğu, Avrupa ülkelerinin ise avantajlı olduğuna yönelik söylemler de yer almaktadır.

## **3.5. Sağlıkta Şiddet Kaynaklı Söylemlere İlişkin Bulgular**

Analiz edilen tweetlerde toplumun hekim göçünde sağlıkta şiddet kaynaklı söylemlere ilişkin alt temaların kavram haritası Şekil 6’da gösterilmiştir.

### **Şekil 6. Sağlıkta Şiddet Kaynaklı Söylemler Teması Kavram Haritası**



Şekil 6’da görüldüğü üzere elde edilen bulgular doğrultusunda toplumun şiddetin cezasız kalması, sözlü şiddet, can güvenliğinin sağlanamaması, psikolojik şiddet (mobbing) ve fiziksel şiddet şeklinde sağlıkta şiddet kaynaklı söylemlerde bulunduğu görülmüştür.

### **Can Güvenliğinin Sağlanamaması**

Can güvenliğinin sağlanamaması alt temasında hekim yaralama, can güvenliğinin olmaması, hekim öldürme, kapılar arkasına saklanma, bıçaklı saldırılar, yetersiz güvenlik önlemleri, canlarını korumak zorunda kalmaları, can derdi, dayak, hakaret, yasa yetersizliği, ülkenin tepkisizliği, suçluların cezasız bırakılması, hayatta kalma çabası, güvensiz çalışma ortamı gibi konuların ön plana çıktığı görülmüştür. Bu durumu bir kişi şöyle ifade etmiştir: *“Hayatı boyunca bir cerrahın eli ile yaptığını hiçbir uzvu ile yapamayacak kadar alçak biri yüzünden bugün bir hekim hayallerinden, elinden, mesleğinden oldu. Neden mi beyin göçü oluyor? Bu topraklarda kalanın can güvenliği olmadığı için. #Ertanİskender”*. Diğer tweetler incelendiğinde, artan şiddet vakalarının hekimlerin canlarına mal olduğu ve hekimlerin şiddet görmemek için yurt dışı çalışma olanaklarını değerlendirdiği vurgulanmaktadır.

### **Fiziksel Şiddet**

Tweetlerdeki söylemler doğrultusunda fiziksel şiddet alt temasında şiddet, şiddete cezasızlık, hasta şiddeti, dayak, şiddetin artması, sağlıkçılara yönelik organize terör, hekim dövme modası, dayak yeme korkusu, kavga-dövüş ortamı gibi kodlar ortaya çıkmıştır. Söylemlerde fiziksel şiddetin artış gösterdiği ve bu durumun hekimlere hem kişisel hem de mesleki olarak oldukça zarar verdiği vurgulanmaktadır. *“Hiçbir hekim bu tarz şiddete layık değildir. Son yıllarda sistematik olarak doktora saldırı moda haline geldi. Yetkililerin acilen yaptırımlar getirmesi lazım. Ülkeden doktor göçü hepimizin aleyhine olur.”* tweetinde de ifade edildiği gibi özellikle son yıllarda hekim dövmenin bir moda haline geldiğine yönelik söylemler öne çıkmaktadır. Bu modanın sistematik bir hale geldiği ifade edilirken, bu konuda önlemler alınmadığı sürece hekim göçünün devam edeceği de ifade edilmektedir.

### **Psikolojik Şiddet (Mobbing)**

Psikolojik şiddet alt temasında hasta baskısı, hasta zorbalığı, yüksek mobbing, sürekli şiddete maruz kalma, sistematik mobbing, idari mobbing ve psikolojik baskılar şeklinde kodlar ortaya çıkmıştır. Söylemlerde özellikle hekimlerin hastane idaresi ve yönetim kaynaklı bir mobbing gördükleri vurgulanmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarından görülen sözlü şiddetin yanında yönetim tarafından da mobbing uygulanmasının hekimleri daha da olumsuz etkilediği iması bulunmaktadır. Bu durumun hem kişisel hem de mesleki olarak hekimleri yıpratmış ve mobbingin aşırılığı nedeniyle de yurt dışına göçün olduğu ifade edilmektedir. Bu ifadelere aşağıdaki tweetler örnek verilebilir:

*“Sakın, hekimler paracı onun için ya yurt dışına veya özel hastanelere gidiyor diye düşünmeyin. Tabi ki ekonomik olarak sıkıntılıdır. Bu doğru. Ancak her 5 dakika da bir hasta muayenesi, yönetimin mobbing uygulaması, hekimlere saldırılar gibi nedenler de unutulmasın.”*

*“Genç hekimler gidiyor, yeni mezunlar. Hatta epey büyük bir göç söz konusu...İngiltere'ye, Almanya'ya koşuyor. Yalnızca şiddetten, fazla mesaiden, maaşlardan vs. değil, hastane idarelerinden de çekiyor sağlıkçılar.”*

*“Türkiye'de 30 bine yakın asistan hekim, insani koşullardan uzak ve yüksek mobbing altında çalışmaya zorlanmaktadır...”*

### **Şiddetin Cezasız Kalması**

Şiddetin cezasız kalması alt temasında yeterli ceza verilmemesi, canı için yasadışı olaylara maruz kalma, sistematik saldırı, saldırının modalaşması, yaptırım gerekliliği, şiddetin olağanlaştırılması, çözümsüzlük, sessiz kalınması, görmezden gelinmesi, zanlıların korunması, hekimlerin korunmaması ve hasta taleplerini onaylamak zorunda kalma kodlarına vurgu yapılmıştır. Toplum tarafından, şiddet gösterenlerin ceza alması gerektiği ve bu cezaların şiddet uygulayan ve uygulama teşebbüsünde

bulunacaklara karşı caydırıcı olması gerektiği ayrıca hekimleri ve diğer sağlık profesyonellerinin şiddete karşı yasalarla korunması gerektiği ifade edilmektedir. “Eğer bu canilere yeterli cezalar verilmezse Sağlık Sistemi önüne geçilmez problemlere gebe kalır. -Doktor göçü artar -Cerrahlar ameliyat yapmayı bırakır -Hiçbir hekim hasta yatırmaz -Hekimler canını kurtarmak için her türlü reçeteye,rapora imza atar...” “Sağlıkta şiddeti körükleyen bu kişiler hakkında gerekli işlem yapılması gerekmektedir. Hekimler tek tek gidiyor çünkü BIKTILAR!!” “Şiddetin aması fakatı olmaz. Şiddeti uygulayan kadar sessiz kalan hatta bu şekilde makul görenler de suçludur. İşte bu yüzden hekimler yurt dışına gidiyor.” şeklindeki tweetler bu ifadelere örnektir.

### Sözlü Şiddet

Sözlü şiddet alt temasında küfre maruz kalma, hasta tehdidi, ölümle tehdit, sözlü şiddet ve hakaret yer almaktadır. Bir kişi bu durumu şu şekilde ifade etmiştir: “Dünkü hasta tehdidinden sonra ne mi oldu; sonrasında ölümle tehdit edildiğim için şikâyetimden vazgeçtim. İtalyanca çalışmaya devam ediyorum şu an tüm nöronlarım aktif çalışıyor tam gaz kaçıyoruz. Ne yapacaktık? Ölümü mü bekleyelim burada? #hekimlergidiyor”. Söylemlerde hasta ve hasta yakınları tarafından sözlü şiddetin tehdit içerikli olduğu ve fiziksel şiddete temel oluşturduğu ifade edilmektedir.

### 3.6. Çalışma Koşullarından Kaynaklı Söylemlere İlişkin Bulgular

Hekim göçünün toplumsal yansımalarına yönelik ortaya çıkan son tema ise çalışma koşullarından kaynaklı söylemlerdir. Çalışma koşullarından kaynaklı söylemlere ilişkin alt temaların kavram haritası Şekil 7’de gösterilmiştir.

#### Şekil 7. Çalışma Koşullarından Kaynaklı Söylemler Teması Kavram Haritası



Şekil 7’de görüldüğü üzere elde edilen bulgular doğrultusunda çalışma koşullarından kaynaklı söylemler, yurt dışı iyi çalışma koşulları, insancıl çalışma hakları, insani çalışma şartları, iş yükü fazlalığı, özlük haklarının karşılanmaması gibi alt temalara ayrılmıştır.

#### Yurt Dışı İyi Çalışma Koşulları

Yurt dışı iyi çalışma koşulları alt temasında hekimlik onuruna yakışır koşullar, çekici faktörler, yüksek maaş, bilimsel imkânlar, insani şartlar, itibar görme, siyasi konjonktür azlığı, güvenli yaşam, hayat kalitesinin yüksekliği ve hekim haklarının verilmemesi konuları ön plana çıkmaktadır. Söylemlerde ülkemizdeki çalışma koşulları bu kadar kötüyken, yurt dışındaki iyi çalışma koşullarının çekici faktörler arasında olduğu vurgusu yapılmaktadır. Özellikle yurt dışındaki koşulların daha insani olmasından dolayı hekimlerin göç ettiklerine yönelik söylemler vardır. Bu söylemlere aşağıdaki tweetler örnek verilebilir:

“Hekim göçü konusunu mutlaka itici faktörler/çekici faktörler başlıkları altında düşünmek gerekiyor. Başka ülkelerdeki çekici faktörleri bir kenara bırakalım (maaş, bilimsel imkanlar vs). Artık burada çok fazla itici faktör var (mesleğin düşürülen itibarı, şiddet, ücret vs.).”

*“Hekim göçü artık ana haber bültenlerinde. Çünkü gidiyorlarsa gitsinler denilmişti. Daha iyi şartlarda ve huzurla hekimlik onuruna yakıştır şekilde hekimlik yapabilmek adına gidiyorlar. #hekimlergöçüyor”*

*“Hekimler yurt dışına sefa sürmek için gitmiyor hekimlik her yerde zor, orda emeğin karşılığı olduğu için gidiyor #HekimlerMuhatapArıyor”*

### ***İnsancıl Çalışma Hakları***

İnsancıl çalışma hakları alt temasında dayak yememek, aşağılanmamak, şiddeti önlemek ve mobbinge maruz kalmamak kodları ortaya çıkmıştır. Bu alt tema altındaki tweetlerde herkes gibi hekimlerin de insancıl çalışma haklarına sahip olduğuna yönelik söylemler yer almaktadır. Bu söylemlere *“...doktorlarımız dayak yememek, insancıl çalışma hakları gibi çok temel sıkıntılardan kaynaklı yurtdışına gidiyor.”* *“Önünde uzun bir meslek yaşamı varken bu travmayı, aşağılanmayı, şiddeti, düşük geliri, yanlış malpraktis yasasını yaşamak istemeyenler gidiyor.”* tweetleri örnek verilebilir. Tweetlerde de görüldüğü üzere insancıl çalışma koşullarının sağlanmasının bir hak olduğu ve aslında hekimlerin mobbinge maruz kalmamak, şiddete uğramamak, insancıl koşullarda çalışmak gibi çok temel sıkıntılardan dolayı göç ettiği vurgulanmaktadır.

### ***İnsani Çalışma Şartları***

İnsani çalışma şartları alt temasında çalışma koşullarının iyileştirilmesi, üvey evlat muamelesi görme, sürekli şiddete uğrama, beş dakikada bir muayene, ağır çalışma koşulları, mobbinge maruz kalma, hak ettiği değeri görmeme, çalışma süreleri, özlük hakları eksikliği, emeklilik hakkı eksiklikleri, hekim onuru ile yaşama, asgari yaşam şartlarının sağlanmaması ve pandeminin getirdiği yük kodları ortaya çıkmıştır.

Ülkemizdeki çalışma şartlarının insaniyetten uzak olduğu vurgusu yapılmaktadır. Nöbet sürelerinin ve sıklıklarının fazlalığı, aşırı hasta yükü, ağır çalışma şartlarının insani olmadığı ve bu gibi nedenlerle hekimlerin göç ettiği imasında bulunan bazı Twitter kullanıcıları, bu şartların pandemiyle iyice ağırlaştığını ve gün geçtikçe de kötüleştiğini *“Türkiye’de 30 bine yakın asistan hekim, insani koşullardan uzak ve yüksek mobbing altında çalışmaya zorlanmaktadır. 36 saat aralıksız çalışma, pandemiyle iyice ağırlaşmış, asistan intiharları, istifaları ve beyin göçü çoğalmıştır.”* sözleriyle ifade etmektedir. *“Yurtdışı hekimler için artık daha cazip. Bu da son derece doğal. Hiçbir hekim (kendi kaliteleri dünya standartlarının üzerinde olmasına rağmen) geçim derdiyle, sürekli şiddete uğrayarak, 5 dk da muayeneye zorlanarak, dava tehditi altında üvey evlat muamelesi görerek çalışmak istemiyor”* ifadesinde de görüldüğü üzere bu gibi nedenlerle yurt dışının hekimler için daha cazip olması son derece doğal karşılanmaktadır.

### ***İş Yükü Fazlalığı***

İş yükü fazlalığında azalan hekim sayısı, akşam polikliniği uygulaması, nöbet saatleri fazlalığı, beş dakikada bir muayene ve pandeminin getirdiği yük gibi kodlar yer almaktadır. Bir hekim yurt dışında *“1 haftada bakılan hastaya Türkiye’de bir hatta yarım günde bakılıyor”* sözüyle iş yükü fazlalığını özetlerken; söylemlerde de özellikle beş dakikada bir muayene uygulamasıyla hekimler üzerindeki hasta yükünün, pandemiyle birlikte hekimlerin nöbet saatlerinin ve sıklıklarının arttığı ve bunların göçü artırdığı/artıracağı vurgulanmaktadır. Bir Twitter kullanıcısı *“Artan nüfus, azalan hekim sayısı, mağdur olan hastalar kombinasyonuna çözüm hekimlere akşam poliklinikleri yaptırmak mı?”* sorusuyla bir serzenişte bulunmaktadır.

### ***Özlük Haklarının Karşılanmaması***

Özlük haklarının karşılanmaması alt temasında ise kötü özlük hakları, özlük haklarının iyileştirilmesi, özlük haklarını kullanamama, özlük haklarının verilmemesi ve özlük haklarındaki

eksiklikler gibi kodlar oluşmuştur. Bu alt temadaki söylemlerde hekimlerin özlük haklarının karşılanmamasından dolayı göç ettiğine yönelik vurgular yer almaktadır. Hekimlerin özlük haklarının kötü olmasından beyin göçü yaptığını ifade eden bir Twitter kullanıcısı da “*Bu gidişle, güzel vatanımda hekim kalmayacak. Eyy yetkililer..!*” şeklinde serzenişte bulunmuştur. Hekim göçünün özlük haklarının verilerek önlenebileceğini vurgulayan bir hekim de bu durumu “*Bugünlerin gelmemesi için uyardık, tekrar uyarıyoruz; hekimlerin özlük hakları acilen iyileştirilmelidir. Hekim göçü anca haklarımız verilerek önlenebilir. Hekimlerin hakları verilmedikçe kamudaki sağlık sistemi çökmeye devam edecektir. Dost acı söyler... #DoktorsuzKalıyoruz*” şeklinde ifade etmiştir.

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Türk Tabipleri Birliği; Bakanlığın 2020'nin ilk 6 ayında 2412 hekimin istifa ettiği ve 522 hekimin özel hastanelere geçtiğini açıkladığını, fakat resmi olmayan bilgilere göre 18 ayda 8 binin üzerinde hekim istifasının olduğunu belirtmektedir. Yurt dışında çalışmak için iyi hal belgesi alan hekim sayısı ise son 10 yılda 24 kat artmış ve 2021 yılında 1405'e yükselmiştir (Türk Tabipleri Birliği, 2022). Bu doğrultuda son yıllarda sağlık çalışanlarında, özellikle de hekimlerde hem yurt içi hareketliliğin (kamudan özele geçme) hem de dış göçün (ülke değiştirme) artan bir olgu olduğu aşikârdır. Özellikle yoğun çalışma koşulları, düşük ücret, şiddet, mobbing, siyasal istikrarsızlık gibi nedenlerle ülke değiştiren birçok hekim bulunmaktadır (Sezer ve Yıldız, 2009; Yıldırım, 2009; Beştaş, 2023). Bu durumun gelecekte donanımlı hekimlerin gitmesi, donanımsız hekimlerin artması, hekim açığının ortaya çıkması gibi sorunlara yol açacağı düşünüldüğünde hem sağlık sistemi için hem de toplum için olumsuz sonuçlar ortaya çıkabileceği öngörülmektedir. Bu nedenle, hekimlerin görüşleri kadar toplumun da bu konudaki görüşleri önem arz etmektedir. Bu doğrultuda, hekim beyin göçünün toplumsal yansımaları Twitter'daki yorumlar üzerinden yapılan analiz sonucunda ortaya koyulmuştur.

Uluslararası sağlık insan gücü istihdamındaki ve göç nedenlerindeki düşük ücret, olumsuz çalışma koşulları, sınırlı kariyer olanakları, iş memnuniyetsizliği, ekonomik istikrarsızlık, politik zorluklar, düşük mesleki statü, kendi ülkesinde gelecek görememe vs. gibi *itici faktörler* ve daha yüksek gelir imkânı, daha iyi muamele görme, daha iyi çalışma koşulları, yüksek eğitim standartları, aile için daha iyi bir gelecek vs. gibi *çekici faktörler* (Yıldırım, 2009) göz önüne alındığında toplumun hekim beyin göçüne yönelik söylemlerinin de bunlara benzer olduğu görülmektedir. Genel itibariyle toplumun ideolojik ve siyasi, mesleki, ekonomik, iş gücü kaynaklı, sağlıkta şiddet kaynaklı, çalışma koşullarından kaynaklı söylemleri bulunmaktadır.

Hekim göçü konusunda toplumun ideolojik ve siyasi söylemlerine bakıldığında; hükümet desteğinin olmaması, yanlış politika, yasadaki eksiklikler, hükümetin söylemleri, göç politikasını onaylamama, siyasal liyakatsizlik, siyasal etiketlenme, seçim fırsatçılığı, sağlık sisteminin işlememesi gibi alt temalar ortaya çıkmıştır. Siyasal baskının ülkemiz sağlık sistemindeki sorunlardan biri olduğunu ve en kötüsünün de sorunlar karşısında arkalarında destek hissedemediklerini ifade eden Almanya'ya göç etmiş hekim Fırat Ay “*Personel yetersizliği, düşük ücretler, siyasal baskı, hastaların fiziksel şiddete kadar giden saygısızca ve saldırgan tavırları; liste uzar gider. En kötüsü de bu sorunlar karşısında arkamızda bir destek hissedememek.*” sözleri de bu alt temaları destekler niteliktedir (Ceylan, 2022). Göç etme nedenleri arasında da yer alabilecek bu konular, toplumun söylemlerinde de yer almaktadır. Ülke genelinde liyakatsizliğin olmasından dolayı bireylerin serzenişte bulunduğu görülmüştür. Hatta bir Twitter kullanıcısı hekim göçüyle “*beyin göçünün değil beyin ölümünün gerçekleştiği*” ifadesini kullanmıştır. Sağlık çalışanlarındaki göç olgusunda baskıcı hükümetlerin (Hagopian vd., 2004) ve politik zorlukların itici faktörlerden, politik istikrarın ise çekici faktörler arasında yer alması da (Yıldırım, 2009) alt temalardaki ifadeleri desteklemektedir. Beştaş da hekimlerin “*ekonomik ve siyasal istikrarsızlıkların pençesindeki ülkelerinde*” kalmaktansa yurt dışına göç etmesinin mazur görülmesini ifade etmektedir (Beştaş, 2023). Bu doğrultuda, özellikle bir ülkedeki hükümetin destekleyici tavırlarının bu konuda önem arz ettiği ifade edilebilir. Toplumun da tweetlerde genel itibariyle hükümet desteğinin olmamasına çok fazla vurgu yaptığı, hatta hükümetin “*giderlerse gitsinler*” söylemini çok fazla eleştirdiği görülmüştür. Hekim göçünün önlenmesine yönelik çalışmaların yapılması gerektiği, yoksa gelecek yıllarda hekim açığının ortaya çıkmasının

yüksek bir ihtimal olduğu söylemleri de yer almaktadır. Ayrıca bu konuda yasalar kaynaklı eksikliklerin olduğunu ifade eden kullanıcılar; şiddetin önlenmesi, hekimlerin mali haklarının verilmesi, hekimlerin özlük haklarının sağlanması, malpraktis davaları konusunda yasaların yapılmasını ifade etmektedirler. 15.06.2022 tarihinde yürürlüğe giren, kamu ve özel sağlık kurum/kuruluşları ile Devlet ve vakıf üniversitelerinde çalışan hekimleri, dış hekimlerini ve diğer sağlık meslek mensuplarını kapsayan “Sağlık Meslek Mensuplarının Tıbbi İşlem ve Uygulamaları Nedeniyle Soruşturulmasına ve İdarece Ödenen Tazminatın Rücu Edilmesine Dair Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” malpraktis davaları konusundaki (Resmî Gazete, 2022), “Sağlıkta Şiddet Yasası” şiddet konusundaki yasa eksikliklerini giderecektir (OHSAD, 2022). Malpraktis ile ilgili yönetmelikte sadece kamuda çalışan hekimlerin güvence altına alınmadığı özel sektörde çalışan hekimlerin de güvence altına alındığı görülmektedir. Ayrıca bu yönetmelik ve yasanın hekim göçünün engellenmesine yönelik olduğu da ifade edilebilir.

Hekim göçü konusunda toplumun mesleki söylemlerine bakıldığında; itibar kaybı, mesleki anlam yitimi, meslekte gelecek kaygısı, eğitim altyapısındaki yetersizlik, sendika desteğinin olmaması, çalışma isteksizliği, hekimlerin yalnız bırakılması, hekimlerin değersizleştirilmesi, malpraktis gibi alt temalar ortaya çıkmıştır. Tweetlerdeki söylemlerde hekimlerin ekonomik, çalışma şartlarının kötülüğü gibi birçok faktörden dolayı mutsuz, yıpranmış, umutsuz ve değersiz, çalışma isteksizliği içerisinde oldukları vurgulanmıştır. Arkalarında destek hissetmedikleri için hevesizlik ve kafa karışıklığının arttığı belirtilmiştir. Hekim Prof. Dr. Önder Ergönül beyin göçüyle ilgili röportajında sağlık çalışanlarına yönelik şiddet, ücret azlığı ve çalışma koşullarının kötü olması nedeniyle hekimlerin kendini değersiz hissettiğini ve mesleki anlamdaki olumsuzluklar arttığı için yurt dışına gittiğini ifade etmiştir (Çalışkan, 2022). Almanya’ya göç etmiş hekim Fırat Ay ise ülkemizde karşılaştıkları sorunlarda arkasında destek hissedemediğini, sendika üyesi olmasına ve hekimlerin sorunlarını sendikaya iletmesine rağmen çözüm gelmediğini dile getirmiştir (Ceylan, 2022). Bir Twitter kullanıcısı da bu durum hakkında “*Dünyada örneği görülmemiş popülist sendika konuşmalarıyla sağlıkta olmazsa sistemin duracağı hekimler özele ve yurtdışına gidiyor.*” şeklinde bir ifadeye bulunmuştur. Ayrıca mesleğinden memnun, yaptığı işte kendi yeteneklerini kullandığını hisseden, çalışmasının karşılığını maddi ve manevi olarak aldığı düşünen hekimlerin motivasyonlarının yüksek olacağı ve iyi bir sağlık hizmeti verecekleri aşikârdır (Yıkılkan vd., 2012). Ülkemizde de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı yürürlüğe konulmuştur. Programın bileşenlerinden birisi “bilgi ve beceri ile donanmış yüksek motivasyonla çalışan insan gücü” şeklindedir. Sağlık insan kaynağının ülkedeki bölgelere dengeli bir şekilde dağılımı ve sağlık profesyonellerinin motive ve verimli çalışacaklarının sağlanacağı hedeflenmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). Ancak tweetler incelendiğinde hedeflenen bileşenin aksine hekimlerin mesleki olarak motivasyonlarını kaybettiği ve çalışma konusunda isteksizliklerinin bulunduğu görülmektedir. Maddi ve manevi olarak zor bir eğitim sürecinden geçerek hekim olan bireylerin nitelikli ve kıymetli bir iş yaptıkları aşikârdır. Ancak toplum tarafından mesleklerinin sıradan ve değersiz duruma düşürüldüğü, mesleklerine karşı saygı duyulmadığı görülmüştür. Bu şekilde hekim kimliğinin değersizleştiği ve hekimlerin karamsarlığa sürüklendiği dile getirilmektedir. Hekimlerin umutlarının kırıldığı, yaptıkları işlerin maddi ve manevi olarak karşılığını alamadıkları dile getirilmekte ve hekimlerin mesleki tatminlerinin azaldığı ifade edilmektedir. Hekimler de değer gördükleri, mesleki tatminlerinin yüksek olduğu yerlere göç etme isteğinde bulunmaktadır. Ayrıca çalışma bulgularında hekimlerin meslekte gelecek kaygısı yaşadıklarına yönelik söylemler ortaya çıkmıştır. Tıp öğrencilerinin mezun olduktan sonra gelecekle ilgili kaygılarının olduğunu belirttiği çalışmalar da (Dağtekin vd., 2020; Çıtıl ve Ketten, 2021) bu durumu desteklemektedir. Meslek kaygısı olan öğrencilerin kaygı nedenleri; mesleki saygınlığın azalması, uzmanlık kadrolarının yetersizliği, tıp fakültesindeki pratik eğitiminin yeterli olmadığını düşünme, tayinin istenmeyen yere çıkması, maaş yetersizliği, kurumda çalışan sağlık personeli ile iletişimsizlik, toplumda yeterli statüye ulaşamamak gibi faktörlerdir (Cihan vd., 2017). Mesleki gelecek kaygısının en çok mesleğe yeni başlayacak öğrencileri etkilediği ve mesleğe başlamadan motivasyon ve tatminlerinin azaldığı, yurt dışı çalışma koşullarını araştırdığı görülmektedir. Uzman hekimlerin yanında tıp öğrencilerinin de bu şekilde kaygılı olması ve göçle ilgilenmeleri ileride hekim açığının doğmasına yol açabileceğini ve niteliksiz hekimlerin çoğalacağını düşündürmektedir. Nitelikli öğrencilerin ve hekimlerin yurt dışına göçmesiyle kaliteli sağlık hizmeti sunumunda sıkıntılar

yaşanabileceği varsayılmaktadır. Ayrıca bu durumun tıp fakültesinin ve hekimlik mesleklerinin değerinin daha da azalmasına neden olabileceği düşünülmektedir.

Hekim göçü konusunda toplumun ekonomik söylemlerine bakıldığında; hak edilen maaşı almama, dolgun maaş algısı, eğitim maliyetinin boşa harcanması, yurt içi refah seviyesinin düşüklüğü, düşük maaş, alım gücü, yurt dışı refah seviyesi yüksekliği, zam yetersizliği, ülke ekonomisi, emek sömürüsü gibi alt temalar ortaya çıkmıştır. Ekonomik söylemlerde özellikle hekimlerin yoksullaştırılması, alım gücünün düşmesi ve buna karşılık tatmin edici zamların yapılmaması ön plana çıkmaktadır. Analiz edilen tweetler çalışmanın yapıldığı son dönem olmasından dolayı Mayıs 2022'ye kadardır. 2023 yılında hekimlere yönelik yapılan maaş iyileştirmeleri göz önüne alındığında bu durum ileriki çalışmalarda farklılık arz edebilecektir. Türkiye'den Almanya'ya göç eden bir hekim, Almanya'da hekim olan vatandaşların standart yaşam biçimlerini rahatlıkla sürdürebildiklerini ifade etmiştir. Hekimlere verilen maaştan, zorunlu ihtiyaçlar (barınma, beslenme, ulaşım vs.) düşürüldüğünde kalan paranın keyfi harcamalar için rahatlıkla kullanılabilir olduğunu ve ayrıca yatırım da yapabildiklerini söylemiştir (Dr. Cemal-Almanya'da Bir Doktor, 2021). Doğrudan bir kıyaslama yapılması hekim maaşlarının ülkeden ülkeye değişmesiyle ve ülkedeki alım gücünün oranına göre zorlaşabilmektedir. Ancak göçün gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere; refah seviyesi düşük yerlerden yüksek refah seviyesi olan yerlere doğru olduğu düşünüldüğünde (Yıldırım, 2009) göçün temel nedenlerinden birinin ekonomi kaynaklı olduğu söylenebilir. Astor ve diğerleri Hindistan, Nijerya, Pakistan, Kolombiya ve Filipinler'deki özel uzmanlıkları veya deneyimleri temelinde seçilen katılımcılara hekim göçünün nedenlerini sormuşlardır. Katılımcı hekimler artan gelir arzusu, teknolojik imkânlar, güvenli yaşam ve aile için gelecek vaat eden bir yer olmasının hekim göçünü artırdığını ifade etmişlerdir (Astor vd., 2005). Böylece hem hekim adaylarının hem hekimlerin hem de toplumun hekim göçüne yönelik tutumunda ekonominin önemli bir paya sahip olduğu çalışma bulguları ile desteklenmektedir. Hekim göçünün Maslow'un İhtiyaçlar Hiyerarşisi Modeli'ne göre değerlendirildiği bir çalışmada ise hekim göçüne yönelik çalışmaların yarından fazlasında finansal ihtiyaçları karşılama durumunun ön plana çıktığı tespit edilmiştir (Dohlman vd., 2019). Hekimleri göçe iten faktörlerde ülkenin ekonomik durumu, satın alma gücü, yeterli maaş ve göç edilen ülkenin refah seviyesinin yüksekliği önemli paya sahiptir. Ancak hekimlerin sadece ekonomik açıdan göç ettikleri düşünülmemelidir. Bu konu üzerine bir Twitter kullanıcısı, *"Para için gitmiyorlar; Almanya da çok para vermiyor. Alman hekimler çok para kazanmak için Amerika'ya gidiyor. Onların bıraktığı yere insanca yaşamak, saygı görmek, işleyen bir sistemde çalışmak, sistemin her türlü sorunundan sorumlu tutulmamak, şiddete uğramamak için gidiyorlar"* ifadelerini kullanmıştır. Buradan iyi ekonomik koşulların hekim göçünü artırmada önemli etkisinin olduğu söylenilebilir fakat göçün altında yatan tek neden olmadığı da görülmektedir. Ayrıca ekonomik söylemlerde; tıp eğitiminin uzun ve maddi yükü fazla olan eğitim dalı olduğu ifade edilmiş ve bu yüzden uzun eğitim süreci sonunda sağlık hizmetlerinde yararlanılması beklenen hekimlerin ülke dışına göç etmesi de toplum tarafından tepki çekmiştir. Literatürdeki çalışmaların (Korku, 2022; Beştaş, 2023) ve yapılan röportajın da (Sokak Kedisi, 2022) bu durumu desteklediği görülmektedir. Çünkü bu durum nitelikli ve yetişmiş insan gücünün kaybına yol açarken bir ülke için parasal kayıp olarak da nitelendirilmektedir (Korku, 2022). Beştaş, bu durumun yanlışlığını *"hekimlik gibi ortalamanın üstünde bir başarı yüzdesiyle eğitim sürecini geçirmiş ve uzun yıllara varan maliyetli bir tıp eğitiminden sonra, sağlık gibi yaşamsal bir meslek grubunda istihdam edilen insanların, adeta nadide bir armağan gibi hazır bir şekilde dışarıya sunulması bir trajedi değil de nedir?"* cümlesiyle özetlemiştir (Beştaş, 2023). Bir kullanıcı da eğitim maliyetlerinin boşa harcanmasına tepki olarak *"tavuğun kesilmesi ve çifliğin yanması"* ifadesini kullanmıştır. Hekimlerin göçüne karşılık hükümetin *"giderlerse gitsinler"* söylemi de tepki çekmiş ve bu konu üzerine yapılan röportajda bir vatandaş bu söylemi doğru bulmadığını ve yetişmiş nitelikli elemanların ülkemizde kalması için daha yapıcı yollar bulunması gerektiğini ifade etmiştir (Sokak Kedisi, 2022). Ülkemizin mustarip olduğu duruma benzer olarak Romanya'da yapılan bir çalışmada da tıp öğrencilerinin meslek eğitimlerine alternatif imkân sunması bakımından hekim göçüne yönelik tutumlarının olumlu olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Suciu vd., 2017).

Hekim göçü konusunda toplumun iş gücü kaynaklı söylemlerine bakıldığında; hekimsiz kalma korkusu, donanımsız hekimlerin ortaya çıkması, hekim açığının ortaya çıkması, donanımlı hekimlerin

gitmesi, yurt dışında ucuz iş gücü haline gelmesi gibi alt temalar ortaya çıkmıştır. Yurt dışına göç etme hazırlığı yapan bir hekim, meslektaşlarından birçoğunun da göç için yabancı dil çalıştığını ifade etmiştir (Ceylan, 2022). Türk Tabipleri Birliği Raporuna göre de son 10 yılda yurt dışı hekim göçü 24 kat artmıştır. Ankara Tabip Odası Yönetim Kurulu üyesi bir hekim bu durumun gelecek yıllarda hekim kuraklığına neden olacağını ifade etmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2022). Bu nedenle, bu konudaki iş gücü kaybının gelecek yıllarda ülkemiz için sorun teşkil edeceği, toplumun da bu konudaki korkularının ve söylemlerinin olmasının gayet normal olduğu ifade edilebilir.

Hekim göçü konusunda toplumun sağlıkta şiddet kaynaklı söylemlerine bakıldığında; psikolojik şiddet (mobbing), fiziksel şiddet, can güvenliğinin sağlanamaması, şiddetin cezasız kalması ve sözlü şiddet gibi alt temalar ortaya çıkmıştır. Almanya'ya göç etmiş hekimlerle yapılan bir görüşmede hekimlerin Türkiye'deki sağlık sisteminin en büyük sorunlarının sağlık kurumlarında yaşanan şiddet olaylarının olduğunu, hastaların fiziksele kadar giden saygısızca ve saldırgan tavırları olduğunu, ülkemizde hekimleri en çok zorlayan ve kısıtlayan durumların başında güvenlik sorunlarının geldiğini, şiddet olaylarının cezasız kalmasının şiddet yanlılarına güç sağlayarak hekimlerin motivasyonunu düşürdüğünü dile getirmeleri bu alt temaları destekler niteliktedir (Ceylan, 2022). Son zamanlarda artan şiddetin hekim göçünü tetikler nitelikte olduğu ve hastanelerin de neredeyse her gün şiddet olaylarının görüldüğü yerler haline geldiği ifade edilmektedir (Beştaş, 2023). Literatürdeki bu tür çalışmaların (Ceylan, 2022; Beştaş, 2023) çalışma bulgularını desteklediği görülmektedir. Ayrıca ülkemizde hem sözel hem de fiziksel şiddetin artış göstermesi sağlık çalışanlarını olumsuz yönde etkilemekte, onların mesleki açıdan motivasyonlarını düşürerek çalışma isteklerini azaltmaktadır. Bir sendika tarafından hazırlanan 2021 yılı Sağlıkta Şiddet Raporunda ülkemizde yıl boyunca 190 şiddet olayının yaşandığı ve 316 sağlık çalışanının şiddete maruz kaldığı görülmektedir (Yazgan, 2022). Çalışma kapsamında incelenen tweetlerde hekimlerin idarecileri tarafından yüksek mobbinge uğradıkları ve sözlü-psikolojik şiddete maruz kaldıkları vurgulanmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarından görülen şiddet olaylarında hastane yönetiminin hekimlerin yanında olması gereken ilk kişiler olması gerekirken tam tersine hekimlerin idarecilerinden mobbing görmesinin onları istifaya ve göçe ittiği ifade edilebilir. Hasta ve hasta yakınları tarafından uygulanan şiddetin yanına yönetim tarafından uygulanan mobbing eklendiğinde hekimlerin yurt dışına göç etmesini ve şiddet olaylarının daha az görüldüğü ülkelerde mesleklerini icra etmeyi istemelerini toplum olağan bir durum olarak karşılamaktadır. Ayrıca şiddet vakalarına karşı adli yaptırımların ve cezaların arttırılmasının hekimlerin can güvenliklerini sağlamada etkili olabilecektir. Göçün; daha iyi olanaklarda çalışmak, daha iyi bilimsel çalışmalar yapmak gibi kariyer geliştirici veya ekonomik refah seviyesinin yükselmesi gibi nedenlerin yanı sıra şiddetten kaçmak, can güvenliklerini sağlamak için tercih edildiği de anlaşılmaktadır.

Hekim göçü konusunda toplumun çalışma koşullarından kaynaklı söylemlerine bakıldığında; yurt dışı iyi çalışma koşulları, insancıl çalışma hakları, insani çalışma şartları, iş yükü fazlalığı, özlük haklarının karşılanmaması gibi alt temalar ortaya çıkmıştır. Çalışma koşulları; çalışanların beden, ruhen ve sosyal yönden kendisini iyi hissettiği, nitelikli iş sahibi olduğu ve yaşam kalitelerinde önemli bir payı etkilediği ortamlardır (Özkan vd. 2013). Analiz edilen tweetlerde ise bu tanımın aksine çalışma koşullarının insani şartlarda olmadığı vurgusunun sıkça yapıldığı görülmüştür. Bu duruma benzer olarak Kumaş ve Yücel Beyaztaş (2007) da hekimlerin çalışma koşullarını irdeledikleri araştırmalarında iş yükü fazlalığı, çalışma süreleri uzunluğu gibi insani çalışma şartlarının olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Literatürdeki çalışmaların (Korku, 2022; Sancak, 2023) ve yapılan röportajların da (DW Türkçe, 2021; BBC News Türkçe, 2021) bulgulardaki çalışma koşullarının kötülüğüne yönelik söylemleri desteklediği görülmektedir. Ayrıca koronavirüs pandemisiyle birlikte bu durumun daha da kötüleştiği ifade edilebilir. Koronavirüs pandemisi iş yükünü artırırken sağlıkta insan gücü açığını da arttırmıştır. Bu durum ise hem hekimlerin hem de diğer sağlık çalışanlarını uluslararası göçe yöneltmiştir (Korku, 2022). Yurt dışına göç eden hekim Ata Üçertaş verdiği röportajda göç nedenini hekim başına düşen hasta sayısı fazlalığı, otuz altı saat nöbetin akabinde göreve devam etme, şiddetin sonuçsuz kalması, özlük haklarının yetersiz olması şeklinde ifade ederken; yurt dışı çalışma koşullarının sunduğu imkânları ise bilimsel çalışma ortamının kalitesi, finansal kaynak bulunabilirliği, hekimlere verilen değer ve kısa çalışma süreleri olarak ifade etmiştir



(DW Türkçe, 2021). Yurt dışına göç eden Duygu Keskin Gökçelli ise yurt dışı çalışma koşullarının da kendince eksiklikleri olduğunu, her şeyin kolay ve istenilen şekilde olmadığını fakat Türkiye'ye göre kıyaslandığında daha yaşanılabilir çalışma koşullarının olduğunu belirtmiştir (BBC News Türkçe, 2021).

Tıp fakültesi öğrencileri üzerine yapılan bir çalışmada da göç kararını etkileyebilecek faktörler içerisinde ilk sıralarda yurt dışında şiddetin daha az, Türkiye'de iş yükünün daha yüksek, Türkiye'de çalışma ortamının daha stresli, yurt dışında çalışma koşullarının daha iyi olduğunu düşünmelerinin geldiği tespit edilmiştir (Sancak vd., 2023).

Çalışma koşullarından kaynaklı söylemlerde hekimlerin özlük haklarının karşılanmaması önemli bir kesimin görüşünde yer almıştır. Bu konuda bir Twitter kullanıcısı *"Hekimlerin özlük haklarının verilmemesinin asla bir açıklaması olmaz. Tükendik ve umudumuz kalmadı. Hekim göçü artık durdurulamaz."* şeklinde serzenişte bulunmuştur. Az ve Karaman da bu tür ifadeleri destekler niteliktedir. Özellikle de koronavirüs pandemisinin etkisiyle hekim özlük haklarının hem ülkemizde hem de dünyada göz ardı edildiğini ifade etmişlerdir (Az ve Karaman, 2022). Bu bilgiler hekimlerin yurt dışına göç etme nedenlerinin toplumsal yansımaları ile benzerlik göstermektedir. Bu doğrultuda hekimlerin çalışma koşullarının insani olmadığı, özlük haklarının yetersiz olduğu ve ağır şartlar içerdiği; bu durumların ise hekim göçünü hızlandıran ana nedenlerden biri olduğu görülmektedir. Ayrıca tweetler üzerinden yapılan toplumsal yansımalarda ön plana çıkan alt temalardan birisi de yurt dışı çalışma koşulları olmuştur. Bu tema altında çekici faktörler olarak da sıralayabileceğimiz güvenli yaşam, hekim haklarının verilmesi, yaşam kalitesi yüksekliği, itibar görme ve bilimsel imkânlar yer almaktadır. Sheikh ve diğerleri de Pakistanlı tıp öğrencilerinin göçe yönelik düşüncelerinde benzer çekici faktörleri (yurt dışındaki kazançlı maaş, eğitim kalitesi, iş tatmini, daha iyi yaşam tarzı, daha fazla fırsat, daha iyi çalışma ortamı) bulmakla birlikte özellikle hekimlik kariyeri için göç olgusunun düşünüldüğünü tespit etmişlerdir. Pakistanlı tıp öğrencilerini göçe iten faktörler ise terör, hekimlere yönelik taciz, akran baskısı ve çalışma saatleri yoğunluğu olmuştur (Sheikh vd., 2012). Hem hekim göçü hem de genel göç nedenleri göz önüne alındığında gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru bir akışın olduğu ve benzer nedenleri (maaş, çalışma koşulları, iş yükü azlığı vs.) oluşturduğu görülmektedir.

Sonuç olarak her ne kadar hekim göçü fazla olsa da aslında toplumun hekimlerin yanında olduğu tespit edilmiştir. Tweetlerin genelinde hekimlere yapılan haksızlık dile getirilmekte ve hem manevi açıdan (devlet ve halk) hem de maddi açıdan (devlet) hekimlerin yanında olunması gerekliliği ifade edilmektedir. Bazı tweetlerde ise hekimlerin sadece maddi nedenlerle gittiğine yönelik söylemler de yer almaktadır. Bu doğrultuda, hekim göçünün toplumsal yansımalarında hekimlerin gitmesinden üzüntü duyanlar ile bunu çekip gitmek, kalıp mücadele etmemek, pes edip kaçmak, kolayca kaçmak şeklinde görenler de bulunmaktadır. Bu noktada *"Kalıp mücadele etmek var iken pes edip kaçmak bir hekime yakışmaz..."*, *"İstifa et. Yurtdışı seni bekliyor"*, *"Gitmezlerse gücenirim, bunlara emanet edilecek hayatımız yok!!!"* gibi yorumlar bulunmaktadır. Bu çalışmadaki tweetlerin geneline bakıldığında toplumda bazı kesimlerin hekimleri haklı gördüğü fakat bazı kesimlerde ise hekimlere karşı değersizleştirilmenin, yalnızlaştırmanın, itibarsızlaştırmanın ve en önemlisi ötekileştirmenin olduğu tespit edilmiştir. Aslında bu ötekileştirmenin nelerden kaynaklandığı belirlenerek hükümetin destekleri, Sağlık Bakanlığı'nın kamuoyu açıklamaları ve medya desteği ile hekimlerin itibarının geri kazandırılması sağlanabilir. Ayrıca hekimlerin göç etme nedenleri de çalışma kapsamında ortaya çıkmıştır. Bu nedenlerin ağırlıklı olarak yetersiz maaş gibi ekonomik kaynaklı nedenler, olumsuz çalışma koşulları, şiddet ve mobbingin artış göstermesi, halk ve hükümet tarafından değer görememe şeklinde olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda hekim göçünün günümüzde artan bir olgu olduğu, bunun gelecekte donanımlı hekimlerin gitmesi, donanımsız hekimlerin artması ve hekim açığının ortaya çıkması gibi sorunlara yol açacağı ön görülmektedir. Bu nedenle hekim göçünün, altında yatan nedenlerin ve göçün önlenmesine yönelik çalışmaların yapılması önem arz etmektedir.

**Etik Kurul İzni:** Çalışmada kamuya açık veri kullanıldığı için etik kurul izni gerekmemektedir.

## KAYNAKLAR

- Alkan, F., & Erdem R. (2019). Türkiye’de yurt içi sağlık personeli hareketliliğinin değerlendirilmesine yönelik bir çalışma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3), 515-542.
- Altınöz, B. (2021). *Uluslararası göçe etki eden faktörler: çekici güçler yaklaşımı* (Yayın No. 693062) [Doktora Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi]. Yüksek Öğretim Kurulu Başkanlığı Tez Merkezi. <https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/tezSorguSonucYeni.jsp>
- Astor, A., Akhtar, T., Matallana, M. A., vd. (2005) Hekim göçü: Kolombiya, Nijerya, Hindistan, Pakistan ve Filipinler'deki profesyonellerin görüşleri. *Sosyal Bilimler ve Tıp*, 61(12), 2492-2500.
- Az, A., & Karaman, M. İ. (2021). COVID-19 günlerinde hekim haklarını tekrar düşünmek: geleneksel derleme. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 30(1), 1-7.
- BBC News Türkçe, (2021, Aralık 14). ‘Hekimler göçü’: Yurt dışına taşınan doktorlar anlatıyor [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=o-wH0389brM>
- Beştaş, İ. (2023). Doktor istifaları ve yurt dışı göçü (2020-2022) medya yansımaları. İçinde G. Karakuş, F. Yakut ve N. D. Şimşek (Ed.), *Sosyal bilimlere çok yönlü yaklaşımlar: Tarih, turizm, eğitim, ekonomi, siyaset ve iletişim* (1. Baskı., ss. 213-271). Özgür Yayınları.
- Bezuidenhout, M. M., Joubert, G., Hiemstra, L. A., & Struwig, M. C. (2009). Reasons for doctor migration from South Africa. *South African Family Practice*, 51(3), 211-215.
- Ceylan, E. (2022, Haziran 15). *Almanya'ya göç eden ve göç etme hazırlığı yapan doktorlarla konuştuk: Anlattıklarını okuyunca her biriyle empati kuracaksınız.* <https://www.webtekno.com/doktor-beyin-gocu-h121440.html>
- Cihan, F. G., Kutlu, R., & Karademirci, M. M. (2017). İntörn doktorların stresle başa çıkma durumları ile gelecek kaygı düzeyleri. *Journal of Academic Research in Medicine JAREM*, 7(3), 122-127.
- Çağlayan, S. (2006). Göç kuramları, göç ve göçmen ilişkisi. *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (17), 67-91.
- Çalışkan, N. (2022, Mayıs 31). *Türkiye’de bilim yapmak (1): Beyin göçü krizi | “2022’de 2 binin üzerinde hekim ülkeyi terk edebilir”.* <https://medyascope.tv/2022/05/31/turkiyede-bilim-yapmak-1-beyin-gocu-krizi-2022de-2-binin-uzerinde-hekim-ulkeyi-terk-edebilir/>
- Çıtıl, R., & Keten, M. (2021). Tıp fakültesi öğrencilerinin uzmanlık tercihleri ve mesleki kaygı düzeyleri. *Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13(3), 171-192.
- Dağtekin, G., Dalkılıç, M., Çakıcı, F., Çakır, A., Ekin, A. E., Öztünç, D., & Işıklı, B. (2020). Tıp fakültesi öğrencilerinde gelecek kaygısı, depresyon ve stres ilişkisinin değerlendirilmesi. *Türk Tıp Öğrencileri Araştırma Dergisi*, 2(3), 135-142.
- Dohlman, L., DiMeglio, M., Hajj, J., & Laudanski, K. (2019). Global brain drain: how can the Maslow theory of motivation improve our understanding of physician migration?. *International journal of environmental research and public health*, 16(7), 1182.
- Dr. Cemal-Almanyada Bir Doktor. (2021, Ocak 27). *Almanya’da bir doktorun alım gücü* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=ojKFeBHVMRQ>

- DW Türkçe. (2021, Aralık 4). *Doktorlar neden Türkiye'den Almanya'ya göç ediyor?* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=VXGHnYut5j4>
- Güllüpinar, F. (2012). Göç olgusunun ekonomi-politiği ve uluslararası göç kuramları üzerine bir değerlendirme. *Yalova Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(4), 53-85.
- Hagopian, A., Thompson, M. J., Fordyce, M., Johnson, K. E., & Hart, L. G. (2004). The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain. *Human Resources for Health*, 2(1), 1-10.
- Karpat, K. H. (2010). *Osmanlı'dan günümüze etnik yapılanma ve göçler*, İstanbul: Timaş Yayınları.
- Kaya, M. (2003). Beyin göçü/erozyonu. *İş Güç Endüstri İlişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi*, 5(2).
- Korku, C. (2022). Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü. İçinde İ. Erdoğan Tarakçı ve B. Uysal (Ed.), *Sağlık yönetimi: Güncel konular üzerine akademik değerlendirmeler* (1. Baskı., ss. 35-56). Efe Akademi Yayınları.
- Kozinets, R. V. (2002). The field behind the screen: Using netnography for marketing research in online communities. *Journal of marketing research*, 39(1), 61-72
- Kumaş, H., & Yücel Beyaztaş, F. (2007). Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşullarının irdelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(3), 123-127.
- Lee, E. S. A. (1966). Theory of migration. *Demography*, 3(1), 47-57.
- Metin, A., & Erdem, R. (2019). Hekim imajına yönelik toplumsal algıya dair bir araştırma. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 11(21), 361-376.
- OHSAD. (2022, Mayıs 16). *Sağlıkta şiddet ve malpraktis yasası mecliste kabul edildi – 16 Mayıs 2022*. <https://ohsad.org/saglikta-siddet-ve-malpraktis-yasasi-mecliste-kabul-edildi-16-mayis-2022/>
- Özkan, Ö., Koçyiğit, Z., & Şen Ü. (2013). Özel hastanelerde çalışan hemşirelerin çalışma yaşam koşulları. *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2(1), 15-25.
- Resmî Gazete. (2022). *Sağlık meslek mensuplarının tıbbi işlem ve uygulamaları nedeniyle oluşturulmasına ve idarece ödenen tazminatın rücu edilmesine dair usul ve esaslar hakkında yönetmelik* (Resmî Gazete Karar Sayısı: 31867). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/06/20220615-14.htm>
- Sancak, B., Selek, S. N., & Sarı, E. (2023). Depression, anxiety, stress levels and five-factor personality traits as predictors of clinical medical students' migration intention: A cross-sectional study of brain drain. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1-17.
- Sezer, M. S., & Yıldız, M. (2009). Türkiye'de bir kamu politikası sorunu olarak yabancı doktor istihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada örnekleri. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(3), 43-78.
- Sheikh, A., Naqvi, S. H. A., Sheikh, K., Naqvi, S. H. S., & Bandukda, M. Y. (2012). Physician migration at its roots: a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan. *Globalization and Health*, 8, 1-11.

- Sokak Kedisi. (2022, Mart 9). *Yurtdışına göç eden doktorlarımıza “giderlerse gitsinler” diyen Erdoğan’ın açıklamasını sorduk* [Video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=SSJLUTmS5bg>
- Suciu, Ş. M., Popescu, C. A., Ciumageanu, M. D., & Buzoianu, A. D. (2017). Physician migration at its roots: a study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania. *Human Resources for Health*, 15(1), 1-9.
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*, Ankara: Sağlık Bakanlığı. <https://www.saglik.gov.tr/TR,11415/saglikta-donusum-programi.html>.
- Türk Tabipleri Birliği. (2022). *Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi 2020-2022 Çalışma Raporu*. [https://www.tb.org.tr/c\\_rapor/2020-2022/2022.pdf](https://www.tb.org.tr/c_rapor/2020-2022/2022.pdf).
- Yazgan, B. (2022, Ocak 22). *Sağlıkta şiddet raporu açıklandı*. <https://www.bsha.com.tr/saglikta-siddet-raporu-aciklandi-2/>
- Yıkılkan, H., Aypak, C., & Görpelioğlu, S. (2012). Aile hekimliği uzmanı olmak için öğrencilerin motivasyonları ve aile hekimliği uzmanlarının iş doyumları: literatür taraması. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 6(2), 36-41.
- Yıldırım, A., & Şimşek H. (2021). *Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri*, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yıldırım, K. (2013). Hekime yönelik şiddeti besleyen skala: teorik ve pratik boyut. *Toplum ve Hekim*, 28(1), 70-80.
- Yıldırım, T. (2009). Sağlık çalışanları ve uluslararası göç: Göç nedenleri üzerine bir inceleme. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 62(3), 87-94.
- Yılmaz, A. (2014). Uluslararası göç: çeşitleri, nedenleri ve etkileri. *Electronic Turkish Studies*, 9(2), 1685-1704.

## SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ \*

Zeynep Ece KAN \*\*

Ekrem SEVİM \*\*\*

### ÖZ

Araştırmanın amacı, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin belirlenerek, aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve sosyodemografik özelliklere göre değişimlerinin belirlenmesidir. Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir saha araştırması olarak tasarlanan çalışma Balıkesir merkez Altıeylül ilçesinde yaşayan 387 kişi ile yürütülmüştür. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Veriler değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotlar kullanılmıştır. Ölçekler normal dağılım göstermediği ( $p < 0,05$ ) için nonparametrik testlerden; iki bağımsız grup arasındaki farkı bulmak için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis testi sonucunda fark tespit edildiğinde, fark yaratan grubu bulmak için ise düzeltilmiş Bonferroni uygulanmıştır. Ayrıca ölçekler arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda, Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeğinin ortalama puanı, sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilen  $32,90 \pm 7,35$  olarak tespit edilmiştir. Akılcı ilaç kullanımı ölçeğinin ortalama puanı ise akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olarak değerlendirilen  $38,82 \pm 3,90$  olarak tespit edilmiştir. Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve alt boyutları ile akılcı ilaç kullanım düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Bu sonuçlar politika yapıcılara ve sektörün diğer önemli paydaşları olan uygulayıcılar ve akademisyenlere konuya yönelik daha fazla çalışma yürütmeleri konusunda yön gösterici olabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İlaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı, akılcı ilaç kullanımı, akılcı olmayan ilaç kullanımı.

### MAKALE HAKKINDA

\* Bu çalışma, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü Yüksek Lisans Programı kapsamında, Doç. Dr. Ekrem SEVİM danışmanlığında Zeynep Ece KAN tarafından hazırlanan "Sağlık Okuryazarlığı ile Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" (2022) başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

\*\* Yüksek Lisans, Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, ecekan95@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1164-2052>

\*\*\* Doç. Dr. Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, SBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, esevim@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0697-5899>

Gönderim Tarihi: 02.12.2022

Kabul Tarihi: 13.07.2023

### Atıfta Bulunmak İçin:

Kan, Z.E., & Sevim, E. (2023). Sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 641-654

## EXAMINATION OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN HEALTH LITERACY AND RATIONAL DRUG USE \*

Zeynep Ece KAN \*\*

Ekrem SEVİM \*\*\*

### ABSTRACT

The aim of the study is to determine the health literacy and rational drug use levels of individuals, to examine the relationship between them and to determine their changes according to sociodemographic characteristics. The study, which was designed as a descriptive and relationship-seeking field study, was conducted with 387 people living in the central district of Balıkesir, Altıeylül. The data obtained in the research were analyzed using the SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 program. Descriptive statistical methods were used while evaluating the data. As the scales did not show normal distribution ( $p < 0.05$ ), it was one of the nonparametric tests; Mann Whitney U test was used to find the difference between two independent groups, and Kruskal Wallis analysis was used for comparisons of more than two independent groups. When a difference was found as a result of Kruskal Wallis analysis, the corrected Bonferroni was applied to find the group that made the difference. Spearman correlation was used to test the relationship between the scales. As a result of the study, the mean score of Turkey's health literacy scale was determined as  $32.90 \pm 7.35$ , which is expressed as problematic/limited health literacy. The mean score of the rational drug use scale, on the other hand, was determined as  $38.82 \pm 3.90$ , which is considered as having knowledge of rational drug use. It has been determined that there is no statistically significant relationship between individuals' health literacy levels and sub-dimensions and rational drug use levels. These results can guide policy makers and other important stakeholders of the sector, namely practitioners and academics, to conduct further studies on the subject.

**Keywords:** Drug use, health literacy, rational drug use, irrational drug use.

### ARTICLE INFO

\* This study was prepared from the master's thesis titled " Examination of the relationships between health literacy and rational drug use " prepared by Zeynep Ece KAN under the supervision of Associate Professor Ekrem SEVİM.

\*\* Master's Degree, Bandırma Onyediy Eylül University, Department of Health Management, ecekan95@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-1164-2052>

\*\*\* Assoc. Prof. Bandırma Onyediy Eylül University, Department of Health Management, esevim@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0697-5899>

Received: 02.12.2022

Accepted: 13.07.2023

### Cite This Paper:

Kan, Z.E., & Sevim, E. (2023). Sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 641-654

## **I. GİRİŞ**

Günümüz koşulları gelişen teknolojiyle birlikte tıp alanında büyük gelişmeler göstermektedir. Bu nedenle bireylerin doğru yer ve doğru zamanda, yeterli ve doğru sağlık hizmeti alabilmesi için okuryazar olmasından ziyade, 1970'lerde tanımlanan ve önemi giderek artan bir kavram olan sağlık okuryazarlığı kavramı ön plana çıkarmıştır.

Sağlık okuryazarlığı (SOY), Dünya Sağlık Örgütü tarafından, “Bireylerin sağlıkta iyilik hallerinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi amacıyla bireylerin sağlık bilgisine erişim, bilgiyi anlamak ve kullanmak için gerekli olan sosyal ve bilişsel beceriler” olarak tanımlanmıştır (Nutbeam, 2008). Dünya Sağlık Örgütü tarafından 1985 yılında yapılan tanıma göre Akıllı İlaç Kullanımı (AİK), “Hastaların kullanması gereken ilaçları, klinik ihtiyaçlarına uygun biçimde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak miktarda, yeterli zaman dilimi içinde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kuralların tamamıdır” (Holloway ve Dijk, 2011; Vançelik vd., 2006).

Sağlık okuryazarlığı sağlık davranışlarını da etkilemektedir (WHO, 1998). Bireyin sağlık konusunda yeterli bilgi seviyesine ulaşarak uygun tutum ve davranış sergilemesi ve belli düzeyde farkındalık yetkinliğine sahip olması önemlidir. Buna bağlı olarak sağlık okuryazarlığı kavramı gündelik hayatımızın içinde oldukça var olan bir kavramdır. Sağlık ile ilgili bir gıda paketinin etiketinde, ilaç prospektüslerinde veya kişilerin bozulan sağlığının iyileştirilmesi durumunda nereye başvurması gerektiği, nereden ve nasıl randevu alabileceğini bilmesi oldukça önemlidir. Bu bağlamda sağlık okuryazarlığı kavramı ve akıllı ilaç kullanımı günümüzde oldukça önem kazanmaya başlamıştır. Sağlık okuryazarlığının sınırlı olması, karmaşık sağlık hizmeti ortamında büyük sorunlara neden olmaktadır. Sağlık becerileri, modern toplumlarda ihtiyaç duyulan yaşam becerilerinin bir parçası olduğundan, sağlık okuryazarlığının geliştirilmesi için toplumun sağlık okuryazarlığına katılımlarının artırılması gerekmektedir (Kickbusch ve Maag, 2008; Bilir, 2014; Nielsen-Bohlman vd., 2004).

Sağlık okuryazarlığının önemi altı ana maddede ele alınabilir. Bunlar; etkilediği kişi sayısının fazlalığı, kötü sağlık sonuçları, kronik hastalık oranlarında artış, sağlık hizmeti maliyetlerinde artış, sağlık bilgisine olan talepte artış ve eşitlikçilik şeklinde sıralanmıştır (Yılmazel ve Çetinkaya, 2016; Tözün ve Sözmen, 2014; Kanj ve Mitic, 2009). Bu bağlamda sağlık sisteminin sürdürülebilir kılınması ve daha sağlıklı bir toplum için sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yükseltilmesi ve bu konuda farkındalığın artırılması oldukça önem taşımaktadır. Buna bağlı olarak sürdürülebilir sağlık sistemi, sağlık politikalarının en temel hedeflerinden biridir (Tanrıöver vd., 2014).

Akılcı olarak değerlendirilemeyecek ilaç kullanımları, düzeltilmesi zor bir alışkanlık türü olarak bilinmektedir. Bütün ülkelerin ciddi sorunu olarak gözükmekle birlikte, az gelişmiş ya da gelişme sürecindeki ülkelerde daha yaygın bir durumdur (Acar ve Yeğenoğlu, 2005; Yılmaztürk, 2013). Akılcı olmayan ilaç kullanımında, eğitim düzeyinin yetersiz olmasının yanı sıra, ekonomik, sosyokültürel ve düzenleyici mekanizmalar önemli etkindir (Kaya vd., 2015; Ekenler ve Koçoğlu, 2016). İlaçların yanlış kullanımları ile ortaya çıkabilecek fizyolojik, biyolojik ve psikolojik olan bütün olumsuzlukların önlenmesi, sosyal ve ekonomik zararı mümkün olduğunca en aza indirmeye çalışılması akılcı ilaç kullanımında öncelikli hedefdir (Ulusoy ve Sumak, 2011).

Son yıllarda sağlıkla ilgili gerek koruyucu gerek tedavi edici tüm alanlarda sık olarak karşılaşılan kavramlardan biri olan akılcı ilaç kullanımı sağlık okuryazarlığının en önemli çıktularından biridir (Özçelikay, 2001). Bu iki unsur birbirini bütünleyen ve biri diğerini geliştiren kavramlardır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı seviyesi yüksek olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı göstermesi beklenmektedir (İncesu, 2017). Yapılan çalışmada, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri belirlenerek, aralarındaki ilişki değerlendirilmiş ve sosyodemografik değişkenlere göre değişimleri ele alınmıştır.

## II. ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

Araştırmanın amacı, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin belirlenerek, aralarındaki ilişkinin incelenmesi ve sosyodemografik özelliklere göre değişimlerinin belirlenmesidir. Bu kapsamda, araştırmada aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

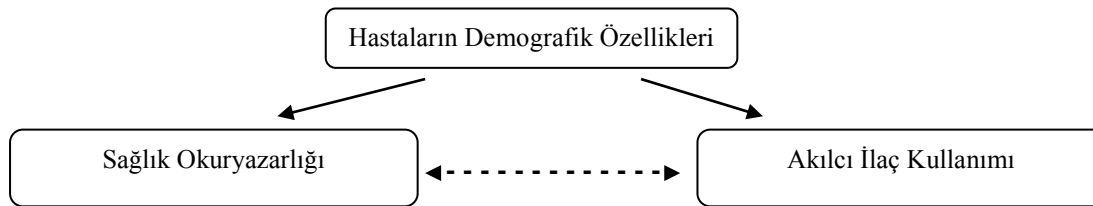
- H<sub>1</sub>. Bireylerin sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanım düzeyleri arasında ilişki vardır.
- H<sub>2</sub>. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu arasında anlamlı farklılık vardır.
- H<sub>3</sub>. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu arasında anlamlı farklılık vardır.
- H<sub>4</sub>. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile tedavi ve hizmet boyutu arasında anlamlı farklılık vardır.
- H<sub>5</sub>. Bireylerin sosyodemografik özellikleri ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında anlamlı farklılık vardır.

Tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir saha araştırması olarak tasarlanan çalışmanın evrenini, Kasım 2021-Ocak 2022 tarihleri arasında Balıkesir merkez Altıeylül ilçesi 1 nolu Dr. Leman Yurtoğlu Aile Sağlığı Merkezine başvuran 18 yaş üstü okuryazar ve çalışmayı kabul eden bireyler oluşturmuştur. Aile sağlığı merkezinde toplam 8 aile hekimi görev yapmakta olup, bu hekimlere kayıtlı olan 18 yaş üzeri nüfus yaklaşık 20.000 kişidir. Çalışmanın örnekleminin hesaplanmasında Altunışık vd., (2005) tarafından geliştirilen tablodan faydalanılarak 387 kişilik örneklem grubuna ulaşılmıştır.

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak üç bölümden oluşan anket tekniği kullanılmıştır. Anketin birinci bölümünde demografik özelliklerin sorgulandığı 7 ifade, ikinci bölümde Okyay vd. (2016) tarafından geliştirilen “Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32)” kullanılmıştır. Sıfır en düşük, 50 en yüksek sağlık okuryazarlık seviyesi olarak belirtilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,92 olarak bulunmuştur. Anketin son bölümünde ise Demirtaş vd., (2018) tarafından geliştirilen “Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçekte en az sıfır, en fazla 42 puan alınabilirken, 35 puan ve üzeri akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olarak değerlendirilmektedir. Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,79 olarak bulunmuştur.

Bireylerin sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasında ilişki olup olmadığını saptamak ve hastaların demografik özelliklerine göre değişimlerini incelemek üzere geliştirilen model şekil 1’de sunulmuştur.

### Şekil 1. Araştırmanın modeli



Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 25.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotları (sayı, yüzde, min-maks değerleri, medyan, ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Ölçeklerin Kolmogrov-Simirnov testine göre normal dağılım göstermediği tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Bu sebeple ölçeklerin değerlendirilmesinde nonparametrik testler kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan ölçeklerde niceliksel verilerin karşılaştırılmasında; iki bağımsız grup arasındaki farkı bulmak için Mann Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis testi uygulanmıştır. Kruskal Wallis analizi sonucunda fark tespit edildiğinde, farkı yaratan grubu bulmak için ise düzeltilmiş Bonferroni uygulanmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkiyi test etmek için Spearman korelasyon testi kullanılmıştır.



### III. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve bu özelliklere göre sağlık okuryazarlık düzeyleri ve akılcı ilaç kullanım düzeylerindeki değişim ile sağlık okuryazarlık düzeyleri ve akılcı ilaç kullanımları arasındaki ilişkiye dair bulgular aşağıda verilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Dağılımı**

Değişkenler		n	%
Cinsiyet	Kadın	212	54,8
	Erkek	175	45,2
Yaş ( $\bar{X} \pm SS = 36.32 \pm 12.12$ )	18-24	60	15,5
	25-31	118	30,5
	32-38	56	14,5
	39-45	50	12,9
	46 yaş ve üzeri	103	26,6
Eğitim durumu	Lise ve altı	74	19,2
	Ön lisans	71	18,3
	Lisans	187	48,3
	Yüksek lisans/doktora	55	14,2
Aylık toplam hane geliri	1600 TL ya da daha az	24	6,2
	1601 TL-3200 TL arası	21	5,4
	3201 TL-4800 TL arası	53	13,7
	4801 TL-6400 TL arası	75	19,4
	6401 TL ve üstü	214	55,3
Meslek	Ev hanımı	34	8,8
	İşçi	35	9,0
	Emekli	36	9,3
	Öğrenci	66	17,1
	Memur	81	20,9
	Diğer	135	34,9
Kronik hastalık varlığı	Evet	153	39,5
	Hayır	234	60,5
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	114	29,5
	Hayır	273	70,5
<b>Toplam</b>		<b>387</b>	<b>100,0</b>

Katılımcılar sosyo-demografik özelliklerine göre; %54,8'i kadın, %15,5'i 18-24, %30,5'i 25-31, %14,5'i 32-38, %12,9'u 39-45 yaş arasında ve %26,6'sı ise 46 yaş ve üzeri olarak dağılım göstermiştir. Eğitim durumlarına göre %19,2'si lise ve altı, %18,3'ü ön lisans, %48,3'ü lisans ve %14,2'si yüksek lisans/doktora düzeyinde olduğu bulunmuştur. Aylık gelirlerine göre katılımcıların %6,2'si 1600 TL ya da daha az, %5,4'ü 1601-3200 TL arası, %13,7'si 3200-4800 TL arası, %19,4'ü 4801-6400 TL arası ve %55,3'ünün 6401 TL ve üstü dağılım gösterdiği bulunmuştur. Katılımcıların mesleklerine göre dağılımları incelendiğinde, %8,8'i ev hanımı, %9'u işçi, %9,3'ü emekli, %17,1'i öğrenci, %20,9'u memur ve %34,9'unun diğer meslek gruplarında olduğu görülmektedir. Ayrıca katılımcıların %39,5'inin kronik hastalığının olduğu ve %29,5'inin düzenli ilaç kullandığı bulunmuştur.

**Tablo 2. Ölçeklerin ve Boyutlarının Tanımlayıcı İstatistikleri**

Ölçek ve boyutları	Min	Maks	Medyan	Ortalama	Standart Sapma
Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu	8,33	50,00	33,33	35,28	8,17
Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu	4,17	50,00	33,33	34,87	7,82
Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu	4,76	50,00	31,25	30,57	8,27
Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu	10,42	50,00	31,25	30,89	8,24
Tedavi ve hizmet boyutu	11,46	50,00	32,29	33,90	7,70
Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu	11,46	50,00	31,25	31,88	7,91
<b>Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeği</b>	<b>11,46</b>	<b>50,00</b>	<b>31,25</b>	<b>32,90</b>	<b>7,35</b>
<b>Akılcı ilaç kullanım ölçeği</b>	<b>18,00</b>	<b>42,00</b>	<b>40,00</b>	<b>38,82</b>	<b>3,90</b>

Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeğinin ortalama puanı  $32,90 \pm 7,35$  olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç, sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilen değere karşılık gelmektedir. Ölçeğin; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutunun ortalama puanı 35,28, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutunun ortalama puanı 34,87, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunun ortalama puanı 30,57, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutunun ortalama puanı 30,89, tedavi ve hizmet boyutunun ortalama puanı 33,90 ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunun ortalama puanı 31,88 olarak bulunmuştur. Akılcı ilaç kullanım ölçeğinin ortalama puanı  $38,82 \pm 3,90$  olarak tespit edilmiştir.

**Tablo 3. Araştırmada Kullanılan Ölçekler Arasındaki İlişki**

		1	2	3	4	5	6	7	8
1.Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutu	r	1,000	0,838	0,764	0,717	0,886	0,843	0,916	0,080
	p	-	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,104
2.Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutu	r		1,000	0,800	0,738	0,872	0,884	0,932	0,055
	p		-	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,285
3.Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu	r			1,000	0,689	0,822	0,875	0,900	0,054
	p			-	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,287
4.Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu	r				1,000	0,828	0,812	0,870	-0,069
	p				-	0,000*	0,000*	0,000*	0,175
5.Tedavi ve hizmet boyutu	r					1,000	0,779	0,941	0,046
	p					-	0,000*	0,000*	0,364
6.Hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutu	r						1,000	0,944	0,016
	p						-	0,000*	0,755
7.Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeği	r							1,000	0,033
	p							-	0,519
8.Akılcı ilaç kullanım ölçeği	r								1,000
	p								-

\*p<0,05

Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeği ile akılcı ilaç kullanımı ölçekleri arasındaki ilişkiyi test etmek için yapılan Spearman korelasyon testi sonucunda, Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçeği ve alt boyutları ile akılcı ilaç kullanım ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ( $p > 0,05$ ).

**Tablo 4. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıkla İlgili Bilgiyi Değerlendirme Boyutuna Ait Puanların Karşılaştırılması**

Değişkenler		Min	Maks	Medyan	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p
Cinsiyet	Kadın	12,50	50,00	30,00	29,82	7,89	16706.000**	0,106
	Erkek	4,76	50,00	31,25	31,47	8,65		
Yaş	18-24	16,67	50,00	31,25	30,49	8,64	4.108***	0,392
	25-31	4,76	50,00	30,95	30,96	8,22		
	32-38	6,25	50,00	27,83	28,99	10,20		
	39-45	14,58	50,00	31,25	30,27	7,22		
	46 yaş ve üzeri	16,67	50,00	31,25	31,17	7,43		
Eğitim durumu	Lise ve altı	16,67	50,00	31,25	30,67	6,09	7.168***	0,067
	Ön lisans	18,75	50,00	31,25	32,11	7,09		
	Lisans	4,76	50,00	29,17	29,63	8,66		
	Yüksek lisans/doktora	6,25	50,00	31,25	31,61	10,42		
Aylık toplam hane geliri	1600 TL ya da daha az	16,67	50,00	29,17	29,25	7,84	3.578***	0,466
	1601 TL-3200 TL arası	12,50	50,00	31,25	28,90	9,03		
	3201 TL-4800 TL arası	16,67	45,83	31,25	30,75	6,44		
	4801 TL-6400 TL arası	16,67	50,00	31,25	29,72	7,15		
	6401 TL ve üstü	4,76	50,00	31,25	31,13	8,99		
Meslek	Ev hanımı	16,67	47,92	32,29	31,34	7,89	6.489***	0,261
	İşçi	20,83	50,00	31,25	31,15	7,31		
	Emekli	18,75	47,92	31,25	30,29	5,27		
	Öğrenci	16,67	50,00	30,56	29,90	7,69		
	Memur	4,76	50,00	31,25	32,37	9,26		
	Diğer	6,25	50,00	29,17	29,54	8,81		
Kronik hastalık varlığı	Evet	12,50	50,00	31,25	31,75	6,74	14716.000**	<b>0,004*</b>
	Hayır	4,76	50,00	29,17	29,80	9,07		
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	12,50	50,00	31,25	31,39	7,76	13984.500**	0,127
	Hayır	4,76	50,00	31,10	30,22	8,47		

\*p<0,05, \*\*Mann Whitney U testi, \*\*\*Kruskal Wallis testi

Katılımcıların kronik hastalık varlığına göre sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutuna ait puanlar arasında istatistik olarak anlamlı fark olduğu sonucu ortaya çıkmıştır (p<0,05). Kronik hastalığı bulunan katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu puanlarının, olmayanlara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

**Tablo 5. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özelliklerine Göre Sağlıkla İlgili Bilgiyi Kullanma/Uygulama Boyutu Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler		Min	Maks	Medyan	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
Cinsiyet	Kadın	10,42	50,00	31,25	31,05	8,22	17637.500**	0,448	
	Erkek	12,50	50,00	29,17	30,69	8,28			
Yaş	18-24 (1)	14,58	50,00	31,25	32,16	8,36	16.745***	<b>0,002*</b>	<b>2&gt;4, 2&gt;5</b>
	25-31 (2)	14,58	50,00	33,33	32,70	8,23			
	32-38 (3)	12,50	50,00	30,21	30,41	8,88			
	39-45 (4)	10,42	50,00	27,08	28,09	8,30			
	46 yaş ve üzeri (5)	14,58	50,00	27,08	29,72	7,29			
Eğitim durumu	Lise ve altı	14,58	50,00	28,87	29,29	6,69	4.130***	0,248	
	Ön lisans	14,58	45,83	29,17	30,50	7,25			
	Lisans	10,42	50,00	31,25	31,13	8,30			
	Yüksek lisans/doktora	12,50	50,00	31,25	32,74	10,60			
Aylık toplam hane geliri	1600 TL ya da daha az (1)	18,75	50,00	29,17	30,40	8,26	10.024***	<b>0,040*</b>	<b>5&gt;3, 5&gt;4</b>
	1601 TL-3200 TL arası (2)	14,58	50,00	31,25	30,27	8,79			
	3201 TL-4800 TL arası (3)	16,67	43,75	28,57	29,56	7,09			
	4801 TL-6400 TL arası (4)	10,42	50,00	27,08	28,96	7,84			
	6401 TL ve üstü (5)	12,50	50,00	31,25	32,01	8,47			
Meslek	Ev hanımı (1)	14,29	45,83	33,33	32,12	7,93	12.389**	<b>0,030*</b>	<b>1&gt;3, 4&gt;3, 5&gt;3</b>
	İşçi (2)	14,58	50,00	27,08	29,41	7,38			
	Emekli (3)	14,58	45,83	27,08	28,10	7,02			
	Öğrenci (4)	14,58	50,00	31,25	31,90	7,67			
	Memur (5)	14,58	50,00	31,25	32,50	9,00			
	Diğer (6)	10,42	50,00	29,17	30,25	8,42			
Kronik hastalık varlığı	Evet	10,42	50,00	29,17	30,20	7,75	16431.500**	0,205	
	Hayır	12,50	50,00	31,25	31,34	8,53			
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	14,29	50,00	29,17	30,32	8,29	14501.000**	0,314	
	Hayır	10,42	50,00	31,25	31,13	8,22			

\*p&lt;0,05, \*\*Mann Whitney U testi, \*\*\*Kruskal Wallis testi

Katılımcıların yaşlarına göre sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Yaşı 25-31 arasında olan katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu puanlarının, yaşı 39-45 arası ve 46 yaş ve üstü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Aylık toplam hane geliri 6401 TL ve üstü olan katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu puanlarının, 3201-4800 TL ve 4801-6400 TL arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Mesleği ev hanımı, öğrenci ve memur olan katılımcıların sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutu puanlarının, emekli olan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur.

**Tablo 6. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Tedavi ve Hizmet Boyutu Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler		Min	Maks	Medyan	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
Cinsiyet	Kadın	13,54	50,00	33,33	33,98	7,69	17604.000**	0,431	
	Erkek	11,46	50,00	32,29	33,81	7,72			
Yaş	18-24 (1)	18,75	50,00	32,29	34,00	7,82	10.243***	<b>0,037*</b>	<b>2&gt;4, 2&gt;5</b>
	25-31 (2)	13,54	50,00	34,38	35,36	7,37			
	32-38 (3)	11,46	50,00	32,29	33,44	8,44			
	39-45 (4)	18,75	50,00	31,77	32,64	7,73			
	46 yaş ve üzeri (5)	18,52	50,00	31,25	33,06	7,43			
Eğitim durumu	Lise ve altı	18,52	50,00	32,05	32,58	6,57	2.444***	0,485	
	Ön lisans	18,75	50,00	31,25	34,24	7,18			
	Lisans	13,54	50,00	33,33	34,06	7,70			
	Yüksek lisans/doktora	11,46	50,00	33,33	34,73	9,52			
Aylık toplam hane geliri	1600 TL ya da daha az (1)	23,81	50,00	32,29	33,75	7,04	12.119***	<b>0,016*</b>	<b>5&gt;3, 5&gt;4</b>
	1601 TL-3200 TL arası (2)	21,88	50,00	30,21	32,67	8,06			
	3201 TL-4800 TL arası (3)	18,52	50,00	31,25	32,74	6,64			
	4801 TL-6400 TL arası (4)	18,75	50,00	30,21	32,18	7,20			
	6401 TL ve üstü (5)	11,46	50,00	33,33	34,93	8,03			
Meslek	Ev hanımı (1)	18,52	48,96	33,33	35,18	7,72	12.700***	<b>0,026*</b>	<b>1&gt;3, 5&gt;3, 9&gt;3</b>
	İşçi (2)	19,79	50,00	30,21	32,82	7,23			
	Emekli (3)	18,75	50,00	29,69	31,73	6,80			
	Öğrenci (4)	18,75	50,00	32,29	33,22	7,00			
	Memur (5)	19,79	50,00	33,33	35,70	8,25			
	Diğer (6)	11,46	50,00	33,33	33,70	7,86			
Kronik hastalık varlığı	Evet	18,75	50,00	33,33	33,83	7,00	17748.500**	0,974	
	Hayır	11,46	50,00	32,29	33,95	8,13			
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	18,75	50,00	33,33	33,77	7,55	15192.500**	0,755	
	Hayır	11,46	50,00	32,29	33,96	7,77			

\*p&lt;0,05, \*\*Mann Whitney U testi, \*\*\*Kruskal Wallis testi

Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine göre, tedavi ve hizmet boyutu puanlarının karşılaştırılması amacıyla yapılan testlerde, katılımcıların yaşlarına göre tedavi ve hizmet boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Yaşı 25-31 arasında olan katılımcıların tedavi ve hizmet boyutu puanlarının, yaşı 39-45 arası ve 46 yaş ve üstü olan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Aylık toplam hane geliri 6401 TL ve üstü olan katılımcıların tedavi ve hizmet boyutu puanlarının, 3201-4800 TL ve 4801-6400 TL arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Mesleği ev hanımı, memur ve diğer olan katılımcıların tedavi ve hizmet boyutu puanlarının, emekli olan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur.

**Tablo 7. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri Açısından Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması**

Değişkenler		Min	Maks	Medyan	$\bar{X}$	SS	Test Değeri	p	Bonferroni
Cinsiyet	Kadın	18,00	42,00	40,00	38,78	3,88	17829.000**	0,502	
	Erkek	19,00	42,00	40,00	38,86	3,95			
Yaş	18-24 (1)	21,00	42,00	39,00	38,05	4,57	21.837***	<b>0,000</b> *	<b>5&gt;1, 5&gt;2,</b> <b>5&gt;3</b>
	25-31 (2)	18,00	42,00	39,00	38,19	4,46			
	32-38 (3)	25,00	42,00	39,50	38,45	3,83			
	39-45 (4)	32,00	42,00	40,00	39,34	2,68			
	46 yaş ve üzeri (5)	19,00	42,00	40,00	39,93	3,03			
Eğitim durumu	Lise ve altı	19,00	42,00	40,00	38,42	4,24	4.675***	0,197	
	Ön lisans	21,00	42,00	40,00	39,15	4,14			
	Lisans	20,00	42,00	40,00	38,83	3,48			
	Yüksek lisans/doktora	18,00	42,00	40,00	38,89	4,53			
Aylık toplam hane geliri	1600 TL ya da daha az	21,00	42,00	39,00	36,92	5,44	7.106***	0,130	
	1601 TL-3200 TL arası	18,00	42,00	40,00	37,05	7,61			
	3201 TL-4800 TL arası	24,00	42,00	40,00	39,19	3,45			
	4801 TL-6400 TL arası	23,00	42,00	40,00	38,89	3,22			
	6401 TL ve üstü	20,00	42,00	40,00	39,09	3,41			
Meslek	Ev hanımı (1)	32,00	42,00	40,00	39,21	2,83	11.060***	0,051	
	İşçi (2)	26,00	42,00	40,00	39,29	3,44			
	Emekli (3)	19,00	42,00	40,00	39,69	3,98			
	Öğrenci (4)	18,00	42,00	39,00	37,50	5,46			
	Memur (5)	23,00	42,00	40,00	39,25	3,25			
	Diğer (6)	20,00	42,00	40,00	38,76	3,57			
Kronik hastalık varlığı	Evet	19,00	42,00	40,00	39,50	3,41	14374.500**	<b>0,001</b> *	
	Hayır	18,00	42,00	40,00	38,37	4,14			
Düzenli ilaç kullanma durumu	Evet	19,00	42,00	40,00	39,61	3,36	12291.500**	<b>0,001</b> *	
	Hayır	18,00	42,00	39,00	38,49	4,07			

\*p<0,05, \*\*Mann Whitney U testi, \*\*\*Kruskal Wallis testi

Katılımcıların yaşlarına göre akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu görülmektedir (p<0,05). Farkı yaratan grubu bulmak için uygulanan Bonferroni testi sonucunda; yaşı 46 ve üzeri olan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının, 18-24, 25-31 ve 32-38 yaş arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur. Kronik hastalığı bulunan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ölçeğine ait puanlarının, kronik hastalığı olmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (p<0,05). Düzenli ilaç kullanan katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının, düzenli ilaç kullanmayan katılımcılara göre daha fazla olduğu bulunmuştur (p<0,05).

#### IV. TARTIŞMA

Yapılan çalışmada bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve bu özelliklere göre sağlık okuryazarlık düzeyleri ve akılcı ilaç kullanım düzeylerindeki değişim ile sağlık okuryazarlık düzeyleri ve akılcı ilaç kullanımları arasındaki ilişki incelenmiştir.

Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeğinin ortalama puanı 32,90±7,35 olarak tespit edilmiştir. Bu sonuç, sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı olarak ifade edilen değere karşılık gelmektedir. Ölçeğin; sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma boyutunun ortalama puanı 35,28, sağlıkla ilgili bilgiyi anlama boyutunun ortalama puanı 34,87, sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme boyutunun ortalama puanı 30,57, sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama boyutunun ortalama puanı 30,89, tedavi ve hizmet boyutunun ortalama puanı 33,90 ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutunun ortalama puanı

31,88 olarak tespit edilmiştir. Tanrıöver vd., (2014) tarafından Türkiye'yi temsil etmesi amacıyla örnekleme dahil edilen 12 bölge ve 23 ilde rastgele seçilen 4924 bireyin katıldığı çalışmada sağlık okuryazarlık puanı 30,40 olarak bulunmuştur. Katılımcıların %64,6'sı "yetersiz ya da sorunlu" sağlık okuryazarlığı kategorisinde yer almıştır. Yaş, düşük eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyin bu sonucun ortaya çıkmasında etkili olduğu gösterilmiştir. Güven (2016) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalama puanı yetersiz olarak kabul edilen 29,68 olarak bulunmuştur. Bu bağlamda çalışma sonuçları birbirini destekler niteliktedir.

Sağlık okuryazarlığının alt boyutları açısından en yüksek ortalama puan 30,23 ile "sağlık bilgisini kullanma/uygulama" boyutunda görülürken, en düşük ortalama puan 27,02 ile "sağlık bilgisine erişim" alt boyutunda ortaya çıkmıştır. Genel puanlar açısından sonuçlar birbirini desteklerken, alt boyutlarda iki çalışma sonuçları birbirinden farklılaşmaktadır. Yağız (2020) tarafından Avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeğinin Türkçe uyarlamasının (ASOY-TR 47) yapıldığı çalışmada, sağlık okuryazarlık düzeyi ortalama puanı 30,89±7,98 olarak tespit edilmiştir. Bu puan da yine "sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı" olarak değerlendirilmekte ve çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Ayrıca sağlık okuryazarlık puan ortalamalarının 2022 yılında yapmış olduğumuz bu çalışmada, 2016 yılında Güven (2016) tarafından yapılmış olan çalışmada elde edilen sonuçlardan daha yüksek olması, aradan geçen süreçte Türkiye'de bu alanda gelişme kaydedildiği sonucunu düşündürmektedir.

Katılımcıların %39,5'inin (n=153) kronik hastalığa sahip olduğu ve kronik hastalığa sahip bireylerin, sağlık ile ilgili bilgiye ulaşma (p=0,759) ve sağlık ile ilgili bilgiyi anlama (p=0,327) boyutu puanları arasında fark olmadığı ancak sağlık ile ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu puanlarının kronik hastalığa sahip olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu (p=0,004) gözlemlenmiştir. Kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık ile ilgili bilgiyi değerlendirme boyutu arasında anlamlılık bulunması, kronik hastalığa sahip bireylerin sağlık ile ilgili bilgiyi yorumlama yeteneğinin gelişmesi ile ilişkilendirilebilir. Çiftçi (2015) tarafından yapılan çalışmada, kronik hastalığa sahip kişilerde sağlık okuryazarlığı seviyelerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durum, sağlık okuryazarlığı düzeyi daha fazla olan bireylerin, sağlık hizmetlerini daha verimli bir biçimde kullanabiliyor olması sonucunda sağlık düzeylerinin daha yüksek olması ile ilişkilendirilmiştir. Yılmazel ve Çetinkaya (2016) tarafından yapılan çalışmada da yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin, bireylerin sağlık düzeyleri üzerindeki etkilerini destekleyen kanıtlar gösterilmiştir. Bu kapsamda yetersiz sağlık okuryazarlık düzeyinin; koruyucu sağlık hizmetleri kullanımının düşmesi, hastalıkların ilk dönemlerine yönelik sağlık hizmeti arayışının gecikmesi, bireylerin tıbbi sürecin önemini anlaması ve tıbbi önerilere bağlılık konusunda yetersiz kalmalarına dahası ölüm oranlarında artışa neden olduğu gösterilmiştir.

Katılımcıların aylık toplam hane geliri en yüksek olan grubun (6401 TL ve üstü) tedavi ve hizmet boyutu puanlarının diğer gruplara oranla (3201-4800TL ve 4801- 6400 TL) daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda diğer katılımcılara göre daha yüksek aylık toplam hane geliri olan katılımcıların (6401TL ve üstü) sağlık ile ilgili tıbbi bilgilere erişim kabiliyeti, sağlık ile ilgili bilgiyi anlama, analiz etme ve doğru kararlar alabilme yeteneğinin daha fazla geliştiğini düşündürmektedir. Ancak literatür incelendiğinde, Değerli (2018) ile Okyay ve Abacıgil (2016) tarafından yapılan çalışmalarda, katılımcıların gelir düzeyi ile sağlık okuryazarlıkları arasında anlamlı bir farkın bulunmadığı gösterilmiştir. Gelir ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki bulunamaması, çalışmamızın aksine tıbbi bilgiye erişim, tıbbi bilgiyi anlama, analiz etme ve sağlık konusunda doğru karar alabilme gibi hususlarda katılımcıların gelir düzeyi etkisinin bulunmamasına dayandırılmıştır. Çalışma sonuçları bu kapsamda literatür ile farklılık göstermektedir.

Akılcı ilaç kullanım ölçeğinin ortalama puanı 38,82±3,90 olarak tespit edilmiştir. 35 puan ve üzerinin akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğunun kabul edildiği ölçekte bu sonuç bireylerin akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olduğu şeklinde yorumlanabilir. Demirtaş vd., (2018) tarafından birinci basamak sağlık kuruluşunda yapılan çalışmada, akılcı ilaç kullanım ölçeği ortalama puanı, akılcı olmayan ilaç kullanım düzeyini gösteren 33,6±6,2 olarak tespit edilmiştir. Çalışma sonuçları bu açıdan farklılık göstermektedir. Sonuçların farklı olması, çalışmamızda akılcı ilaç kullanım puanları yüksek olan kadın oranının yüksek (%54,8), düşük gelir grubunda yer alan katılımcıların oranının düşük (%6,2) olması ile ilişkilendirilebilir. Çalışmamızda bireylerin yaşları, cinsiyetleri, eğitim

durumları, gelir durumları, meslekleri, kronik hastalık durumları ve düzenli ilaç kullanım durumlarının akılcı ilaç kullanım ölçeği puanları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın oluşmamasının yanında; 46 yaş ve üstü katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ölçeği puanlarının, yaşları 18-24, 25-31 ve 32-38 arası olan katılımcılara göre daha fazla olduğu, gelir durumu en düşük olan grupta diğerlerine göre daha düşük puanlar elde edilmiştir. Bian vd., (2015) ve Demirtaş vd., (2018) tarafından yapılan çalışmalarda ise çalışmamızdan farklı olarak, genç yaşta bireyler, kadınlar, yüksek gelir grubundaki bireyler ve yüksek eğitim düzeyine sahip bireylerde akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olma düzeylerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde, Yılmaz ve Kıl (2018) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığı puanları ile yaşları arasında negatif yönde, eğitim durumlarıyla pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu tespit edilmiştir.

İşler (2019) tarafından yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı seviyesinin düşük olduğu bireylerde, akılcı olmayan ilaç kullanımı davranışının anlamlı bir şekilde yüksek olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde Yılmaz (2018) tarafından yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Yılmaz ve Kıl, (2018) tarafından yapılan çalışmada, sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımına ilişkin bilgi ve uygulamalar arasında anlamlı bir ilişki gösterilmiştir. Ancak literatürden farklı olarak yaptığımız çalışmada, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeyleri arasında ilişki tespit edilememiştir.

## V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan çalışmada, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin belirlenerek, aralarındaki ilişki ve sosyodemografik özelliklere göre değişimleri incelenmiştir. Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeğine dair sonuçlar, sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlığı ( $\bar{X}=32,90\pm 7,35$ ) düzeyini göstermektedir. Türkiye sağlık okuryazarlık ölçeğinin ortalama puanının sorunlu/sınırlı sağlık okuryazarlık düzeyinde değerlendirilmesi dikkat çekici olup bu durum literatür ile de desteklenmektedir. Akılcı ilaç kullanımı ölçeğine dair sonuçlar ise akılcı ilaç kullanım bilgisine sahip olduğu ( $\bar{X}=38,82\pm 3,90$ ) sonucunu göstermektedir. En azından çalışmanın yapıldığı örneklem grubuyla ilgili olarak, akılcı ilaç kullanımı bilgisine sahip olunması olumlu bir sonuç olarak ifade edilebilir. Ayrıca bu sonucun; bireylerin yaşları, cinsiyetleri, eğitim durumları, gelir durumları, meslekleri, kronik hastalık durumları ve düzenli ilaç kullanımı durumuna göre gruplar arasında farklılaşmamış olması da olumlu bir diğer sonuç olarak değerlendirilebilir.

Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ve alt boyutları ile akılcı ilaç kullanım düzeyleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin bulunmaması önemlidir. Bu sonuç, sağlık okuryazarlık düzeyinin sorunlu/sınırlı düzeyde ölçülmesiyle ilişkilendirilmiştir. Ayrıca bireylerin yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, hane halkı geliri, mesleği, kronik hastalık ve düzenli ilaç kullanım durumunun sağlık okuryazarlığı üzerinde etkili olmamasının yanında, sağlık okuryazarlığının alt boyutları açısından değerlendirildiğinde farklılıkların ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonucunda, bireylerin akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin artırılması için yalnızca hekim gözetiminde, doğru miktarda ve doğru sürede ilaç kullanımı bilincinin kazandırılması, hekim tarafından reçetelenmemiş ilaçların hem hasta güvenliğini tehdit etmesi hem de kaynak israfına sebebiyet vermesi nedeniyle toplumun akılcı ilaç kullanımı bilgisinin artırılması gerektiği ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda sağlık çalışanlarına hizmet içi eğitimlerin sürekli, güncel ve etkili olarak sunulması, sonrasında sağlık çalışanları tarafından bireylere sağlık bilgisi aktarımının yapılması yoluyla toplum düzeyinde sağlık okuryazarlığı seviyesinin artması, özellikle medya organlarında yer alan gerçek dışı bilgilerin bireyler açısından sorgulanabilmesi ve denetim mekanizmaları tarafından denetlenmesi önerilmektedir. Ayrıca, elde edilen sonuçlar politika yapıcılara ve sektörün diğer önemli paydaşları olan uygulayıcılar ve akademisyenlere konuya yönelik daha fazla çalışma yürütmeleri konusunda yön gösterici olabilir.

**Etik Kurul İzni:** Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından, 15/10/2021 tarihinde, 2021-59 sayılı karar ile etik kurul onayı alınmıştır.



## **KAYNAKLAR**

- Acar, A., & Yeğenoğlu S. (2005). Akılcı ilaç kullanımı açısından farmakoekonomi ve hastane formülleri. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 34(33), 207-215.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., & Yıldırım, E. (2005). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri: SPSS Uygulamalı*, Sakarya.
- Bian, C., Xu, S., Wang, H., Li, N., Wu, J., Zhao, Y., Li, P., & Lu, H. (2015) A study on the application of the information-motivation-behavioral skills (IMB) model on rational drug use behavior among second-level hospital outpatients in Anhui, China. *Plos One*. 10(8), e0135782.
- Bilir, N. (2014). Sağlık okuryazarlığı. *Turk J Public Health*, 12(1), 61-68.
- Çiftçi, K. İ. (2015). Kronik hastalığı olan bireylerin sağlık okuryazarlığı ve sağlık bakım hizmetinin belirlenmesi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Alaiye, M., Sağlan, R., Önsüz, M. F., Işıklı, B., Kılıç, F. S., & Metintaş, S. (2018) Akılcı ilaç kullanımı ölçeği geçerlilik ve güvenilirliği.' *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 3(1), 12-23.
- Ekenler, Ş., & Koçoğlu, D. (2016). Bireylerin akılcı ilaç kullanımıyla ilgili bilgi ve uygulamaları. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 3(3),44-55.
- Güven, A. (2016). Sağlık okuryazarlığını etkileyen faktörler ve sağlık okuryazarlığı ile hasta güvenliği ilişkisi. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Holloway, K., & Dijk, L. V. (2011). *The world medicines situation 2011-rational use of medicines*. WHO:Geneva.
- İncesu, E. (2017). Akılcı ilaç kullanımında sağlık okuryazarlığı: Bir kamu hastanesi yatan hastaların üzerine bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1).
- Kanj, M., & Mitic, W. (2009). Health literacy and health behaviour. World Health Organization.
- Kaya, H., Turan, N., Keskin, Ö., Tencere, Z., Uzun, E., Demir, G. & Yılmaz, T. (2015). Üniversite öğrencilerinin akılcı ilaç kullanma davranışları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 18(1), 35-42.
- Kickbusch, I., & Maag, D. (2008). Health literacy. *International Encyclopedia of PublicHealth*.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). Health literacy: A prescription to end confusion. *Washington The National Academies Press*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK216035/>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67, 2072 – 2078.
- Okyay, P., Abacıgil, F., & Harlak, H. (2016). Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması avrupa sağlık okuryazarlığı ölçeği Türkiye uyarlaması (ASOY-TR). İçinde *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Özçelikay, G. (2001). Akılcı ilaç kullanımı üzerinde bir pilot çalışma. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 30(2),9-18.

- Tanrıöver, M. D., Yıldırım, H. H., Ready, F. N. D., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Tözün, M., & Sözman, M. K. (2014). Halk sağlığı bakışı ile sağlık okuryazarlığı. *SMYRNA Tıp Dergisi*, 2,48-54.
- Ulusoy, H. B., & Sumak, T. (2011). Kayseri’de pratisyen hekimlere verilen groningen modeli akılcı ilaç kullanımı eğitiminin değerlendirilmesi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 33(4),309–316.
- Vançelik, S., Çalıkoğlu, O., & Güraksın, A (2006). Pratisyen hekimlerin reçete yazımını şekillendiren faktörler ve akılcı ilaç kullanım kriterlerini önemseme durumları. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 26(2),65-75.
- Yılmazel, G., & Çetinkaya, F. (2016). The importance of health literacy for community health. *TAF Prev Med Bull.*, 15(1),69-74.
- Yağız, E. (2020). Kocaeli Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve bu durumun akılcı ilaç kullanımıyla olan ilişkisinin incelenmesi. (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi). Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Yılmaz, K. C. & Kıl, A. (2018) Individuals’ health literacy level and their knowledge and practices with respect to rational drug use. *Kontakt*, 20(4),401–407; <http://dx.doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.08.001>.
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye’de ve dünyada akılcı ilaç kullanımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(2), 42-49.
- World Health Organization (WHO) (1998). Health promotion glossary. <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>

# PANDEMİ GÖLGESİNDE AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLİŞKİSİ: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA \*

Mücahit ÇAVDAR \*\*  
Özlem GÜÇ SUVAK \*\*\*

## ÖZ

Çalışmada COVID-19 pandemisi sırasında ayaktan başvuran hastalarda akılcı ilaç kullanım bilgisi ile sağlık okuryazarlığı düzeyini ölçmek ve bu ikisi arasındaki ilişkinin ortaya konulması amaçlanmıştır. Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniğine 1 Aralık 2021 – 1 Şubat 2022 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan, 18 yaş ve üzeri bireylere yüz yüze anket şeklinde Akılcı İlaç Kullanım Ölçeği ve Türkiye Sağlık Okuryazarlığı-32 ölçekleri uygulandı. Ayrıca katılımcılara sosyodemografik özellikleri ve COVID-19 özgeçmişlerini içeren bir form da uygulandı. Yaş ortalaması  $36,17 \pm 13,08$  olan 407 katılımcının %51,8 (n=211)'si kadın, %53,5 (n=218)'si üniversite ve üzeri eğitilmiş, %44 (n=179)'ü COVID-19 geçirmiş ve %76,9 (n=313)'ü SARS-CoV2'ye karşı aşılandı. Akılcı ilaç kullanım ölçeği puan ortalamaları  $37,12 \pm 4,17$ , Türkiye Sağlık Okuryazarlığı ölçeğinin ise  $32,42 \pm 7,82$ 'di. Katılımcıların %77,6'sı yeterli akılcı ilaç kullanım bilgisine sahipti. Akılcı ilaç kullanım bilgisi ile cinsiyet ( $p=0,003$ ), yaş ( $p=0,01$ ) eğitim durumu ( $p=0,006$ ) ve meslek ( $p=0,014$ ) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Katılımcıların %28,7'si yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyine sahipti. Sağlık okuryazarlık düzeyi ile medeni durum ( $p=0,004$ ), yaş ( $p<0,001$ ) ve meslek ( $p=0,021$ ) ilişkili bulunmuştur. COVID-19 aşısı yaptırmayanların (ort=34,01) sağlık okuryazarlığı puanları yaptıranlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksekti ( $p=0,02$ ). Katılımcıların akılcı ilaç kullanım ölçeği puanları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişki bulunmamıştır ( $p>0,05$ ). Akılcı ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik regresyon analizi sonuçlarına göre, tedavi ve hizmet ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi değişkenleri birlikte, katılımcıların AİK puanları ile anlamlı bir ilişki vermemektedir,  $R=0,053$ ,  $R^2=0,003$ ,  $p>0,05$ . Bu durum iki değişkenin de akılcı ilaç kullanımı üzerinde önemli (anlamlı) bir yordayıcı olmadığını göstermekteydi. Tüm dünyada pandeminin etkisiyle sağlık, gündemde öne çıkmış ancak yoğun bilgi akışıyla bilgi kirliliği de oluşmuştur. Bunların sonucunda toplumda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve dolaylı olarak akılcı ilaç kullanım bilgisi önem kazanmıştır. Çalışmamız sonucunda akılcı ilaç kullanım bilgisi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi pandemiye rağmen halen düşük görünmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı, COVID-19.

## MAKALE HAKKINDA

\* Bu çalışma, D.Özlem GÜÇ SUVAK danışmanlığında Dr. Mücahid ÇAVDAR tarafından hazırlanan "COVID-19 Pandemisi Döneminde SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM'ne Başvuran Hastaların Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği ile Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması" (2022) başlıklı tıpta uzmanlık tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır. Araştırmanın kısa özeti 29 Eylül-01 Ekim 2022 tarihinde Şanlıurfa'da düzenlenen 3. Harran Aile Hekimliği Günleri'nde 320 nolu poster olarak sunulmuş ve poster birincisi seçilmiştir.

\*\* Uz. Dr. Erzurum İspir Devlet Hastanesi

 <https://orcid.org/0000-0002-7434-8734>

\*\*\* Başasistan Uz Dr, SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği

 <https://orcid.org/0000-0001-6286-8081>

Gönderim Tarihi: 05.12.2022

Kabul Tarihi: 01.08.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Çavdar, M., & Güç Suvak, Ö. (2023). Pandemi gölgesinde akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi: kesitsel bir çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 655-666

## THE RELATIONSHIP OF RATIONAL DRUG USE AND HEALTH LITERACY IN THE UNDER THE PANDEMIC: A CROSS-SECTIONAL RESEARCH \*

Mücahit ÇAVDAR \*\*  
Özlem GÜÇ SUVAK \*\*\*

### ABSTRACT

In this study, it was aimed to measure level of rational drug use (RDU) and health literacy (HL) in outpatients during COVID-19 pandemic and reveal the relationship between these two. The study was conducted at the Department of Family Medicine, University of Health Science Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital, between December 1, 2021 and February 1, 2022. Rational Drug Use Scale and Turkey Health Literacy-32 scales were administered to individuals aged 18 and over who met the inclusion criteria of the study in the form of face-to-face questionnaires. In addition, a form including sociodemographic characteristics and COVID-19 medical history were applied to the participants. Of the 407 participants with a mean age of 36.17±13.08, 51.8% (n=211) were female, 53.5% (n=218) had a university grade or higher, 44% (n=179) had COVID-19, and 76.9% (n=313) had vaccinated against SARS-CoV2. RDU scale mean score was 37.12±4.17, and Turkey Health literacy (HL) scale was 32.42±7.82. 77.6% of the participants had sufficient knowledge of rational drug use. RDU knowledge and gender (p=0.003), age (p=0.01), educational degree (p=0.006) and occupation (p=0.014) were statistically significant. 28.7% of the participants had sufficient HL level. HL level was found to be associated with marital status (p=0.004), age (p<0.001) and occupation (p=0.021). There was no statistically significant relationship between the participants' RDU scale scores and HL scale scores (p>0.05). According to the results of the regression analysis regarding the relationship between RDU and HL sub-dimensions, the variables of treatment and service and prevention from diseases/health promotion do not together give a significant relationship with the participants' RDU scores, R=0.053, R<sup>2</sup>= 0.003, p>0.05. This indicated that neither variable was a significant predictor of RDU. With the effect of the pandemic all over the world, health has come to the forefront into the agenda, but infollution has also occurred with flow of information. As the result, the level of HL in the society and, indirectly, the knowledge of RDU have come into prominence. According to this study, the level of rational drug use knowledge and health literacy still seems inadequate despite infodemi.

**Keywords:** Rational drug use, health literacy, COVID-19.

### ARTICLE INFO

\* This study has been derived from the dissertation titled "Comparison of Rational Drug Use Scale and Health Literacy Scale Scores of Patients" prepared by Dr. Mücahid ÇAVDAR under the supervision of D.Özlem GÜÇ SUVAK in department of Family Medicine as a specialty thesis in medicine (2022). The brief summary of the research was presented as poster 320 at the 3rd Harran Family Medicine Days held in Şanlıurfa on September 29-October 01, 2022 and the winner of the poster was chosen.

\*\* MD, Erzurum İspir State Hospital

 <https://orcid.org/0000-0002-7434-8734>

\*\*\* MD, SBÜ Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Training and Research Hospital Department of Family Medicine

 <https://orcid.org/0000-0001-6286-8081>

Received: 05.12.2022

Accepted: 01.08.2023

### Cite This Paper:

Çavdar, M., & Güç Suvak, Ö. (2023). Pandemi gölgesinde akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlığı ilişkisi: kesitsel bir çalışma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 655-666

## I. GİRİŞ

Akılcı İlaç Kullanımının (AİK) tanımı Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Nairobi'deki 1985 tarihli toplantısında yapılmıştır. Buna göre AİK; "Hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli süre boyunca, kendileri ve toplum adına en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünüdür" şeklinde ifade edilmektedir (World Health Organization, 1987).

İlaçların akılcı olmayan kullanımı, tüm dünyada büyük bir problem oluşturmaktadır. Dünya genelinde tüm ilaçların yarısından fazlası uygunsuz reçetelendirilmekte, dağıtılmakta ve satılmaktadır. Bunun gibi yanlış uygulamalar yüzünden hastaların yaklaşık yarısı ilaçlarını doğru şekilde kullanamamaktadır. Ayrıca dünyamızın bir kısmında bu israf sürerken, dünya nüfusunun yaklaşık üçte biri ise önemli ilaçlara erişmekte zorluk çekmektedir. İlaçların doğru olmayan şekilde kullanımı kaynakların boşa harcanmasına ve temel ilaçlara erişimde eşitsizliğe yol açmaktadır (İncesu vd, 2017). Hekimin reçete ettiği ilaçları vaktinde ve doğru dozda kullanmak ve ilacın muhafaza edilmesinden kullanım şekline kadar birçok unsuru bilmek tedavinin hastaya düşen AİK stratejileridir.

Sağlık okuryazarlığının (SOY) ilk kapsayıcı tanımı, Sağlık Geliştirilmesi Sözlüğü'nde: "Bir bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici yönde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler" olarak çerçevelenmiştir (Nutbeam, 2018). Hem AİK hem de SOY hastanın sorumluluğu olsa da bireylerin bu konuda eğitilmelerinde kamu kurumlarına, medyaya, eğitimcilere, hekim ve diğer sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir.

Dünyamız 2019 yılından itibaren yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) ile sarsılmıştır. DSÖ, pandemiyi ilan ettikten sonra geniş çaplı bir "İnfodemi"nin ortaya çıktığını, belirsiz ve kaynaksız bilginin kontrolsüz yayıldığını ifade etmiş; bu durumun da insanların ihtiyaç duydukları güvenilir bilgi kaynaklarına ve güvenilir rehberlere gerekliliği vurgulamıştı (Abel, 2020). Dezenformasyonun önüne geçmek için sağlık çalışanlarına ayrı, halk için ayrı güncel rehberlerle birlikte günlük vaka sayılarını da paylaşmıştır. Ülkemizde de Sağlık Bakanlığı sosyal medya, yazılı ve görsel iletişim araçları yoluyla halkın doğru bilgilenmesini sağlamaktadır. Ayrıca Google®, Twitter®, Facebook®, vb. yoluyla COVID-19 veya ilgili terimler arandığında ekranda beliren sekmeyle DSÖ, Sağlık Bakanlığı ve hastalık kontrol merkezi (CDC) web siteleri gibi güvenilir bilgi kaynaklarına yönlendirmiştir. Ancak pandemi olsun olmasın iyi hayat kalitesi, sağlıklı yaşam ve tedavilerin doğru uygulanabilmesi için sağlık eğitimine ihtiyaç devam etmektedir.

Sağlığın geliştirilmesinde sağlık okuryazarlığının önemine dikkat çekmek ve akılcı ilaç kullanımı düzeyine pandemi döneminin etkisi olup olmadığını görmek amacıyla bu çalışma yapıldı. Ayrıca sıkı ilişkili olduğunu düşündüğümüz sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı kavramlarını ölçekler yardımı ile kliniğimiz örnekleminde karşılaştırmak, COVID-19 özgeçmiş bilgileri ve COVID-19 aşısı yaptırma durumunu da sorgulayarak, pandeminin sürece etkisini göstermeyi amaçladık.

## II. YÖNTEM

### 2.1. Araştırma Evreni

Araştırma evrenini; 1 Aralık 2021 – 1 Şubat 2022 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği polikliniklerine, mesai günlerinde, 08:00-17:00 saatleri arasında herhangi bir nedenle başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden, 18 yaş ve üzeri, form dolduramayacak düzeyde bilişsel/fiziksel işlev bozukluğu bulunmayan bireylere ölçek ve anket formları uygulanmıştır. Örneklem büyüklüğü, CDC'nin EpiInfo™ yazılımıyla %95 güven aralığı ile 356 kişi olarak hesaplanmıştır. Veri toplanması esnasında %20 kayıp olabileceği göz önüne alınarak 426 katılımcıya anket uygulanması planlanmış ve 407 katılımcı ile çalışma tamamlanmıştır.

## 2.2. Verilerin Toplanması

Araştırmada hazırlanan anket formu katılımcıların sözlü onamları alındıktan sonra, yardımcı araştırmacı tarafından yüz yüze anket görüşmesi olarak yapılmıştır. Görüşme sırasında COVID-19 pandemisi kapsamında alınan önlemler uygulanmıştır. Araştırmada kullanılan anket formu 3 kısımdan oluşmaktadır. Anketin birinci kısmında katılımcıların sosyo-demografik verileri, COVID-19 özgeçmiş bilgileri, ilaç kullanım alışkanlıkları ve antibiyotik kullanım bilgileri sorgulanmıştır. İkinci kısımda Demirtaş ve diğerleri tarafından 2016 yılında geliştirilen, toplam Cronbach alfa katsayısı 0,79 olarak hesaplanan 21 soruluk Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) Ölçeği uygulandı (Demirtaş vd., 2018). Üçüncü kısımda sağlık okuryazarlığını değerlendirmek üzere Türkiye Sağlık okuryazarlık ölçeği-32 (TSOY-32) kullanıldı (Okyay ve Abacıgil, 2016).

## 2.3. İstatistiksel Analiz

Araştırma kapsamında elde edilen verilerin analizinde SPSS 23.0 programından yararlanıldı. İlk olarak araştırmada ölçeklerin eksik ve hatalı doldurulmasından kaynaklı verilerin dağılımını bozan uç değerler belirlenmiş, bu doğrultuda 426 katılımcının 19'una ilişkin veriler araştırma kapsamından çıkarıldı. Analizlere 407 katılımcı ile devam edildi. Araştırma verileri üzerinde gerçekleştirilen Kolmogorov-Smirnov testi sonucuna göre ( $p=0,000$ ) dağılım normal görünmese de çarpıklık ve basıklık katsayıları ve normal Q-Q grafiğinden elde edilen sonuçlara göre dağılımın normal olduğu görüldü, analizlerde parametrik test teknikleri kullanıldı. Araştırma kapsamında katılımcıların kişisel ve COVID-19 durumu bilgilerine ilişkin frekans ve yüzdelere; katılımcıların AİK ve SOY puanları ile cinsiyet, medeni durum, kronik hastalık özgeçmiş, COVID-19 özgeçmiş ve COVID-19 aşısı olma durumları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ilişkisiz örneklem t-testi; yaş, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, aylık gelir, kullanılmamış, yarım ilaç kutusu bulundurma, ilaç kullanım şekli ve kendi başına antibiyotik kullanımı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA), SOY ile AİK puanları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla Pearson Korelasyon analizi gerçekleştirildi. SOY alt gruplarının AİK puanları üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla ise çoklu regresyon analizinden yararlanıldı. Araştırma kapsamında anlamlılık düzeyi 0,05 olarak alındı.

## III. BULGULAR

Çalışmaya katılan 407 kişiden 211 (%51,8)'i kadın, 124 (%30,5)'i 26-35 yaş grubunda, 252 (%61,9)'u evli, 218 (%53,5)'i üniversite ve üzeri eğitilmiş, 312 (%76,7)'sinin sosyal sigortalar kurumu tarafından sigortalı, %52,6 ( $n=214$ )'sının geliri giderine denkti. Katılımcıların 179 (%44)'u COVID-19 geçirmiş ve 18 (%4,4) kişi ise COVID-19 nedeniyle hastanede yatmıştı. Çalışmamızda tek doz dahi olsa COVID-19 aşısı yaptıranların oranı %76,9 ( $n=313$ )'du. Katılımcıların akılcı ilaç kullanımı ölçeğine ilişkin puan ortalaması ise  $37,12\pm 4,17$ 'di. 316 (%77,6) katılımcı akılcı ilaç kullanım bilgisine sahipti. Çalışmaya katılan tüm katılımcıların TSOY-32 ölçeğinin geneline ilişkin puan ortalaması  $32,42\pm 7,82$ , tedavi ve hizmet boyutuna ilişkin puan ortalaması  $33,21\pm 8,05$  ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi boyutuna ilişkin puan ortalaması  $31,56\pm 8,78$ 'di.

AİK ve TSOY-32 ölçek puanları ile sosyodemografik özellikler karşılaştırılması Tablo 1'de verildi.

**Tablo 1. Katılımcılara İlişkin Demografik Veriler ve COVID-19 Özgeçmişİ İle AİK/TSOY-32 Puanlarının Karşılaştırılması (n=407)**

Kişisel Bilgiler	Kategori	n	%	AİK puanı		TSOY-32 Puanı	
				t	p	F	p
Cinsiyet	Erkek	196	48,2	2,978	0,003*	0,425	0,671
	Kadın	211	51,8				
Yaş	18-25 yaş	97	23,8	3,357	<b>0,010**</b>	8,395	<b>&lt;0,001**</b>
	26-35 yaş	124	30,5				
	36-45 yaş	88	21,6				
	46-55 yaş	65	16,0				
	56yaş ve üzeri	33	8,1				
Medeni Durum	Evli	252	61,9	1,406	0,161	2,862	0,004*
	Bekar	155	38,1				
Eğitim Durumu*	İlkokul	46	11,3	3,712	<b>0,006**</b>	1,203	0,309
	Ortaokul	35	8,6				
	Lise	108	26,5				
	Üniversite ve üzeri	218	53,5				
Meslek	Ev Hanımı	97	23,8	2,441	<b>0,014**</b>	2,288	<b>0,021**</b>
	İşçi	33	8,1				
	Emekli	18	4,4				
	Öğrenci	72	17,7				
	Memur	101	24,8				
	Esnaf	29	7,1				
	Diğer	57	14				
Sosyal Güvence	SGK Var	312	76,7	2,980	0,052	1,832	0,161
	SGK Yok	46	11,3				
	Diğer	49	12,0				
Gelir Durumu	Gelirim Giderimden Az	117	28,7	0,667	0,514	2,025	0,133
	Gelirim Giderime Denk	214	52,6				
	Gelirim Giderimden Fazla	76	18,7				
Kronik Hastalık	Evet	73	17,9	1,052	0,295	0,926	0,357
	Hayır	334	82,1				
COVID-19 Tanısı	Evet	179	44,0	1,151	0,251	0,288	0,774
	Hayır	228	56,0				
COVID-19 Nedeniyle Hastanede Yatış	Evet	18	4,4	0,434	0,669	0,064	0,950
	Hayır	389	95,6				
COVID-19 AŞISI	Evet	313	76,9	1,298	0,196	2,328	<b>0,021*</b>
	Hayır	94	23,1				

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu,

\* $p < 0,05$ , Bağımsız Örneklem t-Testi,\*\* $p < 0,05$ , İlişkisiz Örneklem için Tek Faktörlü Varyans Analizi

Bu özelliklerden erkek katılımcıların ( $p=0,003$ ), 46-55 yaş arasındaki bireyler ( $p=0,001$ ), eğitim olarak üniversite mezunu olanların ( $p=0,006$ ), memurların ( $p=0,014$ ) anlamlı düzeyde yüksek AİK ölçek puanlarına sahip olduğu, sağlık özgeçmiş ve COVID-19 ile ilgili faktörlerle AİK ölçek puanları ilişkili olmadığı gözlemlendi. TSOY-32 ölçek puanlarıyla yaş, medeni durum, meslek ve COVID-19 aşısı olma durumu gibi faktörler ilişkili bulundu. Bekarların sağlık okuryazarlığı puanları evlilere göre anlamlı bir şekilde daha yüksekti ( $p=0,004$ ). 46-55 (ort=28,33) yaş arasındaki bireylerin sağlık okuryazarlığı puanları 18-25 yaş (ort=33,99), 26-35 yaş (ort=34,28) ve 36-45 yaş (ort=31,86) arasındakilere göre anlamlı bir şekilde daha düşüktü ( $p < 0,001$ ). COVID-19 aşısı yaptırmayanların (ort=34,01) sağlık okuryazarlığı puanları yaptıranlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksekti ( $p=0,02$ ).

316 (%77,6) katılımcı, AİK ölçeğinden 35 ile 42 arasında puan aldı yani yeterli akılcı ilaç kullanım bilgisine sahipti. 396 (%97,3) katılımcı, “İlaç tedavisi alırken herhangi bir istenmeyen etki gördüğümüzde bunu doktorumuza danışmalıyız.” şeklindeki önermeyi doğru kabul ederken, 211 kişi (%51,8) ile en az kişi tarafından doğru cevaplanan önerme ise “Bitkisel ürünler ilaçların yerine kullanılabilir.” oldu.

Araştırmaya katılanların ilaç kullanım alışkanlıkları ve ilaç kullanım bilgileri sorularla irdelendi. 91 (%22,4) kişinin evde hiç kullanılmamış ya da yarım kullanılmış ilaç kutusu bulundurmadığı, 185 (%45,5) kişide 1-5 kutu bulunduğu ve 131 (%32,2) kişide beş kutudan fazla bulunduğu belirlendi. 100 (%24,6) kişi hekimin verdiği ilacı bitene kadar, 132 (%32,4) kişi şikâyeti geçene kadar, 175 (%43,0) kişi hekim veya eczanenin önerdiği süreye kadar kullanmaktaydı. Katılımcıların 43’ü (%10,6) herhangi bir sağlık yakınmasında kendi başına antibiyotik kullanmakta, 37’si (%9,1) kendi başına antibiyotik kullanmaya başlamakta ancak iyi hissetmediğinde ilacı kesmekte ve 327’si (%80,3) ise kendi başına antibiyotik kullanmamaktaydı.

TSOY-32 ölçeğinden alınan puanlar incelendiğinde 61 (%15,0) katılımcının yetersiz sağlık okuryazarlığı, 172 (%42,3) katılımcının sorunlu-sınırlı sağlık okuryazarlığı, 117 (%28,7) katılımcının yeterli sağlık okuryazarlığı ve 57 (%14,0) katılımcının da mükemmel sağlık okuryazarlığı düzeyinde bulunduğu belirlendi.

Akılcı ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı ve alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçlarına göre, akılcı ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı ( $r=-0,053$ ,  $p>0,05$ ), tedavi ve hizmet boyutu ( $r=-0,044$ ,  $p>0,05$ ) ve hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi alt boyutu ( $r=-0,052$ ,  $p>0,05$ ) arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı. Bu durum akılcı ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı arasında bir ilişki olmadığını göstermektedir. TSOY-32 ölçeğinden aldıkları puanlarla yetersiz, sınırlı-sorunlu, yeterli ve mükemmel olarak sınıflanan katılımcıların AİK ölçek puanları benzerdi. Katılımcıların sağlık özgeçmişleri, COVID-19 hastalık özgeçmişleri ve COVID-19 aşısı olma durumları ile AİK ölçek puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunmadı ( $p>0,05$ ).

Tablo 2’de sağlık okuryazarlığı alt boyutları ve süreçlerine ilişkin matris üzerinde ortalama puanlar ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri verildi. Buna göre katılımcıların TSOY-32 ölçeğindeki soruların gruplarına göre oluşturulmuş matristeki bileşenleri için sorunlu – sınırlı sağlık okuryazarlığı ve yeterli sağlık okuryazarlığı düzeyindeydi ve puan ortalamaları 28,05- 36,16 arasında değişmekteydi.

**Tablo 2. Katılımcıların Sağlık Okuryazarlığı Boyutları ve Süreçlerine İlişkin Puan ve Düzeyler (n=407)**

Alt Boyutlar	Süreçler	Sağlıkla ilgili bilgiye ulaşma	Sağlıkla ilgili bilgiyi anlama	Sağlıkla ilgili bilgiyi değerlendirme	Sağlıkla ilgili bilgiyi kullanma/uygulama
	Tedavi ve hizmet	Puan	34,72	33,80	28,05
Düzye		Yeterli Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Yeterli Sağlık Okuryazarlığı
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	Puan	33,52	33,69	29,88	28,99
	Düzye	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı	Sorunlu – Sınırlı Sağlık Okuryazarlığı

Akılcı ilaç kullanımı ile sağlık okuryazarlığı alt boyutları arasındaki ilişkiye yönelik regresyon analizine göre, tedavi ve hizmet ile hastalıklardan korunma/sağlığın geliştirilmesi değişkenleri birlikte, katılımcıların AİK puanları ile anlamlı bir ilişki vermemektedir ( $R=0,053$ ,  $R^2=0,003$ ,  $p>0,05$ ) Bu durum iki değişkenin de akılcı ilaç kullanımı üzerinde önemli (anlamlı) bir yordayıcı olmadığını gösterdi. (Tablo 3)



**Tablo 3. Tedavi ve Hizmet ve Hastalıklardan Korunma/Sağlığın Geliştirilmesinin Akılcı İlaç Kullanımı Üzerindeki Etkisi**

Değişken	B	Standart Hata	Beta	t	p*
Sabit	37,976	0,896		42,380	<0,001
Tedavi ve hizmet	-0,006	0,038	-0,011	-0,155	0,877
Hastalıklardan korunma/Sağlığın geliştirilmesi	-0,021	0,035	-0,044	-0,600	0,549
	R=0,053	R <sup>2</sup> =0,003	F (2,404)	0,568	p=0,567

\*p>0,05, Çoklu Regresyon Analizi

#### IV. TARTIŞMA

Çalışmamızda, pandemi devam ederken üçüncü basamak hastaneye herhangi bir nedenle ayaktan başvuran hastalardan oluşan katılımcılara akılcı ilaç kullanım düzeyi ve sağlık okuryazarlığı düzeyi belirleyen ölçekler uygulanmıştır. Katılımcıları AİK ve TSOY-32 düzeyleri arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Araştırmamız sonucunda akılcı ilaç kullanım bilgisi yeterli, sağlık okuryazarlığı düzeyi sınırlı-sorunlu olarak bulunmuştur.

Erkek katılımcılar, 46-55 yaş arasındaki bireyler, üniversite mezunu olanlar ve memurların anlamlı düzeyde yüksek AİK ölçek puanlarına sahip olduğu, sağlık özgeçmişi ve COVID-19 ile ilgili faktörlerle AİK ölçek puanları ilişkili olmadığı gözlemlendi. TSOY-32 ölçek puanlarıyla yaş, medeni durum, meslek ve COVID-19 aşı durumu gibi faktörler ilişkili bulundu.

Kurt ve diğerleri (2020) meslek yüksekokulu okuyan öğrencilere yaptığı çalışmada katılımcıların yaklaşık %45'i AİK bilgisine sahip bulunmuştur. Özyiğit ve diğerlerinin (2015) üniversite öğrencileriyle yaptığı çalışmada ise çalışma grubunun %68,4'ü sadece hekimin verdiği ilaçları, %62,9'u reçeteye uygun kullandıkları, %66,4'ü ilaçları uygun koşullarda sakladıklarını saptamışlar. İlaç kullanım bilgisine göre gruplar arasında AİK puanları anlamlı farklıydı. Muayene olmadan antibiyotik kullanmayan, hekim/eczacının söylediği süre kadar kullananda AİK puanları daha yüksek bulundu ancak yarım ilaç kutusu sayısı arttıkça AİK puanları daha yüksekti, bu beklenen davranış durumuna tersti. Bu insanların yaptıklarıyla söylediklerinin çelişmesine bağlı olabilir.

AİK puanları pandemi döneminden önceki literatürle benzerdi (Kurt vd., 2020; Özyiğit, 2015; Hatipoğlu, 2016). COVID-19 geçirme, hastanede yatma ve aşı olma gibi faktörlerle AİK puanlarıyla anlamlı ilişki bulunamadı. Pandemi SARS-CoV2 ve oluşturduğu hastalık hakkında sağlık çalışanları dışındaki halktan insanlara da TV, radyo, internet ve sosyal medyada ayrıntılı bilgilendirme yapıldığı, toplumun neredeyse tamamı hastalığı geçirdiği ya da şahit olduğu halde bu durumların AİK puanlarında yükselmeye neden olmaması beklenmektedir. Aynı şekilde SOY puanları da yeterli düzeye ulaşmamıştır. Yalnızca SARS-CoV2 aşılıları yaptıranların ilginç olarak sağlık okuryazarlığının daha düşük düzeyde olduğu tespit edildi.

Çalışmamızda kadınların, 46-55 yaş grubunun, üniversite ve üzeri eğitimi olanların, memurların ve öğrencilerin AİK bilgisi anlamlı şekilde yüksekti. Sosyal güvence, gelir durumu ve medeni halin AİK bilgisine etkisi bulunmadı. Literatüre baktığımızda bizim çalışmamızla benzer şekilde kadınlarda ve eğitim düzeyi yüksek olanlarda AİK bilgisi yüksek bulunmuştur (Demirtaş, 2018; Kurt, 2020; Hatipoğlu, 2016). Pandemi öncesi AİK puanlarının ve ilaç kullanımı konusundaki tutumlarla, pandemi de benzer olduğu gözlemlendi.

Avrupa birliği ülkelerindeki düşük okuryazarlık tespit edilmiş 62 çalışmanın meta-analizinde SOY yaklaşık %27-48 aralığında bulundu. Mültecilerde en düşük düzeyde olmak üzere düşük SOY'un Avrupa genelinde bir halk sağlığı sorunu olduğunu ve her üç Avrupalıdan birinin veya neredeyse her iki Avrupalıdan birinin sağlıkla ilgili temel materyalleri anlayamayabileceğini buldular (Baccolini vd.,

2021). Diyabetli bireylerde yapılan bir çalışmada SOY ve AİK düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde ise pozitif yönlü ve yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki saptamışlar (Akyol Güner, 2020). Mostafa ve diğerlerinin (2021) Mısır'da öğrencilerin AİK ve SOY ilişkisini değerlendirdikleri çalışmalarında, öğrencilerin antibiyotik direnci konusundaki yüksek farkındalık düzeyini, öğrencilerin yeterli SOY ve iyi düzeyde antibiyotik bilgisi ile ilişkili bulmuşlar.

Türkiye'de pandemi öncesinde erişkinlerde yapılan kesitsel çalışmalarda katılanların yarısı veya daha fazlasının yetersiz SOY kategorisi içinde olduğu görülmektedir (Akyol Güner, 2020; Berberoğlu, 2018; Değerli, 2018) Sağlık-Sen Stratejik Araştırmalar Merkezi'nin toplum tabanlı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Araştırması'na göre; Türkiye'de sorunlu veya yetersiz sağlık okuryazarlığı %64,6 iken bu oran Avrupa'da %47,6'dıydı (Durusu Tanrıöver, 2014). Pandemi döneminde Schaeffer ve diğerlerinin (2021) kesitsel bir çalışmada Almanya'daki SOY'ın pandemi sırasında iyileşme eğiliminde olduğunu, bu etki özellikle hastayken sağlık bilgilerinden faydalanma ve dijital SOY alanında belirgindir. Rohwer ve diğerlerinin (2021) İngiltere'de ayaktan hasta yakınlarında yaptığı çalışmada da SOY oranı yeterli düzeyde (%69) ve pandemi hakkındaki endişelerle ilişkili bulunmuştur. TSOY-32 ölçeğiyle Türkiye'de çeşitli örneklem gruplarında pandeminin hemen öncesinde yapılmış ve pandemi sürecinde yayınlanmış çalışmalarda ise puan ortalaması 25-38 arasında değişmekle birlikte, benzer puan ve yetersiz, sınırlı sağlık okuryazarlığı ile beklenen yükseliş gözlenmemiştir (Akyol Güner, 2020; Çelikyürek, 2020; Durmaz vd., 2020; Özdemir vd., 2020; Okur vd., 2021; Ertem ve Güzel, 2021). Pandemi öncesine göre, pandemi sürecinde bireylerin SOY puan ortalamalarında kayda değer değişiklik olmadığı gözlenmiştir.

Çalışmalarda eğitim ve gelir düzeyi arttıkça sağlık okuryazarlığı düzeyi artış vardır (Kurt, 2020; Değerli, 2018). Sorensen ve diğerleri (2012) tarafından yürütülen çalışmada kadınların sağlık okuryazarlığı yüksek bulunurken, Özdemir ve diğerleri (2020) tarafından yürütülen çalışmada erkeklerin sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda eğitim durumu, gelir durumu ve sosyal güvenceye göre anlamlı sağlık okuryazarlığı farkı yoksa da bekar olanların, 35 yaşın altındaki gençlerin SOY düzeyi anlamlı yüksek bulunmuştur. Özdemir ve diğerlerinin (2020), Okyay ve Abacıgil (2016) ve Durusu Tanrıöver ve diğerlerinin (2014) çalışmalarında yaş arttıkça genel indeks puanı düşmektedir. Tayvan'da Duong ve diğerlerinin (2015) çalışmalarında yüksek gelir durumu, daha iyi sosyal statü ve genç yaşta SOY daha yüksek bulunurken, Mısır'da Mostafa ve diğerlerinin (2021) çalışmalarında SOY çalışmamızda olduğu gibi sosyodemografik değişkenlerden etkilenmemiştir. Amerikan Aile hekimliği birliğine göre, SOY için hastaların bilgi düzeylerini yıllar içerisinde taramadan geçirmek yerine, profesyonel kuruluşlar tarafından evrensel sağlık okuryazarlığı önlemleri almayı önermektedir. Tıbbi kelimeler ya da karmaşık talimatlardan çok, küçük somut adımlarla eğitimi odaklama, sınırlama ve sorumluluk verme şeklinde düzenlemenin daha etkili olacağı belirtilmektedir. Bilgi materyalleri de hem yazılı hem görsel olarak beşinci ila altıncı sınıf okuma seviyesinde veya altında düzenlenmesi önerilmektedir (Hers vd., 2015). Buna dayanarak, eğitime açık olunan genç yaşlarda sağlık okuryazarlığın temel eğitim müfredatına katılması, standart ve herkese yönelik olarak, tüm sorumlu kuruluşlar tarafından, toplumun sosyodemografik katmanlarından bağımsız eğitim verilmesinin yeterli SOY düzeyine ulaşma hedefine varmakta faydalı olacağını düşünüyoruz.

Akılcı ilaç kullanım bilgisi ile cinsiyet yaş, eğitim durumu ve meslek; sağlık okuryazarlık düzeyi ile yine medeni durum, yaş ve meslek ilişkili bulunmuştur. Ancak AİK bilgisi yüksek olsa da erişkinlerin TSOY-32 hem tedavi hem de koruyucu sağlık bilgisi değerleri arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır. Bu beklemedik sonuç, bize iki olgunun hastaneye başvuran erişkinlerde AİK ile SOY ilişkisi olamayabileceğini, hasta veya sağlıklı olarak sağlık hizmetine başvuran kişilerde sağlık bilgisinin başka açılardan da değerlendirilmesi gerekliliğini dikkati çekmiştir.

Pandemi süresince özellikle 'evde kal' uyarı ve zorunluluğu ile online eğitim ve çalışmaya geçiş uzun süreler internet kullanımına, bilgi kaynağı olarak internetin tercih edilmesine, virüs ve hastalıkla ilgili yoğun medya bilgilendirmesinin e-sağlık okuryazarlığına katkısı olduğu gözlenmiştir (Saygın, 2021). Ancak infodeminin doğru sağlık bilgisine ulaşma çok da katkısı olmadığı da bu çalışmayla görülmektedir.

Çalışmanın kesitsel olarak, pandemi devam ederken hastaneye başvuran kişilerde yapılması kısıtlılık olsa da, pandeminin etkisi devam ederken ve sağlık hayatın tüm dünyada ilk gündemi olmasına rağmen AİK ve SOY düzeylerinin iyileşmemiş olduğunu göstermesi açısından değerlidir.

Çalışmamızda COVID-19 pandemisi döneminde tüm dünyada medyada yaygın olarak işlenen COVID-19 haberleriyle beraber diğer sağlık ve hastalık ile ilgili haber ve bilgilerin beklenilen aksine katılımcılarda sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım bilgisi düzeylerinde artış yapmadığı anlaşılmıştır. Bu durum DSÖ'nün infodemi olarak tariflediği tablonun resmidir.

## V. SONUÇ

Tanımlarının benzerliği gereği SOY ve AİK kavramlarının pozitif yönde ilişkili olması beklenmesine rağmen, pandemideki korku, panik havası ve bilinmezlik sağlıkta doğru bilgi ve davranışı negatif yönde etkilemiş olduğu görülmektedir. Çalışmada, AİKÖ ve TSOY-32'nin COVID-19 özgeçmiş, COVID-19 aşı olma durumları ile de ilişkisi olmadığı saptanmıştır. Toplum yapısı ve pandemiye bakış açısı farklılıklarından da kaynaklanabilir. İnternet sosyal, ekonomik ve eğitim hayatımızın merkezine oturmuş olmasına rağmen, toplumun yeterli sağlık okuryazarlığı ve doğru akılcı ilaç kullanım bilgilerine sahip olması için eğitim ve doğru kaynaklara ulaşım hala kısıtlıdır. Hastalıktan korunma, ilaçların doğru ve akılcı kullanımı ve sağlık sistemlerinin yerinde kullanılabilmesi için en kolay ulaşılabilecek sağlık profesyonelleri aile hekimleridir. Sağlığın geliştirilmesi ve kamu kaynaklarının israf edilmeden verimli kullanılabilmesi hem topluma hem de sağlık çalışanlarına doğru kaynaklardan etkili eğitim gerekliliği pandemi gölgesinde yeniden ortaya çıkmıştır.

**Etik Kurul İzni:** Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dışkapı Yıldırım Beyazıt Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 15.11.2021 tarih ve 124/02 sayılı karar ile etik kurul izni alınmıştır.

## KAYNAKLAR

- Abel, T., & McQueen, D. (2020). Critical health literacy and the COVID-19 crisis. *Health Promot Int.*, 35(6): 1612-1613.
- Akyol Güner, T., Kuzu, A. & Bayraktaroğlu, T. (2020). Diyabetli bireylerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki. *Türkiye Diyabet ve Obezite Dergisi*, 4(3), 214-223.
- Baccolini, V., Rosso, A., DiPaolo, C., Isonne, C., Salerno, C., Migliara, G., Prencipe, G.P., Massimi, A., Marzuillo, C., De Vito, C., Villari, P., & Romano, F. (2021). What is the prevalence of low health literacy in European Union member states? a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.*, 36(3), 753-761.
- Berberoğlu, U., Öztürk, O., İnci, M.B., & Ekerbiçer, H.Ç. (2018). Bir aile sağlığı merkezine kayıtlı 18-65 yaş grubu bireylerdeki sağlık okuryazarlığı durumunun değerlendirilmesi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 8(3), 575-581.
- Conference of Experts on the Rational Use of Drugs (1987). *The rational use of drugs: report of the Conference of Experts*, Nairobi, 25-29 November 1985. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37174> (Erişim Tarihi:03.07.2023)
- Çelikyürek, N.A, Meydan Acımiş, N., & Özcan, B. (2020). Bir üniversite hastanesi dahiliye polikliniğine başvuranlarda sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili etmenler. *Pamukkale Medical Journal*, 13, 258-266.
- Değerli, H., & Tüfekçi, N. (2018). Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin belirlenmesi. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 6, 88-467.

- Demirtaş, Z., Dağtekin, G., Sağlan, R., Alaiye, M., Önsüz, M. F., Işıklı, B., Kılıç, F. S., & Metintaş, S. (2018). Akılcı İlaç Kullanımı Ölçeği Geçerlilik ve Güvenilirliği. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 3(3), 37-46.
- Duong, V. T., Lin, I. F., Sorensen, K., Pelikan, J. M., Van Den Broucke, S., Lin, Y. C., & Chang, P.W. (2015). Health Literacy in Taiwan: A Population-Based Study. *Asia-Pacific J Public Health*, 27(8), 871-80.
- Durmaz, S., Sürücü, E. E., & Özvurmaz, S. (2020). Mermer fabrikası işçilerinde sağlık okuryazarlığı, sağlık algısı düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. *MedSci*, 15, 81-91.
- Durusu Tanrıöver, M., Yıldırım, H. H., Demiray Ready, F. N., Çakır, B., & Akalın, H. E. (2014). *Türkiye sağlık okuryazarlığı araştırması*. Birinci Baskı, Sağlık-Sen Yayınları, Ankara. <https://www.researchgate.net/deref/http%3A%2F%2Fwww.saglikxen.org.tr%2Fcdn%2Fuploads%2Fgallery%2Fpdf%2F8dcec50aa18c21cdaf86a2b33001a409.pdf> (Erişim tarihi: 03.07.2023)
- Ertem, A., & Güzel, A. (2021). Sağlık okuryazarlığı ve sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişki. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(1), 245-260.
- Hatipoğlu, S., & Cengiz Özyurt, B. (2016). Rational use of medicine in some family health centers in Manisa. *TAF Prev Med Bull*, 15(4), 1-8.
- Hersh, L., Salzman, B., & Snyderman, D. (2015). Health literacy in primary care practice. *Am Fam Physician*, 92(2), 118-24.
- İncesu, E. (2017). Akılcı ilaç kullanımında sağlık okuryazarlığı: Bir kamu hastanesi yatan hastaları üzerine bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 28-37.
- Kurt, O., Oğuzöncül, A. F., Deveci, S. E., & Pirinçci, E. (2020) Bir sosyal bilimler meslek yüksekokulu öğrencilerinin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve davranışlarının değerlendirilmesi. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 5(1), 62-72.
- Mostafa, A., Abdelzاهر, A., Rashed, S., AlKhwaga, S. I., Afifi, S. K., Abdel Alim, S., Mostafa, S. A., & Zidan, T. A. (2021). Is health literacy associated with antibiotic use, Knowledge and awareness of antimicrobial resistance among non-medical university students in Egypt? A cross-sectional study. *BMJ Open*, 11, e046453.
- Nutbeam, D., Levin-Zamir, D., & Rowlands, G. (2018). Health literacy in context. *International journal of Environmental Research And Public Health*, 15(12), 2657.
- Okur, E., Evcimen, H., & Yağcı Şentürk, A. (2021). Sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeylerinin incelenmesi. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 30(1), 18-24.
- Okyay, P., & Abacıgil, F. (2016). *Türkiye sağlık okuryazarlığı ölçekleri güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Sağlık Bakanlığı Yayın No:1025, Baskı:1. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Ozyigit, F., & Arıkan, İ. (2015). University students' attitudes and behaviors on rational drug use knowledge. *Kütahya province. Bozok Med J*, 10, 47-52.
- Rohwer, E., Mojtahedzadeh, N., Neumann, F. A., Nienhaus, A., Augustin, M., Harth, V., ... & Mache, S. (2021). The role of health literacy among outpatient caregivers during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 11743.

- Schaeffer, D., Klinger, J., Berens, E. M., Gille, S., Griese, L., Vogt, D., & Hurrelmann, K. (2021). Health Literacy in Germany before and during the COVID-19 Pandemic. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 83(10), 781-788.
- Özdemir, S., Akça, H. Ş., Algın, A., & Kokulu, K. (2020). Health literacy in the emergency department: a cross-sectional descriptive study. *Eurasian J Emerg Med*, 19(2), 94-7.
- Saygın, E., Tolon, M., Doğan, B., & Atalay, K. D. (2021). Covid-19 pandemi döneminde e-sağlık okuryazarlığının incelenmesi üzerine bir araştırma. *Third Sector Social Economic Review*, 56(3), 1559-1575.
- Sorensen, K., Broucke, S. V., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). HLS-EU (Consortium Health Literacy Project European). Consortium health literacy project European. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 25(12), 10-1186.
- WHO (1985). Conference of experts on the rational use of drugs. *World Health Organization, Nairobi, Kenya, WHO/CONRAD/WP/RI, (25-29.12. 1985)*. (Erişim tarihi:03.07.2023).



ARAŞTIRMA MAKALESİ

# YEŞİL HASTANELERDE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK RAPORLAMASI ÜZERİNE PERSONEL TUTUMLARININ ARAŞTIRILMASI: BİR KAMU HASTANESİ ÖRNEĞİ

Aydın ŞENOL \*  
Sevgi ÜSTÜNKAYA \*\*  
Halil AKKUŞ \*\*\*

## ÖZ

Küreselleşme ile beraber dünyada hızla artan rekabet ortamı içerisinde sağlık işletmelerinin, varlıklarını sürdürebilmesi, bulunduğu ekosisteme zarar vermeden maliyetlerini en aza indirmeleri kaliteli ve verimli hizmet sunabilmesi için ekonomik, çevresel ve sosyal birleşenler açısından sürdürülebilirlikleri oldukça önemlidir. Tüm sağlık çalışanları tarafından sürdürülebilirlik kavramının değerinin anlaşılması ve bu sürece katkı sunmaları önemli ve değerlidir. Bu çalışma ile Sakarya'nın Akyazı ilçesinde faaliyet göstermekte olan Akyazı Devlet Hastanesi'ndeki sürdürülebilirlik ve sürdürülebilirlik raporlaması üzerine personelin rolünü ve tutumlarını tespit edilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmanın yöntemi olarak, Nitel araştırma tasarımlarından biri olan Strauss ve Corbin'nin (1998) geliştirdikleri "gömülü teori" olarak da bilinen sistematik yaklaşım kullanılarak veriler ve bulgular elde edilmiştir. Bu bağlamda, 2022 Kasım-Aralık aylarında 14 sağlık personeliyle aşamalı olarak yüz yüze görüşülmüş ve veriler toplanmıştır. Literatür incelemesinde, hastanelerde sürdürülebilirlik raporlaması üzerine personel tutumlarının tespitine yönelik daha önce araştırılan bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Çalışma sonucunda, sağlık personellerinin sürdürülebilirlik üzerine tutumlarının olumlu yönde olduğu tespit edilmiştir. Bu bağlamda, çalışan personelin çevreyi korumak, kuruma ve ülkeye maddi çıkar sağlamak, gelecek kuşaklara daha güzel bir evren bırakmak için çalıştıkları alanda ortaya çıkan atıkları uygun bir şekilde ayrıştırdığı, geri dönüşüm sağladığı ve süreçlere olumlu katkılar sunmaya çalıştıkları tespit edilmiştir. Sürdürülebilirlik raporlaması üzerine çalışanların daha fazla bilgilendirilmesi, hizmet içi eğitimlerinin ve kamu bilgilendirme çalışmalarının artırılması gerekliliği önerilmektedir.


**Anahtar Kelimeler:** Yeşil hastane, sürdürülebilirlik, sürdürülebilirlik raporlaması, tutum.

## MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğr. Üyesi, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri MYO, Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Sakarya, asenol@subu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5136-9463>

\*\* Yüksek Lisans Programı, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi, Sakarya, 22502105010@subu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4204-1017>

\*\*\* Yüksek Lisans Programı, Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi, Sakarya, halilakkuss@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2044-2717>

Gönderim Tarihi: 22.01.2023

Kabul Tarihi: 20.07.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Şenol, A., Üstünkaya, S., & Akkuş, H. (2023). Yeşil Hastanelerde Sürdürülebilirlik Raporlaması Üzerine Personel Tutumlarının Araştırılması: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 667-684

# INVESTIGATION OF STAFF'S ATTITUDES TO SUSTAINABILITY REPORTING IN GREEN HOSPITALS: A PUBLIC HOSPITAL CASE

Aydın ŞENOL\*  
Sevgi ÜSTÜNKAYA\*\*  
Halil AKKUŞ\*\*\*

## ABSTRACT

Sustainability is highly important in terms of economic, environmental and social components in order for health enterprises to maintain their existence, to minimize their costs without harming the ecosystem they are in, and to provide quality and efficient service in the rapidly increasing competitive environment in the world with globalization. It is important and valuable for all healthcare professionals to understand the value of the notion of sustainability and to contribute to this process. With this study, it is aimed to make firm the role and attitudes of the personnel on sustainability and sustainability reporting in Akyazı State Hospital that is operating in Akyazı district of Sakarya. In this study, data and findings were obtained by using the systematic approach, also that is known as "embedded theory", developed by Strauss and Corbin (1998), one of the qualitative research designs, as the method of this study in Akyazı district of Sakarya. In this sense, face-to-face interviews were gradually conducted with 14 health personnel in November-December 2022 and data were collected. In the literature review, no previous research was found on the determination of staff attitudes on sustainability reporting in hospitals. As a result of the study, it was determined that the attitudes of health personnel on sustainability were positive. In this context, it has been determined that the personnel working in order to protect the environment, provide financial benefits to the institution and the country, and leave a better universe for the next generations, appropriately decompose the wastes generated in the area where they work, provide recycling and try to make positive contributions to the processes. It is suggested that employees should be informed more about sustainability reporting, on the job training and public information activities should be increased.

**Keywords:** Green hospital, sustainability, sustainability reporting, attitude.

## ARTICLE INFO

\* Asst. Prof., Sakarya University of Applied Sciences, Vocational School of Health Services, Sakarya, asenol@subu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5136-9463>

\*\* Master Program, Sakarya University of Applied Sciences, Health Management, Sakarya, 22502105010@subu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4204-1017>

\*\*\* Master Program, Sakarya University of Applied Sciences, Health Management, Sakarya, halilakkuss@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-2044-2717>

Received: 22.01.2023

Accepted: 20.07.2023

## Cite This Paper:

Şenol, A., Üstünkaya, S., & Akkuş, H. (2023). Yeşil Hastanelerde Sürdürülebilirlik Raporlaması Üzerine Personel Tutumlarının Araştırılması: Bir Kamu Hastanesi Örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 667-684



## I. GİRİŞ

Sürdürülebilirlik, kelime anlamı olarak “daimî olma” yeteneğini ifade etmektedir. Sürdürülebilirlik kavramı değişik açılardan anlam ifade ettiği için, araştırmacılar tarafından farklı tanımlar yapılmaktadır. Yapılan bütün bu tanımların keşiştiği bir nokta vardır; gelecek odaklı bir yaşamın kaynağının sürdürülebilir bir yaşamdan geçmesidir (Norton, 2005). Solow (1993)’e göre sürdürülebilirlik, zaman içinde insan refahının korunması şeklinde tanımlanmaktadır. Ankersen (2009) sürdürülebilirliği, kuşakların birbirine karşı yükümlülüğü olarak tanımlamaktadır. Sürdürülebilirlik, geçmişten günümüze tüm ekonomiler için oldukça önemli bir kavramdır. Sanayi Devriminin etkisiyle, talep artışları ve üretim sürecindeki değişiklikler şirketlerin değişik kaynaklara duydukları gereksinimi arttırmıştır. Bu gelişme şirketlerin yönetimlerinin profesyonel yöneticilere bırakılmasına zemin oluşturmuştur. Şirket çalışanları, yöneticiler ve şirketlerin ortakları arasındaki bağlantıların sağlanması, şirketlerin etkin ve verimli faaliyet gösterirken diğer taraftan da ortakların menfaatlerinin korunması için şirket yöneticilerinin bazı kurallara bağlı kalması gerekmiştir. Bu yaşanan gelişmeler sonucunda 1990’lı yıllarda şirketlerin tüm unsurlarına karşı sorumluluklarını yerine getirmesinin, hem kendisinin hem de diğer menfaat gruplarının çıkarlarının gözetilmesinin sağlanabilmesi için kurumsal yönetim yaklaşımı, kendine finansal yapı içinde yer bulmuştur (Bhagat ve Bolton, 2008). Sürdürülebilirlik kavramı ekonomilerde kurumsal yönetim ile oldukça ilişkilidir. Kurumsal yönetim yaklaşımı çerçevesinde planlama ve örgütlenmeyi göz önünde tutarak yapılan işin paylaşılması, birimler arası bağlantı kurulması ve tüm birimlere eşit iş yükü dağıtılması olarak tanımlanan yönetim süreci karşımıza çıkmaktadır. Kurumsal yönetim işletmenin oluşturduğu ilkeleri, hedefleri ve gerçekleştirilen performansı gözden geçirmek için yönetim sürecinde önemli bir yer edinmiştir. Bu temel yapının devam etmesi için gerekli ve uyumlu ilkeler benimsenmiştir (Gürbüz ve Ergincan, 2004). Kurumsal Yönetim, bir şirketin bütün paydaşları arasındaki ilişkiyi kapsayan, şirketin gelecek hedeflerinin belirlendiği bir yapıyı ortaya çıkaran, gelecekteki hedeflere ne şekilde ulaşılacağını ve performans denetiminin nasıl yapılacağını belirleyen kavramdır (Yüksel ve Araci, 2017).

İşletmeler için gerekli bilgilerin sağlanabilmesi açısından tüm paydaşların işletme durumunu bütünsel olarak değerlendirebilmesi önemlidir. İşletmenin mali durumunun yanında geleceğe yönelik girişimlerini de değerlendirebilmesi için, işletmeler sürdürülebilirlik raporları yayınlamaktadırlar (Rivera-Arrubla vd., 2017). İşletmelerin özgür iradesiyle sunduğu bu raporlar gün geçtikçe bilgi karışıklığına neden olduğu için Küresel Raporlama Girişimi (GRI) öncülüğünde geliştirilen ve standartlarla daha sağlıklı ölçümler yapılabilen ve karşılaştırma yapılabilecek hale getirilmiştir (Kiziltan ve Doğan, 2021).

## II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2. 1. Sürdürülebilirlik ve Yeşil Hastane Kavram

Sürdürülebilirlik kavramı ilk kez Dünya Doğayı Koruma Birliği (IUCN) tarafından Dünya Doğa Şartı belgesinin 1982 yılında kabul edilmesiyle gündeme gelmiştir. Bu belgeye göre doğaya ve mevcut olan döngüye zarar vermemek ve ekosistemi tehlikeye atmamak koşuluyla kaynakların en uygun şekilde kullanımı ile optimum sürdürülebilirliğin sağlanması hedeflenmektedir (Yazar, 2006). Bugünkü anlamı ile sürdürülebilirlik 1987 yılında Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu’nun yayınladığı ortak geleceğimiz raporunda yer almıştır. Bu rapor kapsamında sürdürülebilirlik, gelecek nesillerin ihtiyaçlarını karşılayabilme imkânından ödün vermeden bireylerin bugünkü ihtiyaçlarını karşılayabilmek anlamına gelmektedir (Keleş, 1998).

Günümüz koşullarında işletmelerin, sunmuş olduğu hizmetlerle sosyal çevrenin refah seviyesinin artması üzerinde önemli katkıları bulunmaktadır. İşletmelerin verimli, etkin hizmet ve mal sunumu değişik sektörlerde halkın çeşitli ihtiyaçlarını karşılama gibi olumlu etkilerinin yanında hava kirliliği, hizmet sunumu esnasında ortaya çıkardığı atıklar, sera gazı gibi çevreyi ve toplumu olumsuz yönde etkileyecek yönleri de mevcuttur. İşletmelerin ortaya çıkardığı bu olumsuz etkileri karşısında hem işletmenin hem de işletme paydaşlarının yakından bu olumsuz etkileri takip etmesi, sorumluluğu

üstlenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda sürdürülebilirlik konusu önem kazanmaktadır (Tüm, 2014). Etkin olarak gerçekleştirilen bir sürdürülebilirlik ile toplumsal, çevresel, ekonomik ve bireysel olarak olumlu yönde gelişmeler sağlanmaktadır. Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektörü de günümüz koşullarından ve dünyanın içine sürüklendiği küreselleşmeden negatif yönde etkilenmektedir. Hastanelerin asıl işi toplumun refah düzeyini arttırmaktır. Bununla birlikte bu hizmeti sunarken elindeki kaynakları kaliteli bir şekilde kullanması, kaynak konusunda alternatifler üretebilmesi, elektrik ve su kaynağı gibi kaynaklarının kontrolünü sağlaması, en az maliyetle toplumu ve çevreyi en düşük zararla etkileyecek şekilde binalar inşa etmesi de gerekmektedir (Hoşgör, 2015). Bu noktada karşımıza yeşil hastane kavramı çıkmaktadır. Yeşil hastane, kaynakların kullanımı sırasında israfın önüne geçmek, israfı en aza indirmek, kaynakların daha etkin ve verimli kullanılması için alternatifler üretmek, bunu yaparken de çevreyi korumak için gerekli donanımına sahip hastanelerdir (Terekli vd., 2013). Türkiye’de maalesef yeşil hastane kavramı oldukça yenidir. Dolayısıyla ülkemizde bu kategoriye giren hastane sayısı da oldukça azdır. Yeşil hastane kavramının temelini sağlık hizmetlerinin çevre dostu binalarda verilmesi oluşturmaktadır. Yeşil hastane; çevre dostu bir bina, sürdürülebilir tasarım ve çevreye karşı duyarlı bir hizmet ile oluşturulabilir (Terekli vd., 2013). Yeşil hastaneler bölgesel farklılıklar göz önüne alınarak işlevsellik, kalite ve etkililik odaklı olmalıdır. Yeşil hastanelerde iç ortam hava kalitesi sağlanmalı, enerji ve su verimliliğini artıran teknolojiler kullanılmalıdır (Kılıç ve Güdük, 2018). Bilindiği üzere hastaneler hizmet sunumu esnasında oldukça fazla miktarda atık ortaya çıkarmakla birlikte gerek çok yönlü malzeme kullanımı gerekse enerji tüketimi açısından diğer sektörler arasında üst sıralarda yer almaktadır. Yeşil kavramının üstünde duran ve çevre dostu stratejilerini benimseyen sağlık işletmelerinin uzun seneler ayakta kaldığı tespit edilmiş olup, yeşil hastanelerin sağlanabilmesi için büyük bir öneme sahip olan kavram kuşkusuz sürdürülebilirlik kavramıdır. Yeşil hastane ve sürdürülebilirlik kavramı sadece hasta ve yakınlarına değil, aynı zamanda çalışanlara, kuruma, topluma, ülkeye ve hatta dünyaya da fayda sağlamak için üstünde durulması gereken önemli bir konudur. Sürdürülebilirliğin sağlık işletmelerinde en uygun maliyetle en kaliteli ve etkin şekilde yapılabilmesi için hastanede çalışan herkesin bu konuda eğitilmiş, bilgili, bilinçli ve duyarlı olması gerekmektedir. Farkındalık, oldukça yoğun bir sektör olan sağlık işletmelerinde bunu uygulayabilmenin en önemli yoludur ve hastane içerisinde hizmet verenlere büyük rol düşmektedir. Bu bağlamda, sürdürülebilir yeşil hastane kavramı oldukça önemli bir konu olup çevreye dost yeşil hastanelerin sayısının artması insanlık için oldukça önemlidir.

## 2.2. Sağlıkta Sürdürülebilirlik ve Sağlık Personelinin Rolü

Küreselleşen ekonomide sağlık sektörüne düşen pay gün geçtikçe daha da artmaktadır. Dünya ülkeleri vatandaşlarının yaşam kalitesini arttırmak ve refah seviyesini yükseltmek için bütçelerinin önemli bir kısmını sağlık sektörüne ayırmaktadır. Değişen koşullarla beraber yeni hastalıkların da çıkması sağlık sektöründeki maliyeti daha çok arttırmıştır. Bu sebeple maliyetlerin düşürülmesi, etkin ve verimli hizmet sunumu ve sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğin sağlanmasının önemi artmıştır. Küreselleşmeyle birlikte artan rekabet ortamında, sektörlerin hedeflerinden biri de maliyetlerin oldukça yükseldiği bu dönemde en az maliyetle en etkin ve kaliteli hizmet sunmaktır. Tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık işletmelerinde de durum aynıdır.

Dünya’da sağlık harcamalarına genel olarak bakılacak olursa; 2016 yılı itibariyle yurtiçi harcamalara oran olarak dünyada sağlık harcamasını en çok yapan ülke %17,2 oranı ile ABD’dir. İkinci sırada ise %12,4 ile İsviçre yer almaktadır. Bu iki ülkeyi ise %11,3 ile %10,4 oranları arasında; Almanya, İsveç, Fransa, Japonya, Kanada, Hollanda, Norveç, Belçika, Danimarka ve Avusturya izlemektedir. Türkiye’de yapılan sağlık harcamalarının yurtiçi harcamalara oranı ise %4,3’tür (OECD, 2018). Dünya genelinde ülkelerin sağlık harcamalarına ayırdıkları pay ülkelerin genel harcamalarına oranla yüksektir.

Sağlık sektöründe hizmet sunumu için yapılan harcamalar göz önünde bulundurulduğunda sağlık hizmetleriyle ilgili olarak yapılan her türlü aktivitenin kapsamlı bir şekilde planlanması hem sağlık sektörü için hem de çevre ve toplum için oldukça önemlidir (Naylor ve Appleby, 2012). Modern dünyada insanların sağlık okuryazarlığının artması, insan ömrünün de uzaması ile birlikte kronik

hastalıkların daha fazla görülmesi, çağın getirdiği yeni nesil hastalıklar gibi sebeplerle sağlık hizmetlerine talep daha da artmıştır. Üretim firmaları, sürdürülebilirlikle ilgili girişim konusunda ilk kuruluşlar arasında yer almaktayken, sektörler arasında sağlık hizmeti sunmak gibi önemli pozisyonda yer alan ve en kapsamlı sektörlerden biri olan sağlık sektörü daha atılgan şekilde sürdürülebilirliği özümsemeye başlamıştır (Boone, 2012). Sağlık sektörü çok yönlü hizmet sunumuna sahip olduğu için oldukça fazla miktarda enerji harcar. Bir hastane diğer bina tiplerine kıyasla çok daha fazla enerji tüketir. Toplam enerji tüketiminde ise tüm sektörler arasında, ulaşım sektöründen sonra sağlık sektörü ikinci sıradadır.

Sağlık hizmetleri sunumu esnasında birçok tehlikeli atık ortaya çıkmaktadır. Bunlardan biri sera gazı salınımıdır ki ciddi bir orana sahiptir. Bununla birlikte hastanelerde tehlike durumu oldukça yüksek, atık sulara neden olabilen çok sayıda kimyasallar kullanılmaktadır. Kullanılan kimyasallardan olan bazı anestezi ilaçları ise havalandırma ile tehlike oranı yüksek hava emisyonuna sebep olmaktadır. Bu atıklara ek olarak ise tonlarca katı atık ortaya çıkmaktadır (Boone, 2012). Hastanelerden kaynaklanan bu atıkların da etkisiyle dünyadaki salgın hastalıklar artmakta, iklimde bozulmalara sebep olmaktadır. Geçmişten bugüne sağlık sektörü denince ilk akla gelenler arasında hastaları iyileştirmek, hastalıkları önlemek gelirken artık günümüzde sağlığın toplumun tamamını ilgilendiren ve devamlılığını sağlayan çevreyi koruma ve iyileştirmekle de ilgili olması beklenmektedir (Milic, 2014).

Ülkelerin birçoğunda sağlık hizmeti en büyük istihdam alanlarından birisi olup, toplum üzerinde kayda değer bir sosyal etkiye sahiptir. Türkiye’de 2016 yılından beri ortalama 33 bin sağlık kurumu bulunmakta, özel sektörler dahil olmak şartıyla istihdam edilen sağlık personeli toplamda 871 bin civarındadır (TÜİK, 2018). Sağlık kurumları hastaların sağlık hizmeti almak için başvurdukları kurum olmakla birlikte hem hastalar hem de hasta yakınları için oldukça zor zaman geçirdikleri yerlerdir (Dalgacı ve Gürses, 2018). Hastaların sağlık kurumlarına başvurmadaki en önemli gerekçelerinden biri olan sağlık hizmeti denildiğinde ilk akla gelen meslek grubu kuşkusuz sağlık personelidir. Hastaların sağlık kurumuna başvurmalarından taburcu olana kadarki sürecin hemen her aşamasında en çok iletişim halinde olduğu sağlık çalışanlarına oldukça fazla görevler düşmektedir. Sağlık çalışanlarının öncelikli ve en önemli görevi koruyucu sağlık hizmeti sunmak ve sağlığı bozulanların sağlığına kavuşması için tedavi etmektir. Sağlık kurumları bireylerin ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetlerini karşılayabilmek amacıyla faaliyette bulunduğu emek-yoğun teknolojiye sahip bir örgüttür. Bütün bunlar göz önünde bulundurulduğunda belirlenen herhangi bir amaca ulaşmak için, hastanenin başarılı ya da başarısız olabilmesi personeline bağlıdır (Ak, 1990). Küresel problemlerin sağlık işletmeleri üzerindeki negatif etkilerini azaltmak için sağlık çalışanları faaliyetlerde bulunarak sürdürülebilirlikte etkin rol oynamaktadırlar. Sağlık personeli hem toplumsal açıdan hem de sağlık açısından önemli roller üstlenir. Sahada aktif olarak hizmet veren sağlık çalışanlarına sürdürülebilirlikle ilgili büyük bir rol düşmektedir. Sağlık profesyonellerinin yaptığı tedavinin atıklarını kuralına uygun şekilde ayrıştırması bile hastanelerdeki sürdürülebilirliğin önemli bir parçasını oluşturmaktadır (Kıvanç vd., 2020). Sağlık çalışanları, bireylerin ihtiyaçlarının analizini en uygun şekilde yapabilen hizmet sunumu esnasında diğer sektörlerle kıyasla topluma en yakın temasta olan, sağlığı kültürel değerler, sosyal çevre, ekonomik çevre ve yaşanılan çevre gibi değişkenler ile bütüncül olarak ele alması sebebiyle oldukça önemli bir konumdadır (İlaslan ve Çakar, 2021). Bu yüzden hastanelerde sürdürülebilirliğin etkin olarak uygulamaya geçilebilmesi ve bunun sürekliliğinin sağlanabilmesi için sağlık personeli oldukça önemli bir konumdadır.

### III. LİTERATÜR TARAMASI

1960’lı yıllarda çevresel dengenin bozulmaya başlamasıyla birlikte değişik yönlerde endişeler de ortaya çıkmıştır. Bu sebeple sürdürülebilirlik konusunda yapılan çalışmalar hız kazanmıştır. Sürdürülebilirlik nasıl tanımlanır, nasıl ölçülebilir, sürdürülebilirliği başarılı bir şekilde yapabilmek için nasıl bir yol izlenebilir ya da hangi kurumlar sürdürülebilirlik için teşvik edilebilir gibi konular üzerinde yoğun çalışmalar başlamıştır (Tamer, 2018). İşletmelerin varlıklarını sürdürürken içinde bulunduğu sosyal çevreye karşı bazı yükümlülükleri vardır. Bu sebeple sosyoekonomik ve çevresel

sorunları da ele alması gerekmektedir. Bu durumda sosyal-kültürel sorumluluk, sürdürülebilirlik ve sürdürülebilir kalkınma, işletmeler için önemli hale gelmektedir (Gray, 1994). Literatürde yeni bir yaklaşım olarak karşılaştığımız kurumsal sürdürülebilirlik konusunun gündeme gelmesi sürdürülebilirlik kavramının önem kazanmasıyla olmuştur. Kurumsal sürdürülebilirlik, sürdürülebilir kalkınmaya iş dünyasının önemli katkısı olarak tanımlanmaktadır (Schneider, 2015). Günümüz koşullarında karar alıcıların işletmeleri sadece ekonomik açıdan değil, toplumsal ve sosyokültürel açıdan da değerlendirmesi gerekmektedir. Bu bağlamda sürdürülebilirlik, işletmelerin kalite ve itibarını pozitif yönde etkilediği gibi aynı zamanda toplumsal sorumluluk, çevresel duyarlılığı da artıran bir değerdir denilebilir. Bu durumun sağlıklı ve doğru şekilde ölçülmesi için kuşkusuz sürdürülebilirlik raporlamasına ihtiyaç vardır. Çünkü doğru ve yerinde yapılan sürdürülebilirlik raporlaması ile işletmelerin içinde bulunduğu çevreye duyarlılığı sağlanır, önemli bir kaynak görevi görür, şeffaflığı ve hesap verebilirliği artırır (Tuan, 2019).

Sürdürülebilirlik raporları, finansal raporların tamamlayıcısı konumundadır. Kurumsal sürdürülebilirlik için işletmeler faaliyetlerini ve performanslarını değerlendirmeye alırken yalnızca finansal açıdan hareket edip değerlendirmemelidir. Çünkü bu şekilde yapılan bir ölçüm günümüz bilgi kullanıcıları için yetersiz kalmaktadır. Sürdürülebilirlik raporlaması, finansal açıdan düzenlenen raporlamalarının bir uzantısı durumundadır ve bu raporlamanın işletmelerin mali, sosyal ve çevresel performanslarının açıklanması için kapsamını genişlettiği söylenebilmektedir (Demircioğlu ve Ever, 2019; Ekergil ve Göde, 2017).

Sağlık işletmelerinin tanı, bakım ve tedavi hizmeti gibi sağlık hizmetlerinin yanında işletme içinde kullanılması gereken çeşitli malzemelerin satın alınması gibi finansal boyutu da vardır ve oldukça masraflıdır. Ayrıca sağlık işletmeleri, hem kimyasal ve kimyasal olmayan atıklar hem de tehlikeli madde atıklar açısından fazla miktarda atık çıkarmakta, bunun yanında tüketim anlamında oldukça fazla miktarda su ve enerji tüketmektedir. Ancak bu atıkların atılması, depolanması, imhası gibi aşamaların sürdürülmesi için imkânlar oldukça yetersizdir. Bunun yanında amaç bir taraftan hizmet verirken diğer taraftan da her adımda çevre temizliğini düşünmek ve çevreye karşı duyarlı olarak çevre dostu binalar tasarlamak ve geliştirmektir (Terekli vd., 2013). Sağlık kurumları, değişen iklim koşullarıyla birlikte ortaya çıkan yeni hastalıklarla savaşması, toplumun her kesiminde olmazsa olmaz bir hizmet alanı olması, süreklilik arz etmesi gibi nedenlerde oldukça önemli bir hizmet sektörüdür. Bu hizmetleri sunarken de kullanılan maddeler, ürünler vs. sebebiyle atmosfere sera gazı yaymaktadır (Watts vd., 2019). Sera gazı küreselleşmeyi tetikleyen en önemli gazlardan olup, diğer sektörlerin olduğu gibi sağlık sektörlerinin de atmosfere olumsuz etkileri arasındadır (Tsioumpri vd., 2020).

Sağlık sektöründeki sürdürülebilirliğin güçlenmesi sadece sağlık sektörünün güçlü bir şekilde kendini geliştirmesi ve devamlılığını sürdürmesi için değil sağlık ve refahı temsil ettiğinden, toplumsal açıdan da oldukça önemli bir yer edindiği için gerekmektedir (Romanelli, 2017). Sağlık kurumları, toplumda sosyal ve geçerlilik açısından değerli olmak isterler. Bunu sağlamak için de sürdürülebilir ve sosyoekonomik açıdan kendilerine bir rota çizmeleri ve bu rotaya göre hareket etmeleri gerekmektedir. Bu bağlamda sağlık işletmelerindeki sürdürülebilirlik, bu sistemlerin çalışma performansına bağlıdır. Sağlık işletmelerinin sürdürülebilirlik konusuna gereken hassasiyeti göstermeleri ve bu konunun üstünde durmaları sadece kendileri için değil hem sosyal çevresi hem de diğer işletmeler için de fayda sağlamaktadır (Marimuthu ve Paulose, 2016). Sürdürülebilirlik üstüne yapılan girişimsel davranışlar çevreyi korumaya katkı sağlarken aynı zamanda hem sürdürülebilir bir algıyı geliştirmekte hem de yerel topluluklara destek olmaktadır. Sadece bununla kalmayıp işletmenin harcamaları için olan giderlerini azaltmakta, böylelikle sağlık işletmesinin mali açıdan rahatladığı için hasta bakımına dair daha fazla kaynak kullanabilmesini sağlamaktadır (Tiftik, 2022).

## IV. YÖNTEM

### 4.1. Araştırmanın Amacı

Araştırmanın amacı, bir devlet hastanesi özelinde personelin sürdürülebilirlik ve sürdürülebilirlik raporlaması üzerine bilgi ve farkındalık düzeylerini görmektir. Bu amaç doğrultusunda katılımcılara şu sorular sorulmuştur;

1. Sürdürülebilirlik hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?
2. Sürdürülebilirlik raporlaması üzerine yaptığınız çalışmalarındaki çıkarımlarınız nelerdir?
3. Çalıştığınız ortam sürdürülebilirlik raporlaması üzerine yaptığınız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?
4. Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?
5. Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?

### 4.2. Araştırmanın Kapsam ve Yöntemi

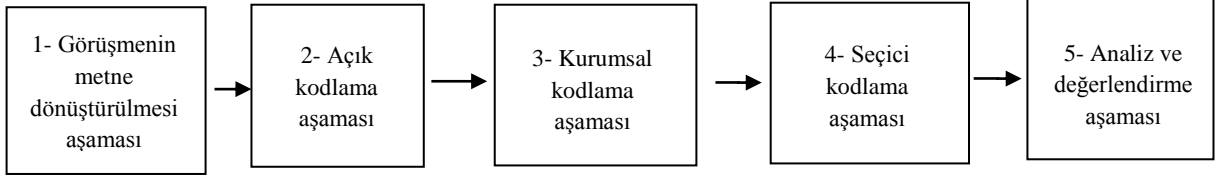
Strauss ve Corbin (1990-1998)'in bu yöntemi, araştırmacıların sistemli bir şekilde araştırma sürecini ve araştırılan konu üzerindeki etkileşimini açıklayan bir teoridir. Araştırmacıların bilgi toplama amacıyla araştırma yapılacak yere birkaç ziyarette bulunarak bu ziyaretlerde 20-30 görüşme yapmalıdırlar. Bu teoride araştırmacıların analiz ve gözlem yolu ile bir olgu ya da olayın bütününden bir bilgiye varması gerekmektedir. Gömülü teorideki bilgi toplama zikzak şeklinde olup sahada toplanan bilgiler kayda geçirilerek bu döngünün devamı sağlanmaktadır. Teoriyi oluşturmada en iyi yol gösterici katılımcıların gözlemleridir. Toplanan verilerin süreci ve geliştirilen kategorilerin karşılaştırılmasına sabit karşılaştırmalı metot denmektedir. Araştırmacılar açık kodlamadan başlayarak kategorileri oluşturur, eksensel kodlama ile kategorileri görselleştirir ve birleştirir, seçici kodlama yaparak çekirdek kategori belirlenir ve kuram oluşturulmaktadır. Bu teori Strauss ve Corbin (1990), Morrow ve Smith (1990), Creswel (2003) gibi bazı araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir. Strauss ve Corbin (1988), gömülü teori tartışmalarında bu modeli daha ileriye taşıyarak şartlı bir matriks geliştirmişlerdir. Şartlı matriksi, bir kodlama aracı olarak olguyu ortaya koymak makro ve mikro şartların arasında araştırmacının bağ kurmasına yardımcı olmak için geliştirmişlerdir. Bu matriks, bireylerden gruplara, bölgelerden uluslara ve küresel dünyadan oluşan açıklamalara damgasını vuran eş zamanlı genişleyen bir dizidir (Creswell vd., 2007).

Araştırmanın kapsamı, personelin sürdürülebilirlik üzerine katkılarını Akyazı Devlet Hastanesi özelinde değerlendirmek ve tespit etmektir. Araştırmanın verileri yüz yüze görüşme yapılarak elde edilmiştir. Çalışma yorumlayıcı yaklaşımın belirlendiği nitel araştırma türündedir. Araştırmanın odak noktası personelin sürdürülebilirlik ve sürdürülebilirlik raporlaması üzerine tutumlarını görmektir. Araştırmanın bazı sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmanın yalnızca Sakarya ilinde sağlık sektörünü ve tek bir kamu çalışanlarını kapsamaması araştırmanın kısıtlarıdır.

Araştırmada, nitel bir araştırma yöntemi olan “gömülü teori” olarak bilinen Strauss ve Corbin'nin (1998) geliştirdikleri sistematik yaklaşım kullanılmıştır. Bu kapsamda eksenli ve açık kodlama uygulaması yapılmıştır. Açık kodlama: Verilerin toplanması aşamasında yapılan kodlamadır. Elde edilen nitel verilerin ilk kodlandığı aşama olan açık kodlama, hazırlık özelliğindeki analitik sınıflandırmaların ve kodların oluşturulmasıdır. Bu aşamada hastane personeli ile yapılan görüşmelerde çalışanların sorulara verdikleri cevaplar ayrıntılı olarak incelenerek araştırmanın amacına en uygun olan ifadeler seçilmiştir. Seçilen bu ifadelere bir kelime ya da kelime öbeği ile kodlama yapılarak, kodlanan veri, benzer özelliklere sahip olan diğer verilerle aynı kod ile ele alınarak bir tema altında toplanarak kategoriler oluşturulmuştur. Yapılan bu açık kodlama aşamasından sonra elde edilen ana kategoriler alt kod ve kategorilerle ilişkilendirilerek elde edilen verilerin üzerinden ikinci kez geçilerek eksen kodlama aşaması gerçekleştirilmiştir.

Araştırmadaki veriler, Akyazı Devlet Hastanesi’nde çalışan sağlık personelleri ile bire bir görüşme yapılarak toplanmıştır. Çalışmada ulaşılan veriler doküman analizi yöntemiyle analiz edilerek araştırma sonucunda bulgulara ilişkin olarak yapılan analizler neticesinde çıkarımlar oluşturulmuştur.

### Şekil 1. Veri Analiz Süreci



Veri analiz sürecinde Şekil:1’ de olduğu gibi “yapılandırmacı desen” yöntemi ile oluşturulan kodlama metotları kullanılmıştır. Bu metotlar şu şekildedir: Açık kodlama, Kurumsal kodlama, Seçici kodlama.

## V. BULGULAR

Verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular aşamalı olarak aşağıdaki şekildedir;

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikler (n:14)**

Özellik	Frekans(f)	Geçerli Yüzde (%)	Özellik	Frekans(f)	Geçerli Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>			<b>Mesleğe Yönelik İstek</b>		
Kadın	9	64,3	Var	11	78,6
Erkek	5	35,7	Yok	3	21,4
<b>Ünvan</b>			<b>Eğitim Durumu</b>		
Hekim	4	28,6	Ön lisans	1	7,1
Hemşire	8	57,1	Lisans	11	78,6
Müdür	1	7,1	Yüksek Lisans	2	14,3
Müdür Yardımcısı	1	7,1			
<b>Yaş</b>			<b>Çalışılan Birim</b>		
26-30	6	42,9	İdari	4	28,6
31-35	2	14,3	Yoğun Bakım	1	7,1
36-40	1	7,1	Palyatif	3	21,4
41-45	1	7,1	Ameliyathane	1	7,1
46 ve üstü	4	28,6	Dahiliye	1	7,1
			Acil	3	21,4
			Enfeksiyon	1	7,1
<b>İş Memnuniyeti</b>			<b>Vardiya Tipi</b>		
Memnun	9	64,9	Sürekli gündüz	6	42,6
Biraz Memnun	3	21,4	Hem gündüz hem gece	8	57,1
Memnun Değil	2	14,3			
<b>Yöneticilik Durumu</b>			<b>Çalışma Yılı</b>		
Var	8	57,1	0-5	3	21,4
Yok	6	42,9	6-10	4	28,6
			11-15	1	7,1
			16-20	1	7,1
			21 ve üzeri	5	35,7

Araştırmaya katılanların %64,3'ü kadındır. %57,1'i hemşire, %28,6'sı hekimdir. %78,6'sı lisans mezunu olup %78,6'sının mesleğe isteği olduğu tespit edilmiştir. %42,9'u 26-30 yaş arası, %14,3'ü 31-35 yaş arası, %7,1'i 36-40 yaş arası, %7,1'i 41-45 yaş arası, %28,6'sı ise 46 yaş ve üzeridir. %28,6'sı idari birimlerde, %21,4'ü palyatif bakım merkezinde, %21,4'ü acil serviste, %7,1'i yoğun bakım, %7,1'i ameliyathane, %7,1'i dahiliye, %7,1'i enfeksiyon bölümünde çalışmaktadır. %57,1'i hem gece hem gündüz vardiyasında çalışmaktadır. %64,9'u işinden memnun durumdadır. %21,4'ü biraz memnun, %14,3'ü memnun değildir. %21,4'ü 0-5 yıl arasında çalışmaktayken, %28,6'sı 6-10 yıl arası, %7,1'i 11-15 yıl arası, %7,1'i 16-20 yıl arası, %35,7'si ise 21 yıl ve üzeri çalışmaktadır.

**Tablo 2. Görüşmeler Sonucu Elde Edilen Bilgiler**

Katılımcı Kodu	Katılımcılara Sorulan Sorular	Katılımcıların Cevapları
H1K01	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Sürdürülebilirliğin başarılabilirliği üst yönetimin benimsemesine bağlıdır. Uzun soluklu bir yarıştır. Kuruma ve çevreye mali açıdan faydalıdır.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmalardaki çıkarımlarınız nelerdir?	Bu konuyla ilgili bilinç ve misyon oluşturmak ve bunları geliştirmek çok önemlidir. Bu konuda eğitimler vermeli ve denetlenmelidir.
	S-3: Çalıştığımız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Hastane bütçesine katkı sağlamakla birlikte çevresel kirlilik ve toplum sağlığını koruma anlamında pozitif etkenler sağlamaktadır.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Süreklilik ve kurumsal politika haline dönüşmesini sağlamak, bu alanda misyon ve vizyonu belirlemek gerektiğini düşünüyorum.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Maddi, manevi, sosyal ve çevresel alanlarda katkı sağlayacağını düşünüyorum.
H1K02	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Gelecek kuşaklarla buluşması açısından doğru şekilde uygulandığında herkesi memnun edecek çalışmaları kapsamaktadır.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmalardaki çıkarımlarınız nelerdir?	Bireysel farklılıklar sebebiyle kişiler aynı özeni ve özveriye göstermiyor.
	S-3: Çalıştığımız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Çalışanlar için durumlar ve şartlar farklılık gösterdiği için sürdürülebilirlik her zaman aynı oranda devam etmiyor.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Ortak kullanım alanları konusunda daha hassas davranılarak israfların önüne geçilmiş olur.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Geleceğe yönelik yatırımlar kazandırır, çevresel ve mali açıdan fayda sağlar.
H1K03	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Maliyeti düşürdüğünü, fayda sağladığını düşünüyorum.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmalardaki çıkarımlarınız nelerdir?	Genel anlamda çevreye, devlete, ülkeye, millete faydasının olduğunu düşünüyorum.
	S-3: Çalıştığımız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Az maliyetle çok malzeme kullandığımızı, tasarruf sağladığımızı, çevreye faydalı olduğunu düşünüyorum.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Faydalı görüyorum. Bu konuyla ilgili hizmet içi eğitimlerin artırılması, kamu spotuyla halkın da bilinçlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Geri bildirim olması, kurumun ve bakanlığın eksikleri görmesi ve iyileştirici çalışmalar yapması açısından katkılar sağlar.

**Tablo 2. Görüşmeler Sonucu Elde Edilen Bilgiler - devamı**

<b>Katılımcı Kodu</b>	<b>Katılımcılara Sorulan Sorular</b>	<b>Katılımcıların Cevapları</b>
<b>H1K04</b>	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	İhtiyaçlarımızı (sosyal ve ekonomik) ekosisteme zarar vermeden karşılamaktadır.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmalardaki çıkarımlarınız nelerdir?	Çalıştığım birimde atıkları ayırıyorum, bununla ekibime bilinçlilik oluşturuyorum.
	S-3: Çalıştığımız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Geri dönüşüm yaparak kuruma ekonomik olarak katkı sağlamaktadır.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Evet görüyorum. Hizmet içi eğitimlerin artırılması gerekir.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Her açıdan çevreye katkı sağlar.
<b>H1K05</b>	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Bugünü düşünerek değil gelecek nesilleri düşünerek hareket etmektir. Olan kaynakları doğru ve verimli kullanmaktır.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmalardaki çıkarımlarınız nelerdir?	Geri dönüşebilen malzemelerle enerji tüketimi azalmaktadır. Çevre dostu ürünler tercih edilerek çevreye zarar azalmaktadır. Su kaynakları idareli kullanılarak su tüketimini azaltmak, gelecek nesiller için de önemlidir.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Evet, faydalı görüyorum. Daha fazla reklam, eğitim, tanıtım yapılarak toplum bilinçlendirilmelidir.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Raporlama sayesinde yapılanlar kayıt altına alınarak karşılaştırma yapılabilir. İleriki döneme ışık tutabilir ve yapılan çalışmaların takibi yapılabilir.
<b>H1K06</b>	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Gelecek nesillere daha iyi bir dünya bırakabilmek için gerektiğine inanıyorum.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmalardaki çıkarımlarınız nelerdir?	Geri dönüşüme önem verilebilirler.
	S-3: Çalıştığımız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Özellikle sağlık kuruluşları atık oluşumu konusunda en üst seviyede yer almaktadır. Atıkların ayrıştırılması ve geri kazanılması hem çevreye hem ülkeye kazanım sağlar.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Faydalı görüyorum. Daha çok yaygınlaştırılıp geliştirilmesi için eğitimlerin artırılabilceğini düşünüyorum.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Kuruma ekonomik katkıda bulunuyor.
<b>H1K07</b>	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Çalışanlar dikkatli ayrım yaptığı sürece iş kazaları, kesici-delici alet yaralanmaları önlenmiş olur. Atıkların geri dönüşümünün yapılması hem doğa için hem de kaynakların tüketimi açısından çok etkilidir.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmalardaki çıkarımlarınız nelerdir?	Büyük ölçüde kazalar ve israf önlenmiştir.
	S-3: Çalıştığımız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığımız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Olumlu yönde etkilemektedir.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Evet. Hizmet içi eğitimler ve denetimlere süreklilik sağlanabilir.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Kurumun maddi yükü hafifletilir çalışanların bilinçlenmesini sağlar.



Tablo 2. Görüşmeler Sonucu Elde Edilen Bilgiler - devamı

Katılımcı Kodu	Katılımcılara Sorulan Sorular	Katılımcıların Cevapları
H1K08	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Hangi konuda olursa olsun her projenin en önemli parametresi sürdürülebilirliktir.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmalarda çıkarımlarınız nelerdir?	Sürdürülebilirliğin işin esasını teşkil ettiğini müşahade ettim.
	S-3: Çalıştığınız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Projelerimin gerçekleşmesi ve devinimleriyle in efektif olmamasını sağladı.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Çalışmalarda faydası tartışılmaz. Çalışmaların gelişmesi için ona etmen sürdürülebilirliktir.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Önümüzü gösteren yol haritamızdır.
H1K09	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Bencil olmamaktır. Her canlıyı düşünmektir.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmalarda çıkarımlarınız nelerdir?	Bencil olmamaktır. Her canlıyı düşünmektir.
	S-3: Çalıştığınız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Olumlu yönde etkilemektedir. Atıklar ayrıştırılması çok önemlidir.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Evet. İnsanlar daha çok eğitilmeli.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Maddi katkıları bulunmaktadır.
H1K10	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Sürdürülebilirlik, bizlerin çocuklarımıza güzel bir gelecek bırakabilmek için çabalarımızı içeren kurulu bir düzendir.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmalarda çıkarımlarınız nelerdir?	Her birey farklı düzeyde bu konu üzerine özen gösteriyor.
	S-3: Çalıştığınız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Atık yönetimini iyi bir şekilde uygulamaya çalışıyoruz fakat kişi sayımız fazla olduğu için yeteri oranda başarılı olamıyoruz.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Hastanemizde gereksiz yere yanan lambalar var bunları harekete duyarlı hale getirebiliriz. Yapılan çalışmalar faydalı yeterli değil.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Sadece kuruma değil ülke çapında yoktan var edilmiş bir gelir olarak düşünebiliriz.
H1K11	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Sürdürülebilirlik sağlam bir başlangıç planlı bir çalışma, gerekli olan bilgiye kolay erişim ve faydalanma, öngörülebilirlik ve bir nevi geleceği tahmin edebilen bir planlamadır. Kişisel ve kurumsal başarı temelidir, kaynakların en etkin bir şekilde kullanılmalıdır. Gelecek nesle güzel miras bırakmaktır.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmalarda çıkarımlarınız nelerdir?	Hammadde bulmada kolaylık, verimlilik, tasarruf, gelecek için doğru planlamadır.
	S-3: Çalıştığınız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Olumlu yönde etkilemektedir. Bulduğumuz ortamda kaynakları etkili ve verimli kullandığımız için ürün temin etmede sıkıntı yaşanmamaktadır.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Evet görüyorum. Sürdürülebilirliğin gelişmesi için bir kurumda veya toplulukta eğitimlerin sürekli bireylere verilmesi gerekir.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Raporlama geleceğin planlanması için sürekli başvurulabilecek bir veri olduğu için önemlidir.

**Tablo 2. Görüşmeler Sonucu Elde Edilen Bilgiler - devamı**

Katılımcı Kodu	Katılımcılara Sorulan Sorular	Katılımcıların Cevapları
<b>H1K12</b>	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Sürdürülebilirliğin sağlanması ulaşılmaması hedeflenen amaçlara daha doğru zamanda ve kısa sürede ulaşma anlamında büyük önem arz etmektedir.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmalardaki çıkarımlarınız nelerdir?	Zaman ve ekonomik anlamda tasarruf sağlar.
	S-3: Çalıştığınız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Kurumsal sürece ve örgütsel adalete katkı sağlamaktadır.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Yapılan çalışmaların ilgililerle paylaşılması ve sahanın bilgilendirilerek bilincin sağlanması halinde faydalı ve başarılı olacağına inanıyorum.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Objektif bakış açısı, verimliliğin artması ve gelişimin sürmesi açısından önemlidir.
<b>H1K13</b>	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Maliyetin düşürülmesi ve kalitenin artmasıdır.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmalardaki çıkarımlarınız nelerdir?	İnsanlığa, millete ve çevreye faydalı olması.
	S-3: Çalıştığınız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Ekonomik olarak fayda sağlıyor, maliyet düşüyor, kaliteli malzeme kullanımı artıyor. Doğayı koruyoruz.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Tabi ki faydalı buluyorum. Medya aracılığı ile halkın bilinçlenmesi ve çalışma alanında hizmet içi eğitimlerin sıklaşması gerektiğini düşünüyorum.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Ekonomik açıdan önemlidir. Bakanlığın da eksiklikleri görüp bu doğrultuda iyileştirici çalışmalar yaparak katkı sağlayabileceğini düşünüyorum.
<b>H1K14</b>	S-1: Sürdürülebilirlik üzerine düşünceleriniz nelerdir?	Gelecek nesillere daha iyi bir dünya bırakmak için sürdürülebilirlik, önceliğimiz olmalıdır. Bireysel olarak konuyu benimseyip, toplumsal farkındalığın oluşturulmasında katkıda bulunan tüm faaliyetler içerisinde yer almayı amaçlamalıyız. Katıldığımız faaliyetlere çocuklarımızı da dahil etmekten kaçınmamalıyız.
	S-2: Sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmalardaki çıkarımlarınız nelerdir?	2018 yılında başlatılan sıfır atık projesinin hedefleri; israfın önlenmesi, kaynakların daha verimli kullanılması ve atık oluşumunun engellenmesidir. Bu, bir nebze sürdürülebilir bir çevre için önceliğimizdir ne olduğunun farkında olmasını sağlamıştır.
	S-3: Çalıştığınız ortam sürdürülebilirlik üzerine yaptığınız çalışmaları ne yönde etkilemektedir?	Sağlık kuruluşları atık oluşumu konusunda üst sıralarında yer almaktadır. Atıkların ayrıştırılması ve azaltılması için yapılan her çalışma hem çevreye hem de atıkların taşınması, bertaraf edilmesi ve geri kazanımı ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır. Bu yöndeki tüm faaliyetler tüm çalışanlar tarafından desteklenmeli ve katkıda bulunulmalıdır.
	S-4: Yapılan çalışmaları faydalı görüyor musunuz? Çalışmaların gelişmesi için fikirleriniz nelerdir?	Sürdürülebilir bir çevre için yapılan çalışmalar hem çevreyi korumayı hem de israfı azaltmayı hedeflemektedir. Örneğin: Daha az enerji tüketelim. Yenilebilir enerji kullanımına özen gösterelim. Daha az su harcayalım. Yürümeyi tercih edelim. Kâğıt tüketimini azaltalım. Tek kullanımlık ürün kullanımını azaltalım vb. Gelecek nesillere temiz bir gelecek bırakmak için hedeflerimize sınıksız sarılalım.
	S-5: Sizce sürdürülebilirlik raporlamasının size ve kuruma katkıları nelerdir?	Raporlama yapılan işin fotoğrafını çekmektir. İleriye dönük plan yapmamızda bize yol gösterici bir unsurdur. Yapılan faaliyetlerin verimliliği değerlendirmek, ekonomik olarak kar sağlamak, yeni yöntemler belirlemek iyi bir geri bildirim ve raporlamanın sonucunda ortaya çıkacaktır.

Araştırma nitel bir çalışma olup bu tür araştırmalarda en çok kullanılan örnekleme yöntemlerinden “amaçlı örnekleme” seçilmiştir. Amaçlı örnekleme, çalışma için katılımcı seçilirken

katılımcıların geçmiş tecrübeleri, konuya dair kapsamlı bilgiye sahip olmaları gibi en uygun özellikler göz önünde bulundurulmalıdır (Başkale, 2016). Araştırmada, hastane ve birimlerde sürdürülebilirlik süreçlerini yürüten, bu konuda en çok deneyime ve kapsamlı bilgiye sahip müdür, müdür yardımcısı, sorumlu hekim ve sorumlu hemşirelerden oluşan 14 gönüllü katılımcı personel ile aşama aşama görüşmeler yapılarak veriler sistematik bir şekilde toplanmıştır. Ayrıca araştırmacılarından birisi, çalışma yapılan kurumda sürdürülebilirlik sürecinde aktif olarak görev almaktadır. Gömülü teori ile katılımcılardan alınan cevaplar ilk aşamada, açık kodlama uygulanarak metin bölümlerine kodlar atanmış, oluşturulan kodlar ortak anlamlar içeren kümeler halinde sıralanmıştır. Kümeler ayrı ayrı kategorilendirilerek farklı bir kategori ortaya çıkma durumu ortadan kalkana kadar bu işleme devam edilmiştir (İlgar ve İlgar, 2013). Elde edilen bilgiler doğrultusunda kavramsal boyut olarak hastanelerde sürdürülebilirlik raporlaması üzerine personel tutumlarının araştırılması ele alınmaktadır. Araştırmamızda kodlama yöntemi sırasıyla; Açık (başlangıç) kodlama, eksensel kodlama, seçici (odaklanılmış) kodlama şeklinde gerçekleştirilmiştir.

Birinci aşamada, açık kodlamada yapılan görüşmeler neticesinde elde edilen 70 veri özetlenmiştir.

İkinci aşamada, açık kodlamadan elde edilen veriler doğrultusunda 70 veri kategorilere ayrılarak eksensel kodlama ile 5 kümelenmiş kod şeklini almıştır. Ortaya çıkan bu beş kod;

- 1-Gelecek nesil
- 2-Çevre dostu, atıklar
- 3-Maliyet, atıklar
- 4-Eğitim
- 5-Maddiyat

Üçüncü aşamada, 70 açık kod arasından eksensel kodlama ile oluşturulan 5 kümelenmiş kodu içeren veriler, seçici kodlama ile ayrılarak odak noktası olan 32 kod ortaya çıkmıştır. Ortaya çıkan bu 32 kod, Tablo 3'te gösterilmiştir.

Son aşamada; kodlanan verilerinin değerlendirilmesi ile beraber beş önemli sonuç aşağıdaki gibi özetlenmiş ve öneriler sunulmuştur;

### **Kod 1- Gelecek nesil**

Katılımcılar; sürdürülebilirliğin gelecek kuşaklarla buluşacağını, bugünü düşünerek değil gelecek nesilleri düşünerek hareket edilmesi gerektiğini ve gelecek nesillere daha iyi bir dünya bırakabilmek için sürdürülebilirliğin gerekli olduğunu ifade etmişlerdir. Bunun yanında kaynakların etkin bir şekilde kullanmak ve sürdürülebilirliği daha etkin bir şekilde yaparak gelecek nesillere güzel bir miras bırakılacağı da dile getirilmiştir.

### **Kod 2- Çevre dostu, Atıklar**

Katılımcılar; çevreye faydalı olduğunu, çevre dostu ürünler tercih edilerek çevreye verilen zararın azaltılabileceğini ifade etmişlerdir. Ayrıca çalışanların bir kısmı kendi birimlerinde ortaya çıkan atıkları uygun şekilde ayırarak farkındalık oluştururken bir kısmı da umursamaz olabilecekleri saptanmıştır. Bunun yanında 2018 yılında başlatılan sıfır atık projesi ile israfın önlenilebileceği, kaynakların daha verimli kullanılabileceği ve daha az atık ortaya çıkacağı düşünülmektedir.

### **Kod 3- Atıklar**

Katılımcılar tarafından; hastane bütçesine katkı sağlandığı, az maliyetle daha çok malzeme kullanılabileceği, tasarruf sağlandığı dile getirilmiştir. Bunun yanında, atıkların uygun şekilde çalışanlar tarafından ayrıştırılması ve uygun şekilde bertaraf edilmesi, geri dönüşüme uygun atıkların

dönüşümünün sağlanması hem ülke ekonomisine hem de kuruma mali ve çevresel açıdan oldukça yarar sağlayacaktır.

#### Kod 4- Eğitim

Katılımcılar tarafından; hizmet içi eğitimlerin artırılması gerektiği, sadece çalışanların değil halkın da kamu spotu, daha fazla reklam, tanıtım ve eğitimle bilinçlendirilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Yaygınlaştırıp geliştirilmesi ve farkındalık yaratılması için daha fazla eğitim programı planlanmalı ve sürdürülebilirlikle ilgili çalışmaların daha sık denetlenmesi gerektiği dile getirilmiştir.

#### Kod 5- Maliyet

Katılımcılar, sürdürülebilirliğin ekonomik olarak kuruma ve ülkeye katkı sağlayabileceğine atıfta bulunmuşlardır. Bunun yanında raporlama sayesinde karşılaştırma yapılabileceğini, yol haritası görevi üstlendiği gibi geleceğe de ışık tutabileceğini ifade etmişlerdir. Ayrıca objektif bakış açısı, yüzleşme, verimliliğin artması ve gelişme süresi için de “gerekli” olduğu dile getirilmiştir.

**Tablo 3. Araştırma Verilerinin Kodlaması**

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gelecek kuşaklarla buluşma</li> <li>- Kaynakların doğru ve verimli kullanılması</li> <li>- Daha iyi bir dünya bırakabilmek</li> <li>- Çevreye faydalı oluşu</li> <li>- Gösterilen çaba</li> <li>- Öncelik</li> </ul>	➔	Gelecek Nesil
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atıkların ayrıştırılması</li> <li>- Çevre dostu ürünler tercih edilmesi</li> <li>- Çevreye faydalı oluşu</li> <li>- Geri dönüşüm</li> <li>- Atıkların ayrıştırılmasında bazı kişilerin umursamazlığı</li> <li>- Sıfır atık projesi</li> <li>- Çevreye faydalı oluşu</li> </ul>	➔	Çevre Dostu, Atıklar
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ekonomik açıdan katkı</li> <li>- Ortaya çıkan atıkların uygun şekilde ayrıştırılması</li> <li>- Sağlık kuruluşlarında fazla atık çıkması</li> <li>- Çöp kutularının oluşturulması</li> <li>- Fazla çalışandan dolayı atık yönetiminin yeterli dolayı başarıya ulaşamaması</li> <li>- Maliyetin düşürülmesi</li> <li>- Atıklarla ilgili faaliyetler çalışanlar tarafından desteklenmeli</li> </ul>	➔	Atıklar
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hizmet içi eğitim artırılmalı</li> <li>- Toplum bilinçlendirilmeli</li> <li>- Yaygınlaştırılıp geliştirilmeli</li> <li>- Denetimlerde süreklilik sağlanmalı</li> <li>- Farkındalık yaratılmalı</li> <li>- Sahada çalışanların bilinçlendirilmesi</li> <li>- Medya aracılığıyla bilinçlendirme</li> </ul>	➔	Eğitim
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maddi yönden katkı</li> <li>- Kurumun maddi yükünü hafifletmesi</li> <li>- Sadece kuruma değil ülke çapında desteklenmesi</li> <li>- İyileştirici çalışmalar yapılmalı</li> <li>- Raporlamanın yol gösterici rolünün olması</li> </ul>	➔	Maddiyat

## VI. TARTIŞMA VE SONUÇ

Günümüzde sürdürülebilirlik çalışmalarının toplum için çevresel ve sosyal, işletme için ise mali katkısı göz ardı edilemez boyutlara ulaşmıştır. Sürdürülebilirlik çalışmalarında verim almak ve çalışmaların gerekliliğini personele kabul ettirmek için en önemli unsur ise gerçekleştirilen faaliyetlerin sadece çalışanlar tarafından değil üst yönetim tarafından da benimsenmesidir. Üst yönetimin hem personelde hem de hizmet verilen bireylerde bilinç oluşturması, hastane içerisinde öğrenme odaklı çalışmaların artırılması, yapılan çalışmaların ve planlamaların süreklilik arz edecek şekilde olması gerekmektedir. Ayrıca bu konudaki çalışmaların geliştirilmesi ve desteklenmesi, sosyal farkındalık çalışmaları yapılması da oldukça önemlidir. Sürdürülebilirlik çalışmalarının sadece bireysel çalışmalar ile yapılması yerine kurumsal politika haline getirilerek devamlılığının sağlanması gerekmektedir. Bunun yanında yapılan hizmetlerin kalitesini ölçmek, ileriye yönelik bir yol haritası çizmek, diğer çalışmalara yol göstermek ve denetlenebilirliğini sağlamak için sürdürülebilirlik raporlaması oldukça önemli bir yer tutmaktadır.

Bu çalışmada, hastanelerdeki sürdürülebilirlik raporlaması üzerine personel tutumlarının araştırılması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda bir kamu hastanesinde değişik birimlerden 14 sağlık personeli ile görüşme yapılmıştır. Araştırmada kamu hastanesinde çalışan sağlık personellerinin, sürdürülebilirlik üzerine yapılan çalışmalar üzerinde farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu, ancak sürdürülebilirlik raporlaması ve güncel sürdürülebilirlik konularıyla ilgili sürdürülebilirlik çalışmalarında verimi ve kaliteyi arttırmak için daha fazla bilgilendirilmelerinin gerektiği tespit edilmiştir. Bu araştırma ile diğer sektörler için en fazla atık ortaya çıkaran sağlık sektöründe atıkların uygun şekilde imha edilmesinin ve geri dönüşümün uygun şekilde yapılmasının hem ülke ekonomisine hem kuruma mali ve çevresel açıdan oldukça yarar sağlayacağı, sürdürülebilirliğin etkin ve verimli şekilde yapılmasının gerekliliği sonucuna varılmıştır. Sürdürülebilirliğin daha etkin, verimli ve kaliteli şekilde yapılabilmesi için hizmet içi eğitimlerin artırılması, bu konuyla ilgili sadece çalışanların değil halkın da bilinçlendirilmesi için kamu spotu, eğitimler, reklamlar gibi kitle iletişimlerinin yaygınlaştırılması gerektiği önerilmektedir. Daha önceki yapılan çalışmalar incelendiğinde hastanelerde çalışan sağlık personellerinin sürdürülebilirlik üzerine tutumlarına yönelik örnek çalışma bulunmamaktadır. Çalışma şartlarının olumsuz etkilerinde olan personelin kendi iş yükünden dolayı sürdürülebilirlik çalışmalarını benimseyemediği tespit edilmiştir. Araştırmanın kısıtlılığı olarak, küçük bir kitle üzerinde çalışma yapılması sebebiyle daha az veriye ulaşılmıştır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda daha çok ve daha anlamlı veriye ulaşmak için farklı sağlık kurumlarında geniş kitlelerle çalışmalar yapılması ve sonuçların karşılaştırılması önerilmektedir.

**Etik Kurul İzni:** Sakarya Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Üniversitesi Rektörlüğü Etik Kurulu Sayı: E-26428519-044-70931 -27/22 Etik Kurulu kararı ile etik izni alınmıştır. Ayrıca, Sakarya Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü Sayı: E-1834338-604.02.99-207552942 Bilimsel Araştırma Hakkında ilgi yazı ile gerekli izinler alınmıştır.

## KAYNAKLAR

Ak, B. (1990). *Hastane yöneticiliği*. Özlem Matbaacılık.

Akarçay, Ç. (2014). Sürdürülebilirlik muhasebesi standartları kurulu-Sustainability accounting standards board. *Öneri Dergisi*, 11(42), 1-11.

Ankersen, (2009). *The role of sustainability as an organizing principle in higher education and at the University of Florida*.

<https://www.law.ufl.edu/law/wpcontent/uploads/2011/06/AnkersonSustainabilityReport4- Jun-091.pdf>

- Başkale, H. (2016). Nitel araştırmalarda geçerlik, güvenilirlik ve örneklem büyüklüğünün belirlenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 9(1), 23-28.
- Bhagat, S., & Bolton, B. (2008). Corporate governance and firm performance. *Journal of Corporate Finance*, 14(3), 257-273.
- Boone, T. (2012). Creating a culture of sustainability. *UIC medical center*. Orris and Kaplan (Eds.), *Health Care Research Collaborative*.
- Bulduklu, Y. (2019). Eleştirel çalışmalarda nitel araştırma yöntemi olarak gömülü teori. *Kritik İletişim Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 1-14.
- Creswell, J. W. (2003). *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches* (2. Baskı). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Creswell, J. W., Hanson, W. E., Clark Plano, V. L., & Morales, A. (2007). Qualitative research designs: Selection and implementation. *The Counseling Psychologist*, 35(2), 236-264.
- Dalgacı, B., & Gürses, İ. (2018). Merhametin sağlık hizmetlerindeki yeri ve önemi. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(1), 181-204.
- Demircioğlu, E. N., & Ever, D. (2019). Sürdürülebilirlik muhasebesinin teorik açıdan incelenmesi, *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 28(3), 59-73. <https://doi.org/10.35379/cusosbil.644980>.
- Ekerçil, V., & Göde, M. Ö. (2017). Küresel raporlama girişimi (GRI) standartlarına göre seçilen otellerin sürdürülebilirlik raporlarının analizi ve değerlendirilmesi. *Business and Economics Research Journal*, 8(4), 859-871.
- Gray, R. H. (1994). Corporate reporting for sustainable development: Accounting for sustainability in 2000 AD. *Environmental Values*, 3(1), 17-45.
- Gürbüz, A. O., & Ergincan, Y. (2004). Ekonomik katma değer (economic value added) (evacopyright) ve net kar: İmkb'deki hisse senedi fiyatlarının analizi (1995-2000). *Öneri Dergisi*, 6(21), 33-42.
- Hoşgör, H. (2015). Yeşil hastane konsepti ve Türkiye deneyimi, *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 1(2), 75-84.
- İlgar, M. Z., & İlgar, S. C. (2013). Nitel bir araştırma deseni olarak gömülü teori (Temellendirilmiş Kuram). *İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(3), 197-247.
- İlaslan, N., & Çakar, M. (2021). 2030 sürdürülebilir kalkınma hedefleri kapsamında gezegen sağlığı ve gezegen hemşireliğinin önemi. *Türkiye Klinikleri Journal of Nursing Sciences*, 13(3), 717-724.
- Keleş, R. (1998). *Kent bilim terimleri sözlüğü* [2. Baskı]. İmge Kitap Evi Yayınları.
- Kılıç, C. H., & Güdük, Ö. (2018). Yeşil hastane kavramı ve Türkiye'deki son kullanıcıların beklentileri üzerine bir hastane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7(1), 164-174.
- Kıvanç, M. M., Türen, S., Atakoğlu, R., & Özçalık, C. K. (2020). Sürdürülebilir kalkınma hedeflerine erişimde hemşirenin önemi. *Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 2(2), 74-78.

- Kiziltan, B., & Umut Doğan, D. (2021). Kurumsal raporlamanın gelişimi: Entegre raporlama. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 7(1), 62-78.
- Marimuthu, M., & Paulose, H. (2016). Emergence of sustainability based approaches in healthcare: Expanding research and practice. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 224, 554-561.
- Milic, M. (2014). *Sustainability initiatives in the healthcare sector, challenges and opportunities for businesses and support agencies* [Master Thesis]. Copenhagen Business School.
- Morrow, L. M., & Smith, J. K. (1990). The effects of group size on interactive storybook reading. *Reading Research Quarterly*, 213-231.
- Naylor & Appleby, (2012). *Sustainable health and social care connecting*. National Institute for Health Research (NIHR).
- Norton, B. G. (2005). *Sustainability: A philosophy of adaptive ecosystem management*. University of Chicago Press.
- OECD. (2018). Health expenditure and financing: Health expenditure indicators (Edition 2018). <https://www.oecd.org/health/health-expenditure.htm>
- Rivera-Arrubla, Y. A., Zorio-Grima, A., & García-Benau, M. A. (2017). Integrated reports: Disclosure level and explanatory factors. *Social Responsibility Journal*, 13(1), 155-176
- Romanelli, M. (2017). Towards sustainable health care organizations. *Management Dynamics in the Knowledge Economy*, 5(3), 377-394.
- Staruss, A. L. & Corbin, J. (1990). *Basic of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Sage Publications.
- Schneider, A. (2015). Reflexivity in sustainability accounting and management: Transcending the economic focus of corporate sustainability. *Journal of Business Ethics*, 127(3), 525-536.
- Solow, R. M. (1993). Sustainability: An economist's perspective. *In economics of the environment*, Dorfman and Dorfman (Eds.). W.W. Norton.
- Tamer, G. (2018). Sağlık kuruluşlarında sürdürülebilirlik; özel sağlık kuruluşunda bir araştırma. İ. Gülmez ve D. Sevim (Ed.). *Sağlık Bilimleri Örnek Araştırmalar El Kitabı* İçinde, Nobel Yayıncılık.
- Terekli, G., Özkan, O. & Bayın, G. (2013). Çevre dostu hastaneler: Hastaneden yeşil hastaneye. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 12(2), 37-54.
- Tiftik, C. (2022). Sağlık sektörü işletmelerinde sürdürülebilirlik: Sistemik derleme çalışması. *Düzce Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12(1), 404-426.
- Tsioumpri, K., Tsakni, G., & Goula, A. (2020). Sustainable development in healthcare facilities. Case study: Swedish and Greek hospital. *Journal of Sustainable Development*, 13(4), 178-190.
- Tuan, K. (2019). Yönetim kurulu özelliklerinin sürdürülebilirlik raporlarına etkisi: Borsa İstanbul örneği. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 36, 233-242.
- TÜİK. (2018). *Sağlık istatistikleri*. [http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt\\_id=1095](http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095).

- Tüm, K. (2014). Kurumsal sürdürülebilirlik ve muhasebeye yansımaları: Sürdürülebilirlik muhasebesi. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 5(1), 58-81.
- Watts, N., Amann, M., Arnell, N., Ayeb-Karlsson, S., Belesova, K., Boykoff, M., Byass, P., Cai, W., Campbell-Lendrum, D., & Capstick, S. (2019). The 2019 report of the lancet countdown on health and climate change: Ensuring that the health of a child born today is not defined by a changing climate. *The Lancet*, 394(10211), 1836-1878.
- Yazar K. H. (2006) *Sürdürülebilir kentsel gelişme çerçevesinde orta ölçekli kentlere dönük kent planlama yöntem önerisi* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Ankara Üniversitesi.
- Yüksel, F., & Araci, H. (2017). Entegre raporlama, Türk işletmelerinin entegre raporlamaya bakışı üzerine bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi: Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 24(3), 741-757.



ARAŞTIRMA MAKALESİ

# COVID-19 PANDEMİSİ DÖNEMİNDE BİREYLERİN SAĞLIK BİLGİSİ ARAMA DAVRANIŞLARI: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

Nazmiye EKİNCİ\*  
G. Gülcan ŞEREMET\*\*

## ÖZ

Bireyler kendileri ve çevresindeki kişilerin sağlıkları için çeşitli kaynaklardan sağlık bilgisi arama davranışında bulunabilmektedir. Kişilerin sağlık bilgisi arama davranışında bulunması, ilaçlara ve hastalıklara karşı alınacak önlemler hakkında daha bilinçli ve daha doğru karar verebilmeleri açısından önem taşımaktadır. Salgın dönemlerinde oluşan kaos ortamlarında kişilerin sağlık bilgilerine zamanında, doğru ve yeterli bir şekilde erişebilmelerinin önemi artmaktadır. Bu nedenle böyle özel dönemlerde bireylerin sağlığa ilişkin bilgi arama davranışları önem kazanmaktadır. Bu çalışmanın amacı, Covid-19 pandemisi döneminde Ankara'da yaşayan 18 yaş ve üzerindeki kişilerin sağlık bilgisi arama davranışlarını incelemektir. Araştırmada Medlock ve diğerleri (2015) tarafından geliştirilen ve Kilit (2018) tarafından kullanılan ölçekten yararlanılmış ve ölçek pandemi sürecine uyarlanarak anket formu oluşturulmuştur. Anket uygulaması çevrimiçi olarak yapılmıştır. Anketlerden elde edilen verilerin çözümlenmesinde SPSS paket programı kullanılmıştır. Araştırma sonucunda, Covid-19 pandemisi döneminde katılımcıların sağlık bilgisi arama davranışları ile cinsiyetleri, meslekleri, yaşları ve eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Literatür taramalarında pandemi sürecinde bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarına yönelik sınırlı çalışmaların olduğu görülmesi ile birlikte bu çalışmanın daha sonra yapılacak olan farklı araştırmalara ışık tutması beklenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık bilgisi, sağlık bilgisi arama davranışı, yönetim, Covid-19 pandemisi, sağlık yönetimi.

## MAKALE HAKKINDA

\*Öğr. Gör. Dr., İzmir Kavram Meslek Yüksekokulu Yönetim ve Organizasyon Bölümü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı, ekinci.nazmiye@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-7007-4123>

\*\* Arş. Gör. Dr., Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, gulizargulcanseremet@karatekin.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5790-2780>

Gönderim Tarihi: 31.01.2023

Kabul Tarihi: 03.07.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Ekinci, N., & Şeremet, G. G. (2023). COVID-19 pandemisi döneminde bireylerin sağlık bilgisi arama davranışları: Ankara ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 685-706

## HEALTH INFORMATION SEARCH BEHAVIORS OF INDIVIDUALS DURING THE COVID-19 PANDEMIC PERIOD: THE CASE OF ANKARA PROVINCE

Nazmiye EKİNCİ \*  
G. Gülcan ŞEREMET \*\*

### ABSTRACT

Individuals may seek health information from various sources for the health of themselves and the people around them. It is important for people to be in the behavior of seeking health information in order to be able to make more conscious and more accurate decisions about the precautions to be taken against drugs and diseases. The importance of people's timely, accurate and adequate access to health information is increasing in chaos environments that occur during epidemic periods. For this reason, individuals' health-related information seeking behaviors gain importance in such special periods. The aim of this study is to examine the health information seeking behaviors of people aged 18 and over living in Ankara during the Covid-19 pandemic. In the study, Medlock et al. (2015) and used by Kilit (2018), and a questionnaire form was created by adapting the scale to the pandemic process. The survey application was made online. SPSS package program was used to analyze the data obtained from the questionnaires. As a result of the research, it was determined that there was a statistically significant difference between the health information seeking behaviors of the participants and their gender, occupation, age and education level during the Covid-19 pandemic period. It is expected that this study will shed light on different studies to be conducted in the future, as there are limited studies on the health information seeking behaviors of individuals during the pandemic process in the literature reviews.

**Keywords:** Health information, health information search behavior, management, Covid-19 pandemic, health management.

### ARTICLE INFO

\* Lecturer Doctor, İzmir Kavram Vocational School, Department of Administration and Organization, Healthcare Management Program, [ekinci.nazmiye@gmail.com](mailto:ekinci.nazmiye@gmail.com)

 <https://orcid.org/0000-0002-7007-4123>

\*\* Research Assistant Doctor, Çankırı Karatekin University, Faculty of Health Sciences, Health Management, [gulizargulcanseremet@karatekin.edu.tr](mailto:gulizargulcanseremet@karatekin.edu.tr)

 <https://orcid.org/0000-0002-5790-2780>

Received: 31.01.2023

Accepted: 03.07.2023

### Cite This Paper:

Ekinci, N., & Şeremet, G. G. (2023). COVID-19 pandemisi döneminde bireylerin sağlık bilgisi arama davranışları: Ankara ili örneği. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 685-706

## I. GİRİŞ

İnsanlık yüzyıllar boyunca çeşitli hastalıklarla mücadele etmek durumunda kalmıştır. Son dönemlerde ise Covid-19 insanların maruz kaldığı ve nedeni tam olarak bilinmeyen virüs kaynaklı bulaşıcı ve ölümcül hastalıklarından olmuştur.

Covid-19 ilk olarak 31 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmış ve hızla diğer ülkelere yayılmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 11 Mart 2020'de (DSÖ) Covid-19'un küresel bir pandemi olarak ilan edilmesi (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020) nedeniyle yaygın olarak "Koronavirüs" olarak bilinen virüs, insanlar arasında endişe yaratmıştır (Nafees ve Khan, 2020). Dünya, "şiddetli akut solunum sendromu koronavirüs-2" (SARS-CoV-2) adlı yeni bir virüsün neden olduğu ve en korkunç sağlık krizlerinden biriyle karşı karşıya kalmıştır (Moreno vd., 2020). Türkiye'de ise ilk Covid-19 vakası 11 Mart 2020 tarihinde saptanmıştır (Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).

DSÖ, Covid-19'un 216 bölgeye yayıldığını ve sağlık hizmetlerinin bu durumla başa çıkmakta zorlandığını belirtmektedir. Hayatın birçok alanına olumsuz bir şekilde yön veren bu durum kişilerin günlük hayatlarına da yansımıştır. Covid-19 pandemisi esnasında sağlıkla ilgili mevcut bilgi miktarı hızla artmıştır. Bu kapsamda, sağlık bilgilerine zamanında erişim, bu salgının yayılmasını sınırlamak için zorunlu hale gelmiştir (Nafees ve Khan, 2020). Çünkü Covid-19, doğru sağlık bilgilerine erişilerek önlenebilen bulaşıcı bir hastalıktır (Jalilian vd., 2021).

Covid-19 pandemisinden önce bireylerin kendilerinin veya yakınlarının hasta olduğu durumlar dışında, internette sıklıkla "sağlık" alanına ilişkin arama yapmadıkları bilinmektedir. Ancak pandemi sırasında sağlıkla ilgili aramalar daha sık gerçekleştirilmiştir. Özellikle Covid-19'un bulaşıcılığını azaltmak adına alınan karantina önlemleri kapsamında dışarıda geçirilen süre azalıp evde geçirilen süre arttıkça tüketiciler, diyet ve ev içerisinde yapılabilen egzersizler gibi sağlıkla ilgili birçok aktivitenin evde geçirilen süre içinde gerçekleştirilebileceğini düşünmektedir. Ayrıca, bireyler bağışıklığı artırmayı sağlayacak gıdalar ve evde yapılabilecek egzersiz de dâhil olmak üzere sağlık ile ilgili bilgiler aramaktadırlar (Choi ve Ahn, 2021).

İnternetin yanı sıra sosyal medya da, sağlık bilgilerine erişimde kullanılabilen araçlar arasında yer almaktadır. Neely ve diğerleri (2021), son yıllarda tıp dergilerinde sosyal medyanın halk sağlığı bilgilerinin ve hastalık önleme kılavuzlarının yayılmasında kritik rol oynadığını vurgulamaktadır. Facebook ve Twitter gibi platformlarda yer alan bilgiler, genellikle, resmi veya nesnel olmayan çeşitli kaynaklardan elde edilen bilgilerden oluşmaktadır. Bu durum sağlık hizmeti sağlayıcıları ve halk sağlığı görevlileri için birtakım zorluklar oluşturmaktadır. Bu zorluklardan biri de sağlık profesyonellerinin sosyal medya vb. web tabanlı bilgi ortamlarının hızına ayak uydurmak için gerekli olan zamandan ve gerekli kaynaklardan yoksun olmalarıdır (Neely vd., 2021). Dolayısıyla, sağlık profesyonellerinin kişilere görevli oldukları sağlık kurum veya kuruluşunda verdikleri sağlık bilgileri dışında internet ya da sosyal medyada yer alan sağlık bilgilerini vermelerinin beklenmesi doğru olmayacaktır.

İnternet ve sosyal medya dışında diğer sağlık bilgi kaynakları arasında sağlık personeli, kitaplar/broşürler, aile üyeleri ve arkadaşlardan elde edilen bilgiler sıralanmaktadır (Schmidt vd., 2021). Giderek artan çeşitlilikteki bir nüfusta sağlık bilgilerinin en iyi nasıl sağlanacağı, sağlık politikası yapıcıları için büyük bir endişe kaynağı haline gelmiştir. Araştırmalar, sağlık bilgilerinin, bireylerin hastalıkları tarama, önleme ve tedavi etme konularında bilinçli kararlar vermeleri konusunda destekleyebileceğini göstermektedir (Schmidt vd., 2021). Güvenilir kaynaklar aracılığıyla doğru sağlık bilgisi sağlamayı planlamak, sağlık bilgilerinin iyileştirilmesinde de önemli bir rol oynamaktadır (Jalilian vd., 2021).

Erdoğan Özyurt (2019) bir çalışmasında internet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörler üzerine araştırma yapmış ve alanyazında daha kapsamlı hazırlanmış araştırmalara ihtiyaç olduğunu vurgulamıştır. Ankamah ve diğerleri (2021) konuya ilişkin olarak yapılan önceki

çalışmaların daha çok sağlık bilgilerine odaklandığını, Covid-19 pandemisi sırasında sağlanan sağlık bilgileri hakkında nispeten az araştırma olduğunu belirtmişlerdir. Dolayısıyla bu çalışma Covid-19 pandemisi döneminde bireylerin sağlık bilgisi arama davranışını konu alan bir araştırmadır. Bu kapsamda çalışmada öncelikle sağlık bilgisi ihtiyacı, sonrasında sağlık bilgisi arama davranışı, sağlık bilgisi arama davranışının önündeki engeller detaylı bir şekilde açıklanmış, ardından konu hakkında alanyazında yer alan çalışmalar hakkında bilgi verilmiş ve yöntem kısmına geçilmiştir.

## II. SAĞLIK BİLGİSİ ARAMA DAVRANIŞI

Bilgi ihtiyacı, kişilerin mevcut bilgilerinin amaçlarına ulaşmada yetersiz olduklarını anladıklarında ortaya çıkmaktadır. İnsanlar sağlık sorunları vb. problemlerle karşı karşıya kaldıklarında (Cheong-lao Pang vd., 2014) bu problem ile baş edebilmek için bilgi arayışında bulunmaktadır.

Sağlık bilgisi, ileri derecede uzmanlığa dayanmakta ve tıbbi terminoloji nedeniyle zor anlaşılmaktadır. İnternetle beraber hem bilgiyi uzmanından edinme zorunluluğu azalmış hem de sağlık bilgisinin dili toplumun tabanının anlayabileceği dile indirgenmiştir (Bozkanat, 2018). Kişilerin sağlık bilgilerini aramaları, hastalıklar, ilaçlar ve hastalıklara karşı alınacak önlemler hakkında daha bilinçli bir karar verebilmeleri için önemli bir unsurdur. Bilgi kaynakları üç kategoriden elde edilebilir. Bunlar: Kontrol edilebilir bilgi kaynakları (broşürler, kitapçıklar, CD ve kurumsal web siteleri), kontrol edilemeyen bilgi kaynakları (aile üyeleri, medya ve meslektaşlar gibi dış kaynaklar) ve kısmen kontrol edilebilir bilgi kaynakları (gazete yayınları, dergiler ve web tabanlı kaynaklar vb..) olarak ayrılmaktadır (Veloutsou vd., 2005).

Sağlık bilgisi arama davranışı, bireyin bilgi arama davranışını tanımlayan kapsamlı bir terimdir (Choi ve Jeong, 2021). Sağlık bilgisi arama davranışı, sağlık ve hastalık hakkında bilgi toplama sürecidir ve sağlıkla ilgili algı ve davranış üzerinde etkili olabilmektedir (Schäfer vd., 2021). Sağlık bilgisi arama davranışı, bireylerin hastalık veya genel sağlık durumları ile ilgili bilinçli bir şekilde edinmek istedikleri bilgileri edinme sürecidir (Kilit ve Eke, 2019) ve bilinçli bir şekilde yapılan bir eylemdir. Bireylerin bir talepleri olmaksızın maruz kaldıkları bilgileri kapsamaz. Örneğin, başka bir faaliyette bulunurken bilinçsiz olarak televizyondan sağlık bilgisi edinildiğinde sağlık bilgisi arama davranışı gerçekleşmiş olmamaktadır (Lenz, 1984; akt. Kilit, 2018). Sağlık bilgisi arama davranışının önünde birtakım engeller vardır ve bu engeller aşağıda detaylıca açıklanmıştır:

Sağlık bilgileri çeşitli kanallardan elde edilebilmekte, elde edilen bilgiler zaman zaman doğru olmamakta veya sunduğu bilgilerle sağlık bilgisi arayan kişileri yanlış yönlendirebilmektedir. Bu açıdan Choi ve Ahn (2021), sağlık bilgisi arama davranışının önündeki engeller arasında “infodemikleri (infodemic)” sıralamıştır. Choi ve Ahn (2021), Covid-19 pandemisinin başlaması ile birlikte sağlık hizmet sunucuları, sosyal medya gibi platformlarda Covid-19 ile ilgili endişe verici şekilde hatalı ve yanlış bilgilerin (ve kötü niyetli dezenformasyon) olduğunu belirtmiştir. Neely ve diğerleri (2021), konuya ilişkin olarak yapılan ilk çalışmaların twitter gibi platformlarda yer alan Covid-19 ile ilgili bilgilerin %25'inin yanlış bilgi içerebileceğini ifade etmişlerdir Bu olay "infodemik" olarak nitelendirilmiştir (Neely vd., 2021). Covid-19 pandemi sürecinin infodemik olarak ortaya çıkması, pandeminin zararlı etkilerini daha da kötüleştirmiştir. Bu durum, bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarına ihtiyaç duymalarının önemini vurgulamıştır (Choi ve Jeong, 2021). Choi ve Ahn (2021), nitel araştırma yöntemi kullanarak 18 yaş ve üzerinde olan Kore Ulusal Sağlık Sigortası Hizmeti kullanıcısı olan yirmi sağlık bilgisi tüketicisiyle bireysel görüşmeler ve odak grup görüşmesi yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda, sağlık hizmeti tüketicilerinin ihtiyaçlarını yansıtan ve onları güvenilir sağlık bilgilerine yönlendiren destekleyici bir sistemin geliştirilmesi gerektiği öne sürülmüştür.

Kişilerin sağlık bilgileri farklı yerlerde ve dağınık hallerde bulunabilmektedir. Sağlık muayenelerinden ve giyilebilir teknolojik sağlık cihazlardan elde edilen kişisel veriler bu duruma bir örnektir. Dolayısıyla Choi ve Ahn (2021) sağlık bilgisi arama davranışının önündeki engeller arasında sağlık muayenelerinden ve giyilebilir teknolojik sağlık cihazlardan elde edilen kişisel verilerin

senkronize edilmemiş olmasını da sıralamıştır. Ayrıca Choi ve Ahn (2021) sağlık sigortası şirketleriyle bağlantıda sorun olmasının bireylerin sağlık bilgisi arama davranışının önündeki bir engel olduğunu ifade etmişlerdir. Graffigna ve diğerleri (2017), hastaların sağlık bilgisi arama davranışlarının etkinliğini iyileştirmek ve bu alandaki teknolojik müdahalelerin etkinliğini artırmak için sağlık hizmeti sağlayıcılarının, sağlık hizmetlerinde hasta katılımını ve hasta güçlendirmeyi değerlendirmeyi ve iyileştirmeyi hedeflemesi gerektiğini ifade etmişlerdir.

### 2.1. Sağlık Bilgisi Arama Davranışına İlişkin Literatürde Yer Alan Çalışmalar

Aşağıda konuyla ilgili olarak yapılmış bazı araştırmalara ve araştırmalara ilişkin bilgilere yer verilmiştir:

Behera ve diğerleri (2022) yaptıkları bir çalışmada, Covid-19 protokolleri ve algılanan çevrimiçi güven ile çevrimiçi sağlık bilgisi arama niyeti arasındaki ilişkiyi ve algılanan ciddiyetin ve algılanan aciliyetin düzenleyici etkisini araştırmışlar ve bir model önermişlerdir. Bu kapsamda, Hindistan'da 325 sporcuya anket uygulamışlardır. Çalışmanın sonucunda, çevrimiçi sağlık bilgisi aramanın, arayan kişinin Covid-19 hakkındaki bilgisini ve ruh sağlığı karar verme stratejilerine katılımını artırdığı belirtilmiştir. Ayrıca çalışmada, çevrimiçi sağlık bilgisi, zihinsel sağlığa ek olarak, fiziksel refahla bağlantılı olan ruhsal, duygusal, fiziksel ve finansal sağlığa da katkıda bulunabileceği belirtilmiştir. Çalışmada, sporcuları bir araya getiren ve sanal mutlu saatler, toplantılar ve etkinliklerle oynanan çevrimiçi sağlık bilgilerinin iyi tarafları ortaya konmuştur.

Choi ve Jeong (2021) yaptıkları bir çalışmada, dünya çapında ulusal olarak temsil edilen anketlerde sağlık bilgisi arama davranışlarını değerlendirmek için kullanılan ölçüm araçlarının özelliklerini araştırmayı amaçlamışlardır. Bu kapsamda, çalışmada 2008 ve 2020 yıllarını kapsayan 5 uluslararası ve 2 Kore veri tabanı üzerinden veri araştırması yapmışlardır. Çalışmanın sonucunda, 2333 kayıt incelendikten sonra 8 ülkeden toplam 13 ölçüm aracı (anket) belirlenmiştir. Amerika Birleşik Devletleri'nden beş anket aracı (Sağlık Bilgileri Ulusal Eğilimler Anketi, Sağlık İzleme Anketi, Annenberg Ulusal Sağlık İletişimi Anketi, Ulusal Sağlık Mülakat Anketi ve Sağlık İzleme Hanehalkı Anketi), Almanya'dan iki araç ve Fransa, İsrail, Polonya, Güney Kore ve Tayvan'dan bir araç belirlenmiştir. Ayrıca, yetişkin nüfusu ( $\geq 15$  yaş) hedefleyen telefon veya web tabanlı anketlerin yaygın olarak kullanıldığını belirlemiştir.

Berdida ve diğerleri (2022) yaptıkları bir çalışmada, Filipinlilerin sağlık bilgisi arama davranışlarının Covid-19 aşısı üzerindeki etkilerini (COVID-19 aşısı olma endişelerini, aşılama nedenlerini ve bu faktörlerin aşı olma kararlarını nasıl etkilediğini) araştırmayı amaçlamışlardır. Bu kapsamda, veri toplamak için Sağlık Bilgi Yönelim Ölçeği ve Statista.com'un "Covid-19 aşısı olmama nedenleri" kullanarak Filipin'de 2709 kişiye sosyal medya uygulamaları (Whatsapp, Facebook, Twitter) üzerinden çevrimiçi anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda, kadın olmanın, üniversite mezunu olmanın, çalışan birey olmanın ve Covid-19 aşı bilgilerini elde etmek için sosyal medyayı kullanmanın, bilgi katılımı ve endişesinin önemli belirleyicileri olduğunu belirlemiştir.

Zakar ve diğerleri (2021) yaptıkları bir çalışmada, Pakistan'daki üniversite öğrencileri arasında bilgi arama davranışının yanı sıra ilgili bilgileri bulma ve dijital sağlık okuryazarlığı ile ilgilenme becerisini değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Bu kapsamda Pakistan'ın Pencap eyaletinde yer alan dört üniversitenin 1747 lisans, yüksek lisans ve doktora öğrencisine çevrimiçi anket uygulaması yapmışlardır. Çalışmanın sonuçları, öğrencilerin büyük bir bölümünün Covid-19 ile ilgili yüksek bir dijital sağlık okuryazarlığına sahip olduğunu göstermiştir.

Ankamah ve diğerleri (2021) yaptıkları bir çalışmada, Covid-19 salgını sırasında Gana Üniversitesi CHS Kütüphanesi'ndeki kütüphane kullanıcılarının bilgi ihtiyaçlarını ve bilgi arama davranışlarını değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Bu kapsamda, kolayda örnekleme yoluyla seçilen 128 katılımcıya anket uygulamışlardır. Araştırmanın sonucunda, katılımcıların çoğunun yetkin sağlık bilgisi

okuryazarları olduğunu belirlemişlerdir. Ayrıca, katılımcıların Covid-19 salgını sırasında ana sağlık bilgilerinin sırasıyla internet ve tıbbi veri tabanları olduğunu belirlemişlerdir.

Jalilian ve diğerleri (2021) yaptıkları bir çalışmada, gençlerde Covid-19 ile ilgili sağlık bilgisi arama davranışlarını araştırmayı amaçlamıştır. Bu kapsamda, kolayda örnekleme yoluyla seçilen 258 gence çevrimiçi anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda, sağlık bilgi kaynaklarının en yüksek kullanımının sosyal medya ile ilgili olduğu ve katılımcıların % 94,2'sinin sağlık bilgilerine ulaştıktan sonra davranışsal iyileşme bildirdikleri tespit edilmiştir. Ayrıca, doktor veya diğer tedavi personelini ziyaret ederek bilgi alma, aile üyelerinden soru sorma, uydu kanallarını izleme ve sağlıkla ilgili çalıştay ve toplantılara katılma konularında kadın ve erkek arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Neely ve diğerleri (2021) yaptıkları bir çalışmada, sağlık tüketicilerinin Covid-19 salgını hakkında bilgi edinmek ve bilgi sahibi olmak için sosyal medyayı nasıl kullandığını, pandemi ile ilgili bilgilerin doğrulanması hakkında güvenilir bilimsel bilgi kaynaklarına ne ölçüde güvendiklerini daha iyi anlamak için ABD'de yaşayan ve kota örnekleme yoluyla belirlenen 1003 yetişkine (18 yaş ve üzeri bireye) çevrimiçi anket uygulamışlardır. Ankete katılanların %59,2'sinin sosyal medyada Covid-19 ile ilgili bilgileri haftada en az bir kez okudukları belirlenmiştir. Çalışmanın sonuçları, Covid-19 pandemisi salgını sırasında sosyal medyaya büyük ölçüde güvenildiğini göstermiştir. Ayrıca, sosyal medyadaki Covid-19 pandemisi ile ilgili bilgilerin doğruluğuna yönelik yüksek düzeyde güvensizlik olmasına rağmen, çoğu sosyal medya kullanıcısının (%63,6) internette gördüklerini bir sağlık uzmanıyla doğrulaması pek olası olmadığı belirlenmiştir. Bunlara ek olarak, pandemi sırasında sosyal medyada daha güvenilir bilimsel kaynakları takip edenler arasında aşılma olasılığının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Nafees ve Khan (2020) yaptıkları bir çalışmada, Covid-19 pandemisi sırasında Hindistan halkının sağlık bilgisi ihtiyaçlarını ve sağlık bilgisi arama davranışlarını anlamayı amaçlamışlardır. Bunun için Hindistan'da kartopu örnekleme yoluyla ulaşılan 1310 kişiye çevrimiçi anket uygulaması yapmışlardır. Araştırmanın sonucunda, katılımcıların çoğunluğunun en belirleyici bilgi ihtiyaçlarının: Covid-19 belirti ve semptomları, hastalığın nedenleri ve tedavileri, Covid-19'un önlenmesi ve kontrolü ile ilgili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca araştırmanın sonucunda, Covid-19 ile ilgili en çok tercih edilen ve güvenilir bilgi kaynaklarının haber siteleri, özel koronavirüs web siteleri ve sağlık personeli olduğu belirlenmiştir. Bunlara ek olarak araştırmada, koronavirüse ilişkin bilgilerin araştırılmasındaki en büyük sorunun, bu bilgilerin güvenilirliği veya gerçekliği olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Zhao ve diğerleri (2020) yaptıkları bir çalışmada, Çin'deki insanların Covid-19 pandemisi sırasında sağlık bilgileri aramak için interneti nasıl kullandığını araştırmayı amaçlamışlardır. Bu kapsamda "Covid-19 hastası olup yardım arayan (#COVID-19 Patient Seeking Help)" hastag'ini kullanarak salgının zirvesinde Wuhan'daki hastaların Weibo'da ne tür sağlık bilgileri aradığı araştırılmıştır. Çalışmaya 1496 Çin'de yaşayan Covid-19 hastası çevrimiçi olarak katılmış ve onların çevrimiçi sağlık bilgileri arama davranışları araştırılmıştır. Çalışmanın sonuçları, internetin Çin halkı tarafından önemli bir sağlık bilgisi kaynağı olarak kullanıldığını göstermiştir. Ayrıca, çevrimiçi sağlık bilgisi arayan kadınların birçoğunun, evde ebeveynleri veya yaşlı yetişkinler için sağlık bilgisi ve yardım aradığı belirlenmiştir. Bunlara ek olarak araştırmanın sonucunda, en çok aranan sağlık bilgileri arasında sırasıyla: tıbbi tedaviye erişim, kendi kendini karantinaya alma ve çevrimdışından çevrimiçi desteğe erişim yer almıştır.

Baumann ve diğerleri (2020) yaptıkları bir çalışmada, ebeveynlerin sağlık bilgisi arama davranışları üzerinde çocuklarının sağlık durumlarının rol oynayıp oynamadığını araştırmışlardır. Bu kapsamda, İsviçre'nin Almanca konuşulan bölgesinde 0-2 yaş arası çocukları olan 769 ebeveyne anket uygulanmıştır. Çalışmanın sonucunda, ebeveynlerin genel sağlık ve gelişim soruları hakkında bilgi aramak için dijital medyayı akut bir çocuğun hastalığından çok daha sık kullandıkları belirlenmiştir. Ayrıca, akut bir çocuğun hastalığı durumunda, ebeveynler çocuk doktoruna, aile üyelerine ve diğer kişisel temaslarına diğer bilgi kaynaklarına göre önemli ölçüde daha sık başvurdukları görülmüştür.

Bunlara ek olarak, ebeveynlerin çocuklarının sağlığına ilişkin alınan bilgilerin geçerliliğini kontrol etmek veya anlayışlarını geliştirmek için tüm bilgi kaynaklarını (çevrimiçi, basılı, kişisel ağ) kullandıkları belirlenmiştir.

Graffigna ve diğerleri (2017) yaptıkları bir çalışmada, hastaların sağlık hizmetlerine katılımı ile çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışları arasındaki ilişkileri inceleyerek hastaların çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışlarını etkileyen değişkenleri belirlemeyi amaçlamışlardır. Bu kapsamda, İtalya’da kronik hastalığa sahip 352 hastaya anket uygulamışlardır. Çalışmanın sonucunda, katılımcıların %50’sinden fazlasının düzenli olarak çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışında bulunduğu; sadece %20’sinin düzenli olarak çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışında bulunmadığı belirlenmiştir. Ayrıca, çalışmada, hastaların aktivasyon seviyesinin (sağlık durumlarını psikolojik ve duygusal olarak ne ölçüde detaylandıkları ve hastaların rollerine ne ölçüde uyum sağladıkları olarak tanımlanan hastaların katılım seviyesinin) çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışlarıyla ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

### III. YÖNTEM

Bu çalışma Covid-19 pandemisi döneminde bireylerin pandemi sürecine yönelik bilgi arama davranışlarının sosyo-demografik özelliklerine göre farklılık gösterip göstermemeye durumunu belirlemek amacı ile yapılmıştır. Bunlara ek olarak çalışmada, bireylerin sağlık bilgi arama davranışında bulunurken hangi kaynaklardan bilgi edindiklerinin belirlenmesi ve edindikleri bilgiler doğrultusunda nasıl tepki verdiklerinin tespit edilmesi de hedeflenmektedir.

Ankamah ve diğerlerinin (2021) belirttikleri gibi, Covid-19 pandemisi sırasında sağlanan sağlık bilgileri hakkında nispeten az araştırma olması ve Zimmerman’ın (2019) pandemi dönemlerinde insanların sağlık bilgisi arama davranışları hakkında hazırlanmış literatürün oldukça sınırlı olduğunu belirtmesi, bu araştırmanın yapılmasının motivasyonları arasında yer almaktadır. Ayrıca, Erdoğan Özyurt’un (2019) çalışmasında sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörlere ilişkin olarak daha kapsamlı hazırlanmış araştırmalara ihtiyaç olduğunu vurgulaması da bu araştırmanın yapılma motivasyonları arasında yer almaktadır.

Tanımlayıcı nitelikteki bu çalışmada evren Ankara’da yaşayan 18 yaş üzerindeki tüm bireyleri kapsamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu’ndan (TÜİK) 2023 yılında elde edilen 2021 verilerine göre (2023 yılında 2021 yılı verileri paylaşıldığından) Ankara’nın nüfusu 5.747.325 kişidir (TÜİK, 2021). 2021 yılında Ankara’nın 19 yaş ve üzeri nüfusu ise 4.193.214 kişidir (Nufusukac.com, 2023). Çalışmada evreni temsil etmesi adına ulaşılabilecek maksimum kişi sayısı hedeflenmiş bu nedenle örneklem seçme yöntemine gidilmemiştir. Uzgören (2012) anakütlenin 100000 ve üzeri olması halinde örneklem sayısının 384 olmasının yeterli olacağını belirtmiştir. Ancak evreni daha iyi temsil edebilmesi adına araştırmaya 693 katılımcıdan alınan veriler dâhil edilmiştir.

Araştırmanın yürütülmesi için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu’ndan etik onay alınmıştır (Tarih: 26.12.2022, Toplantı No: 29, Başvuru Kodu: 77e5d4330bc64bd5). Çalışmada verileri elde edebilmek amacıyla anket yöntemi kullanılmıştır. Anket araştırması, 27.12.2022-27.01.2023 tarihleri arasında yapılmıştır. Kullanılan anketin ilk bölümünde katılımcılara sosyo-demografik özelliklerine yönelik çeşitli sorular yöneltilmiştir. İkinci bölümde ise orijinali Medlock ve diğerleri (2015) tarafından geliştirilmiş, Kilit’in (2018) de tezinde kullandığı ve geçerliliği kanıtlanmış ölçek, Covid-19 sürecine uyarlanmış ve kullanılmıştır. Katılımcılardan tanımlayıcı bilgiler elde etmek amacıyla, aritmetik ortalama, standart sapma, yüzde ve frekans hesaplamaları yapılmıştır. Araştırmada Covid-19 sürecinde bilgi kaynaklarından ne oranda bilgi edinildiğini ölçmek ve hangi tür analizin yapılacağına karar verebilmek adına normallik test dağılımı yapılmış, çıkan test sonuçları Skewness (çarpıklık) ve Kurtosis (basıklık) katsayılarına göre yorumlanarak değerlendirilmiştir. Araştırma verileri, Kurtosis ve Sweakness’e göre +1,5 ve -1,5 değer aralığında olduğundan veriler normal dağılım göstermektedir. Çalışmada verileri değerlendirirken iki grup arasındaki farkı karşılaştırmak için t-testi, ikiden fazla gruplar arasındaki farkı belirleyebilmek amacı ile Anova ve Tukey testinden yararlanılmıştır. Katılımcıların çalışma sorularına samimi ve içten bir şekilde yanıt verdikleri varsayılmıştır.

#### IV. BULGULAR

Bireylerin Covid-19 pandemisi döneminde sağlık bilgisi arama davranışlarının incelenmesine yönelik yapılan bu çalışmadan elde edilen verilere yönelik analizler aşağıda yer almaktadır. Tablo 1’de araştırmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özelliklerine yer verilmiştir.

**Tablo 1. Katılımcıların Sosyo-Demografik Özellikleri**

Sosyo-Demografik Özellikler ve Ek Sorular		n	%
Cinsiyet	Kadın	499	72
	Erkek	194	28
Meslek	Kamu Çalışanı	176	25,4
	Özel Sektör Çalışanı	166	24
	Öğrenci	87	12,6
	Ev Hanımı	264	38,1
Yaş	20 yaş ve altı	21	3
	21-29 yaş	346	49,9
	30-39 yaş	257	37,1
	40 yaş üzeri	69	10
Eğitim Durumu	Lise ve altı	163	23,5
	Ön lisans	147	21,2
	Lisans	297	42,9
	Lisansüstü	86	12,4
Kronik bir hastalığınız var mı?	Evet	80	11,5
	Hayır	613	88,5
<b>Toplam</b>		<b>693</b>	<b>100</b>

Tablo 1’de katılımcıların %72’sini kadınların, %28’ini erkeklerin oluşturduğu; %25,4’ünü kamu çalışanlarının %24’ünü özel sektör çalışanlarının, %12,6’sını öğrencilerin ve %38,1’ini ev hanımlarının oluşturduğu görülmektedir. Tablo 1’de katılımcıların %49,9’u 21-29 yaş arasında, %37,1’inin 30-39 yaş aralığında, %10’unun 40 yaş ve üzerinde, %3’ünün ise 20 yaş ve altında oluşu da görülmektedir. Ayrıca, katılımcıların %42,9’u lisans mezunu, %23,5’i lise (ortaöğretim ve ilköğretim mezunu katılımcı sayısının az olmasından dolayı lise ve altı olarak belirtilmiştir) ve altı okullardan mezun, %21,2’si önlisans mezunu ve %12,4’ü lisansüstü mezundur. Araştırmaya katılan kişilerin %88,5’inin herhangi bir kronik hastalığı bulunmazken, %11,5’u en az bir kronik hastalığa sahiptir.

Anket çalışmalarında likert tipteki ölçeklerde güvenilirlik hesaplamalarında kullanılan Cronbach’s Alpha katsayısı sıklıkla başvurulan bir yöntemdir. Cronbach’s Alpha katsayısına yönelik ölçek güvenilirliği aşağıda verilmiştir (Alpar, 2014):

- $0,00 \leq \alpha < 0,40$  ise ölçek güvenilir değildir.
- $0,40 \leq \alpha < 0,60$  ise ölçeğin güvenilirliği düşüktür.
- $0,60 \leq \alpha < 0,80$  ise ölçek oldukça güvenilirdir.
- $0,80 \leq \alpha < 1,00$  ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Tablo 2’de bu çalışmada kullanılan ölçekten elde edilen verilerin Cronbach’s Alpha Katsayısına yer verilmiştir.

**Tablo 2. Çalışmada kullanılan ölçeğin Cronbach’s Alpha Değeri**

Ölçek	Cronbach’s Alpha ( $\alpha$ )Katsayısı
Sağlık Bilgi Kaynaklarından Bilgi Edinme Düzeyi	0,70



Tablo 2’de bu çalışmada kullanılan ölçeğin yüksek derecede güvenilir olduğu anlaşılmaktadır.

Katılımcıların Covid-19 pandemisine yönelik sağlık bilgi kaynaklarından sağlık bilgisi edinme düzeylerinin cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 3’te gösterilmektedir.

**Tablo 3. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Bilgi Kaynaklarından Sağlık Bilgisi Edinme Düzeylerinin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması**

Sağlık Bilgisi Edinilen Kaynaklar	Cinsiyet	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Sağlık profesyoneli	Kadın	499	2,88	0,984	-0,368	0,713
	Erkek	194	2,91	0,986		
Televizyon	Kadın	499	2,17	0,801	2,510	0,012*
	Erkek	194	2,01	0,751		
Radyo	Kadın	499	1,27	0,624	0,304	0,761
	Erkek	194	1,25	0,613		
Gazete	Kadın	499	1,31	0,638	0,084	0,933
	Erkek	194	1,30	0,624		
Dergi	Kadın	499	1,18	0,509	0,804	0,422
	Erkek	194	1,14	0,477		
İnternet	Kadın	499	2,33	0,724	1,029	0,304
	Erkek	194	2,27	0,789		
Sosyal medya	Kadın	499	2,20	0,829	1,339	0,094
	Erkek	194	2,11	0,836		
Hasta grupları	Kadın	499	1,67	0,796	1,594	0,111
	Erkek	194	1,57	0,767		
Kitap	Kadın	499	1,78	0,835	0,548	0,584
	Erkek	194	1,74	0,813		
Aile veya arkadaş	Kadın	499	2,08	0,835	0,215	0,830
	Erkek	194	2,07	0,834		
Telefon Danışma Hattı	Kadın	499	1,34	0,664	0,862	0,389
	Erkek	194	1,29	0,643		
Mobil Sağlık Uygulamaları	Kadın	499	1,77	0,860	1,781	0,075
	Erkek	194	1,64	0,803		

Tablo 3’te Covid-19’a yönelik sağlık bilgisi edinilen kaynaklar ile cinsiyetleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir. Bilgi kaynakları arasında yer alan televizyonun ( $t=2,510$ ,  $p=0,012$ ) cinsiyete göre anlamlı bir farklılık yarattığı görülmektedir. Bu farklılığın ise, kadın bireylere ait ortalamalarının ( $\bar{X}=2,17$ ) erkek bireylere ait ortalamalarından ( $\bar{X}=2,01$ ) daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Elde edilen veriler doğrultusunda, kadın katılımcıların erkeklere oranla Covid-19’a yönelik sağlık bilgisi arama davranışı sergilerken televizyonu diğer sağlık bilgisi edinilen kaynaklara oranla daha fazla tercih ettikleri söylenebilir.

Tablo 4’te Covid-19 pandemisine yönelik sağlık bilgi kaynaklarından sağlık bilgisi edinme düzeylerinin katılımcıların mesleklerine göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Katılımcıların meslekleri ile Covid-19 pandemisine yönelik sağlık bilgi kaynaklarından sağlık bilgisi edinme düzeyleri arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit etmek amacı ile Anova testi yapılmıştır. Elde edilen veriler, Covid-19’a yönelik sağlık bilgisi edinilen kaynaklar ile meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Ayrıca, sağlık bilgisi edinilen kaynakları arasında yer alan radyo ( $t=4,510$ ,  $p=0,004$ ) ve sosyal medyanın ( $t=5,663$ ,  $p=0,001$ ) katılımcıların mesleklerine göre anlamlı bir farklılık yarattığı görülmektedir.

**Tablo 4. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Bilgi Kaynaklarından Sağlık Bilgisi Edinme Düzeylerinin Mesleğe Göre Karşılaştırılması**

Sağlık Bilgisi Edinilen Kaynaklar	Meslek	n	$\bar{X}$	SS	F	p
Sağlık profesyoneli	Kamu Çalışanı	176	2,94	0,987	1,522	0,208
	Özel Sektör Çalışanı	166	3,00	0,921		
	Öğrenci	87	2,83	1,025		
	Ev Hanımı	264	2,81	1,003		
Televizyon	Kamu Çalışanı	176	2,05	0,780	1,161	0,356
	Özel Sektör Çalışanı	166	2,13	0,780		
	Öğrenci	87	2,24	0,806		
	Ev Hanımı	264	2,14	0,797		
Radyo	Kamu Çalışanı	176	1,17	0,495	4,510	0,004*
	Özel Sektör Çalışanı	166	1,35	0,686		
	Öğrenci	87	1,41	0,786		
	Ev Hanımı	264	1,22	0,578		
Gazete	Kamu Çalışanı	176	1,28	0,594	2,265	0,080
	Özel Sektör Çalışanı	166	1,39	0,703		
	Öğrenci	87	1,38	0,703		
	Ev Hanımı	264	1,25	0,582		
Dergi	Kamu Çalışanı	176	1,16	0,463	2,358	0,070
	Özel Sektör Çalışanı	166	1,20	0,564		
	Öğrenci	87	1,28	0,623		
	Ev Hanımı	264	1,12	0,428		
İnternet	Kamu Çalışanı	176	2,31	0,716	2,177	0,089
	Özel Sektör Çalışanı	166	2,39	0,736		
	Öğrenci	87	2,43	0,709		
	Ev Hanımı	264	2,23	0,769		
Sosyal medya	Kamu Çalışanı	176	2,00	0,821	5,663	0,001*
	Özel Sektör Çalışanı	166	2,16	0,845		
	Öğrenci	87	2,43	0,772		
	Ev Hanımı	264	2,22	0,827		
Hasta grupları	Kamu Çalışanı	176	1,53	0,700	1,636	0,180
	Özel Sektör Çalışanı	166	1,71	0,817		
	Öğrenci	87	1,67	0,858		
	Ev Hanımı	264	1,67	0,801		
Kitap	Kamu Çalışanı	176	1,74	0,784	0,998	0,393
	Özel Sektör Çalışanı	166	1,83	0,860		
	Öğrenci	87	1,85	0,883		
	Ev Hanımı	264	1,71	0,818		
Aile veya arkadaş	Kamu Çalışanı	176	2,03	0,827	1,325	0,295
	Özel Sektör Çalışanı	166	2,07	0,839		
	Öğrenci	87	2,24	0,731		
	Ev Hanımı	264	2,06	0,866		
Telefon Danışma Hattı	Kamu Çalışanı	176	1,30	0,628	0,141	0,936
	Özel Sektör Çalışanı	166	1,33	0,681		
	Öğrenci	87	1,36	0,698		
	Ev Hanımı	264	1,33	0,653		
Mobil Sağlık Uygulamaları	Kamu Çalışanı	176	1,67	0,817	2,113	0,097
	Özel Sektör Çalışanı	166	1,65	0,823		
	Öğrenci	87	1,89	0,908		
	Ev Hanımı	264	1,74	0,852		

Gruplar arasındaki bu farklılığı tespit edebilmek için Post-Hoc (Tukey) testi yapılmış ve ilgili sonuçlara Tablo 5’te yer verilmiştir. Post-Hoc (Tukey) test sonuçlarına göre radyodan bilgi edinen kamu çalışanları ile öğrenci ve özel sektör çalışanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar bulunmuştur. Ayrıca sosyal medya kullanan kamu çalışanları ile ev hanımları ve öğrenciler arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu tespit edilmiştir. Anlamlı farklılıkların gruplara göre ortalamaları incelendiğinde, radyo ve sosyal medya kaynaklarını kullanan öğrencilerin ortalama puanlarının diğer gruplara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum, Covid-19 pandemisi döneminde sağlık bilgi kaynaklarından bilgi edinirken daha çok sosyal medyayı sonra ise radyoyu kullandıklarını göstermektedir.

**Tablo 5. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Bilgi Kaynaklarından Sağlık Bilgisi Edinme Düzeylerinin Mesleğe Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Post-Hoc (Tukey) Testi Sonuçları**

Bilgi Kaynakları	Meslek	Ort. Farkı	p	
Radyo	Kamu Çalışanı	Özel Sektör Çalışanı	-0,179	0,037*
		Öğrenci	-0,243	0,014*
Sosyal Medya	Kamu Çalışanı	Öğrenci	-0,425	0,001*
		Ev Hanımı	-0,223	0,028*

Tablo 6’da Covid-19’a yönelik sağlık bilgi kaynaklarından sağlık bilgisi edinme düzeyleri ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı bir farklılığın olup olmadığını tespit etmek amacı ile ANOVA testi yapılmıştır.

**Tablo 6. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Bilgi Kaynaklarından Sağlık Bilgisi Edinme Düzeylerinin Yaşa Göre Karşılaştırılması**

Sağlık Bilgisi Edinilen Kaynaklar	Yaş	N	$\bar{X}$	SS	F	p
Sağlık profesyoneli	20 yaş ve altı	21	3,14	0,727	1,166	0,322
	21-29 yaş	346	2,87	0,998		
	30-39 yaş	257	2,86	1,006		
	40-49 yaş	69	3,04	0,882		
Televizyon	20 yaş ve altı	21	2,29	0,845	0,567	0,637
	21-29 yaş	346	2,14	0,813		
	30-39 yaş	257	2,09	0,761		
	40-49 yaş	69	2,14	0,772		
Radyo	20 yaş ve altı	21	1,86	0,910	6,786	0,001*
	21-29 yaş	346	1,25	0,611		
	30-39 yaş	257	1,24	0,581		
	40-49 yaş	69	1,26	0,634		
Gazete	20 yaş ve altı	21	1,57	0,870	2,877	0,350
	21-29 yaş	346	1,25	0,591		
	30-39 yaş	257	1,36	0,660		
	40-49 yaş	69	1,32	0,630		
Dergi	20 yaş ve altı	21	<b>1,52</b>	0,873	3,906	0,009*
	21-29 yaş	346	1,16	0,486		
	30-39 yaş	257	1,17	0,486		
	40-49 yaş	69	1,12	0,438		
İnternet	20 yaş ve altı	21	2,43	0,811	0,647	0,585
	21-29 yaş	346	2,34	0,742		
	30-39 yaş	257	2,27	0,731		
	40-49 yaş	69	2,29	0,769		
Sosyal medya	20 yaş ve altı	21	<b>2,29</b>	0,902	3,735	0,011*
	21-29 yaş	346	2,27	0,828		
	30-39 yaş	257	2,09	0,820		
	40-49 yaş	69	2,00	0,822		
Hasta grupları	20 yaş ve altı	21	1,48	0,814	0,538	0,656
	21-29 yaş	346	1,63	0,803		
	30-39 yaş	257	1,66	0,780		
	40-49 yaş	69	1,71	0,750		
Kitap	20 yaş ve altı	21	1,76	0,831	0,508	0,677
	21-29 yaş	346	1,77	0,840		
	30-39 yaş	257	1,73	0,821		
	40-49 yaş	69	1,87	0,803		
Aile veya arkadaş	20 yaş ve altı	21	2,29	0,845	1,178	0,317
	21-29 yaş	346	2,11	0,807		
	30-39 yaş	257	2,01	0,850		
	40-49 yaş	69	2,09	0,903		
Telefon Danışma Hattı	20 yaş ve altı	21	1,48	0,814	0,680	0,585
	21-29 yaş	346	1,32	0,654		
	30-39 yaş	257	1,30	0,636		
	40-49 yaş	69	1,38	0,709		
Mobil Sağlık Uygulamaları	20 yaş ve altı	21	1,76	0,944	1,569	0,196
	21-29 yaş	346	1,80	0,852		
	30-39 yaş	257	1,67	0,827		
	40-49 yaş	69	1,65	0,837		

Tablo 7’de radyo, dergi ve sosyal medya gibi sağlık bilgisi edinilen bilgi kaynakları ile katılımcıların yaşları arasında anlamlı farklılıkların olduğu görülmektedir. Anlamlı farklılık çıkan kaynakların aritmetik ortalamaları incelendiğinde, sağlık bilgi kaynağı olarak radyoyu, dergiyi ve sosyal medyayı kullanan katılımcılar arasında 20 yaş ve altında olanlar diğer üç gruba (21-29, 30-39, 40-49 yaş) göre

daha yüksek puan almıştır. Bu durum, 20 yaş ve altında olan katılımcıların radyo, dergi ve sosyal medyayı diğer yaş grubu katılımcılara oranla daha fazla kullandıklarını göstermektedir. Radyo ve dergiden bilgi edinen 20 yaş altı bireyler ile 30-39 yaş ve 40-49 yaş arasındaki katılımcılar arasında anlamlı farklar olduğu görülmektedir. Ayrıca, sosyal medya kullanan 21-29 yaş arasındaki bireyler ile 30-39 yaş arasındaki katılımcılar arasında da anlamlı bir farklılığın olduğu tespit edilmiştir.

**Tablo 7. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Bilgi Kaynaklarından Sağlık Bilgisi Edinme Düzeylerinin Yaşa Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Post-Hoc (Tukey) Testi Sonuçları**

Bilgi Kaynakları	Yaş	Ort. Farkı	p	
Radyo	20 yaş ve altı	21-29 yaş	0,609	0,001*
		30-39 yaş	0,620	0,001*
		40-49 yaş	0,596	0,001*
Dergi	20 yaş ve altı	21-29 yaş	0,368	0,006*
		30-39 yaş	0,353	0,010*
		40-49 yaş	0,408	0,006*
Sosyal Medya	21-29 yaş	30-39 yaş	-0,186	0,033*

Tablo 8’de Covid-19’a yönelik sağlık bilgi kaynaklarından sağlık bilgisi edinme düzeylerinin eğitim düzeyine göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 8’de yer alan Anova testinin sonuçları, Covid-19’a yönelik sağlık bilgisi edinilen kaynaklar ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir. Bu farklılıkların bilgi kaynakları arasında yer alan dergi, internet, sosyal medya ve kitap kullanan farklı eğitim düzeylerine sahip katılımcılar arasında olduğu görülmektedir.

Anlamlı fark ortaya çıkan kaynakların aritmetik ortalamaları incelendiğinde, sağlık bilgisi edinmek için lise mezunlarının ortalaması sosyal medyada önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre daha yüksek çıkmıştır. Lisans mezunlarının ortalaması internette önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre daha yüksek çıkmıştır. Lisansüstü mezunlarının ortalaması dergi ve kitapta önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarına göre daha yüksek çıkmıştır. Kısaca, Covid-19 pandemisi döneminde sağlık bilgisi edinmek için lise mezunu katılımcılar sosyal medyayı daha fazla kullanırken, lisans mezunları interneti daha fazla kullanmakta, lisansüstü mezunları ise dergi ve kitapları daha fazla kullanmaktadır.

**Tablo 8. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Bilgi Kaynaklarından Sağlık Bilgisi Edinme Düzeylerinin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması**

Sağlık Bilgisi Edinilen Kaynaklar	Eğitim Düzeyi	N	$\bar{X}$	SS	F	p
Sağlık profesyoneli	Lise Mezunu	163	<b>2,95</b>	0,961	0,740	0,528
	Önlisans mezunu	147	2,91	1,027		
	Lisans mezunu	297	2,83	0,970		
	Lisansüstü mezunu	86	<b>2,95</b>	1,005		
Televizyon	Lise Mezunu	163	<b>2,23</b>	0,798	2,267	0,080
	Önlisans mezunu	147	2,18	0,794		
	Lisans mezunu	297	2,05	0,772		
	Lisansüstü mezunu	86	2,08	0,815		
Radyo	Lise Mezunu	163	<b>1,34</b>	0,678	1,086	0,354
	Önlisans mezunu	147	1,24	0,592		
	Lisans mezunu	297	1,25	0,619		
	Lisansüstü mezunu	86	1,21	0,556		
Gazete	Lise Mezunu	163	1,23	0,594	3,219	0,022
	Önlisans mezunu	147	1,28	0,606		
	Lisans mezunu	297	1,31	0,635		
	Lisansüstü mezunu	86	<b>1,49</b>	0,715		
Dergi	Lise Mezunu	163	1,19	0,551	4,016	0,008*
	Önlisans mezunu	147	1,21	0,539		
	Lisans mezunu	297	1,10	0,398		
	Lisansüstü mezunu	86	<b>1,29</b>	0,611		
İnternet	Lise Mezunu	163	2,15	0,828	4,317	0,005*
	Önlisans mezunu	147	2,33	0,762		
	Lisans mezunu	297	<b>2,41</b>	0,657		
	Lisansüstü mezunu	86	2,27	0,773		
Sosyal medya	Lise Mezunu	163	<b>2,33</b>	0,817	5,822	0,001*
	Önlisans mezunu	147	2,24	0,824		
	Lisans mezunu	297	2,14	0,829		
	Lisansüstü mezunu	86	1,90	0,812		
Hasta grupları	Lise Mezunu	163	1,62	0,803	0,562	0,640
	Önlisans mezunu	147	1,63	0,803		
	Lisans mezunu	297	<b>1,68</b>	0,789		
	Lisansüstü mezunu	86	1,57	0,744		
Kitap	Lise Mezunu	163	1,61	0,789	7,336	0,001*
	Önlisans mezunu	147	1,70	0,814		
	Lisans mezunu	297	1,78	0,835		
	Lisansüstü mezunu	86	<b>2,10</b>	0,812		
Aile veya arkadaş	Lise Mezunu	163	2,06	0,884	0,749	0,523
	Önlisans mezunu	147	<b>2,16</b>	0,828		
	Lisans mezunu	297	2,07	0,819		
	Lisansüstü mezunu	86	2,01	0,804		
Telefon Danışma Hattı	Lise Mezunu	163	1,33	0,684	0,366	0,777
	Önlisans mezunu	147	1,33	0,632		
	Lisans mezunu	297	<b>1,34</b>	0,679		
	Lisansüstü mezunu	86	1,26	0,578		
Mobil Sağlık Uygulamaları	Lise Mezunu	163	1,71	0,838	2,061	0,104
	Önlisans mezunu	147	<b>1,81</b>	0,855		
	Lisans mezunu	297	1,77	0,867		
	Lisansüstü mezunu	86	1,55	0,746		

Tablo 9’da Covid-19’a yönelik sağlık bilgi kaynaklarından sağlık bilgisi edinme düzeylerinin eğitim düzeyine göre karşılaştırılmasına ilişkin Post-Hoc (Tukey) Testi Sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 9. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Bilgi Kaynaklarından Sağlık Bilgisi Edinme Düzeylerinin Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılmasına İlişkin Post-Hoc (Tukey) Testi Sonuçları**

Bilgi Kaynakları	Eğitim Düzeyi		Ort. Farkı	p
Dergi	Lisans mezunu	Lisansüstü mezunu	-0,190	0,010*
İnternet	Lise Mezunu	Lisans mezunu	0,368	0,002*
Sosyal Medya	Lisansüstü mezunu	Lise Mezunu	-0,436	0,001*
		Önlisans Mezunu	-0,350	0,010*
Kitap	Lisans mezunu	Lisansüstü mezunu	-0,320	0,008*

Tablo 9’da, dergi ve kitaptan bilgi edinen lisans mezunu bireyler ile lisansüstü katılımcılar arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir. Ayrıca internetten sağlık bilgisi edinen lise mezunu bireyler ile lisans mezunu katılımcılar arasında da anlamlı bir farklılığın olduğu; sosyal medya kullanarak sağlık bilgisi edinen lisansüstü katılımcılar ile lise ve önlisans mezunları arasında anlamlı farklılıklar olduğu görülmektedir.

Tablo 10’da Covid-19’a yönelik sağlık bilgi kaynaklarından sağlık bilgisi edinme düzeylerinin kronik rahatsızlık durumuna göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

**Tablo 10. Covid-19 Pandemisi Döneminde Sağlık Bilgi Kaynaklarından Sağlık Bilgisi Edinme Düzeylerinin Kronik Rahatsızlık Durumuna Göre Karşılaştırılması**

Sağlık Bilgisi Edinilen Kaynaklar	Kronik Rahatsızlık Durumu	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Sağlık profesyoneli	Var	80	3,14	0,838	2,398	0,017*
	Yok	613	2,86	0,997		
Televizyon	Var	80	2,19	0,813	0,745	0,456
	Yok	613	2,12	0,788		
Radyo	Var	80	1,19	0,553	-1,173	0,241
	Yok	613	1,27	0,629		
Gazete	Var	80	1,28	0,595	-0,486	0,627
	Yok	613	1,31	0,638		
Dergi	Var	80	1,08	0,348	-1,786	0,075
	Yok	613	1,18	0,516		
İnternet	Var	80	2,23	0,779	-1,148	0,252
	Yok	613	2,33	0,737		
Sosyal medya	Var	80	2,10	0,821	-0,870	0,385
	Yok	613	2,19	0,833		
Hasta grupları	Var	80	1,74	0,823	1,132	0,258
	Yok	613	1,63	0,785		
Kitap	Var	80	1,94	0,801	1,987	0,047*
	Yok	613	1,74	0,830		
Aile veya arkadaş	Var	80	2,06	0,832	-0,176	0,861
	Yok	613	2,08	0,835		
Telefon Danışma Hattı	Var	80	1,26	0,611	-0,878	0,380
	Yok	613	1,33	0,664		
Mobil Sağlık Uygulamaları	Var	80	1,75	0,819	0,158	0,874
	Yok	613	1,73	0,850		

Tablo 10’a göre, bu farklılığın kronik rahatsızlığa sahip olan katılımcı ortalamalarının daha yüksek olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Kısaca, kronik rahatsızlığa sahip bireylerin sağlık profesyoneli ve kitaplardan daha fazla düzeyde sağlık bilgisi edindikleri görülmektedir.

Tablo 11’de Covid-19 pandemisi sürecinde katılımcıların sağlık bilgisi arama davranışına ilişkin ölçekte yer alan sorulara verilen yanıtların frekans analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

**Tablo 11. Covid-19 Pandemisi Sürecinde Sağlık Bilgisi Arama Davranışına İlişkin Sorulara Verdikleri Yanıtların Frekans Analiz Sonuçları**

İfadeler	Yanıt	N	%	SS
Covid-19 pandemi sürecinde sağlık personelinde bana ihtiyacım olan tüm bilgileri vermelerini beklerim.	Evet	395	57	0,495
	Hayır	298	43	
Genellikle Covid-19'a ilişkin daha fazla bilgi edinmek isterim.	Evet	524	75,6	0,430
	Hayır	169	24,4	
Covid-19'a yönelik bilgiler edinmede tıbbi terimler konuyu anlamamı zorlaştırır.	Evet	303	43,7	0,496
	Hayır	390	56,3	
Koronavirüsün belirtileri ile ilgili yeterince bilgi edindiğimi düşünüyorum.	Evet	640	92,4	0,266
	Hayır	53	7,6	
Koronavirüsten korunma tedbirleri ile ilgili yeterince bilgi edindiğimi düşünüyorum.	Evet	644	92,9	0,257
	Hayır	49	7,1	
Koronavirüsle ilgili bağışıklık güçlendirme takviyelerine ilişkin yeterince bilgi edindiğimi düşünüyorum.	Evet	491	70,9	0,455
	Hayır	202	29,1	
Koronavirüsün tedavi yöntemleri ile bilgileri araştırırım.	Evet	585	84,4	0,363
	Hayır	108	15,6	
Koronavirüsü tedavi eden ilaçlar ile ilgili bilgiler araştırırım.	Evet	463	66,8	0,471
	Hayır	230	33,2	
Koronavirüs sürecinde resmi otoriteler tarafından uygulanan uygulamalar (karantina, maske takma, sosyal izolasyon vb.) hakkında bilgiler araştırırım.	Evet	659	95,1	0,216
	Hayır	34	4,9	
Koronavirüs pandemisinde karantina sürecinde hareketsiz kalmama adına egzersiz faaliyetlerine ilişkin bilgiler araştırdım.	Evet	454	65,5	0,476
	Hayır	239	34,5	

Tablo 11’de katılımcıların “Covid-19 pandemi sürecinde sağlık personelinde bana ihtiyacım olan tüm bilgileri vermelerini beklerim” ifadesine %57’si evet yanıtı vermiş; “Genellikle Covid-19'a ilişkin daha fazla bilgi edinmek isterim” ifadesine de katılımcıların %75,6’sı evet yanıtını vermiştir. “Covid-19'a yönelik bilgiler edinmede tıbbi terimler konuyu anlamamı zorlaştırır” ifadesine ise katılımcıların %56,3’ü hayır cevabını vermişlerdir. “Koronavirüsün belirtileri ile ilgili yeterince bilgi edindiğimi düşünüyorum” ifadesine katılımcıların %92,4’ü evet, “Koronavirüsten korunma tedbirleri ile ilgili yeterince bilgi edindiğimi düşünüyorum” ifadesine ise %92,9’u evet yanıtını vermişlerdir. Katılımcıların “Koronavirüsle ilgili bağışıklık güçlendirme takviyelerine ilişkin yeterince bilgi edindiğimi düşünüyorum” ifadesine %70,9’unun evet yanıtını verdikleri, “Koronavirüsün tedavi yöntemleri ile bilgileri araştırırım.” ifadesine %84,4’ünün evet yanıtını verdikleri ve “Koronavirüsü tedavi eden ilaçlar ile ilgili bilgiler araştırırım” ifadesine %66,8’inin evet yanıtını verdikleri görülmektedir. “Koronavirüs sürecinde resmi otoriteler tarafından uygulanan uygulamalar (karantina, maske takma, sosyal izolasyon vb.) hakkında bilgiler araştırırım” ifadesine katılımcıların %95,1’i evet yanıtını verirken, “Koronavirüs pandemisinde karantina sürecinde hareketsiz kalmama adına egzersiz faaliyetlerine ilişkin bilgiler araştırdım” ifadesine de katılımcıların %65,5’i evet yanıtını vermiştir.

Tablo 12’de Covid-19 sürecinde katılımcıların sağlık bilgisi edinmeleri sonucunda sergiledikleri davranışlara yönelik verdikleri yanıtların frekans analizine yer verilmiştir.



**Tablo 12. Covid-19 Sürecinde Katılımcıların Sağlık Bilgisi Edinme Sonucunda Sergiledikleri Davranışların Frekans Analiz Sonuçları**

İfadeler	Yanıt	N	%	SS
Koronavirüsle ilgili edindiğim bilgiler sonucunda bir doktora görünmeye karar verdim.	Evet	659	95,1	0,216
	Hayır	34	4,9	
Koronavirüsle ilgili edindiğim bilgiler sonucunda kendimi endişelenmiş hissediyorum.	Evet	362	52,2	0,500
	Hayır	331	47,8	
Koronavirüsle ilgili edindiğim bilgiler sonucunda hastalık tanısını sorguladım.	Evet	360	51,9	0,500
	Hayır	333	48,1	
Koronavirüsle ilgili edindiğim bilgiler sonucunda tedavi yöntemlerini sorguladım.	Evet	315	45,5	0,498
	Hayır	378	54,5	
Koronavirüsle ilgili edindiğim bilgiler sonucunda bu sürecin önemini daha iyi anlayabiliyorum.	Evet	679	98	0,141
	Hayır	14	2	

Tablo 12'ye göre, katılımcıların %95,1'inin koronavirüs ile ilgili edindikleri bilgiler sonucunda bir doktora görünmeye karar verdiği, %52,2'sinin koronavirüs ile ilgili edindikleri bilgiler sonucunda kendisini endişelenmiş hissettiği, %51,9'u koronavirüs hastalık tanısını, %45,5'ininse tedavi yöntemlerini sorguladığı, %98'inin de koronavirüs sürecinin önemini daha iyi kavradıkları belirlenmiştir.

## V. TARTIŞMA

Kilit'in (2018) Isparta'da yaşayan bireylere yaptığı araştırmada, sağlık bilgisi edinilen kaynaklar ile katılımcıların cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmada kadın katılımcıların sağlık bilgisi edinilen kaynaklar ortalamasının erkeklere ait ortalamalardan daha yüksek olduğu, kadınların sağlık bilgisini edinebilmek için televizyon, internet, sosyal medya vb. uygulamalarını erkeklere göre daha fazla kullandıkları sonucuna varılmıştır. Covid-19 pandemisi döneminde yapılan bu araştırmada ise, Kilit'in (2018) araştırmasına benzer sonuç elde edilmiş, sağlık bilgisi edinilen kaynaklar ile katılımcıların cinsiyetleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bu farklılıkta ise araştırmaya katılan kadınların erkeklere oranla Covid-19 pandemisi döneminde sağlık bilgisi edinirken televizyonu daha fazla kullandıkları belirlenmiştir.

Kilit (2018) yaptığı araştırmada, araştırmaya katılan katılımcıların meslekleri ile sağlık bilgi ediniminde kullanılan kaynaklar arasında anlamlı bir fark yoktur. Bu çalışmada ise, Covid-19'a pandemisine ilişkin sağlık bilgisi edinilen kaynaklar ile meslekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiş; sağlık bilgisi edinilen kaynaklardan radyo ve sosyal medyanın katılımcıların mesleklerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yarattığı belirlenmiştir.

Özyurt ve diğerlerinin (2020) Sakarya'da iki aile sağlığı merkezine başvuran bireyler üzerinde yaptığı araştırmada, bireylerin yaşlarıyla televizyon ve internette sağlık bilgisi arama davranışları arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kilit (2018) yaptığı araştırmada, sağlık bilgisi edinilen kaynaklar ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, Covid-19'a pandemisine ilişkin sağlık bilgisi edinilen kaynaklar ile katılımcıların yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. 20 yaş ve altında olan katılımcıların radyo, dergi ve sosyal medyayı diğer yaş grubu katılımcılara oranla daha fazla kullandıkları sonucuna ulaşılmıştır. Özyurt ve diğerlerinin (2020) Sakarya'da iki aile sağlığı merkezine başvuran bireyler üzerinde yaptığı araştırmada, bireylerin eğitim durumlarıyla televizyon ve internette sağlık bilgisi arama davranışları arasında anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kilit (2018) yaptığı araştırmada, sağlık bilgi kaynaklarından sağlık bilgisi edinme düzeyleri ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Eğitim durumu ile televizyon, dergi, internet, sosyal medya, kitap, dini kaynaklar ve mobil sağlık uygulamaları ile anlamlı farklılık ortaya çıkmıştır. Sağlık bilgisi edinmek için ilköğretim mezunlarının mobil sağlık uygulamalarını ve dini uygulamaları; lise mezunlarının

televizyon ve sosyal medyayı; üniversite mezunlarının ise sağlık bilgisi edinmek için kitap ve dergileri kullandıkları tespit edilmiştir. Covid-19 pandemisi döneminde yapılan bu çalışmada da benzer sonuçlar elde edilmiş, Covid-19'a yönelik sağlık bilgi kaynaklarından sağlık bilgisi edinme düzeyleri ile katılımcıların eğitim durumları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir.

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma, Covid-19 pandemisi döneminde Ankara ilinde yaşayan bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarını incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu doğrultuda, Ankara'da yaşayan 693 kişiye çevrimiçi anket uygulanmıştır. Araştırma sonucunda yapılan testler ve testlerin analizi sonrası aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır:

- Katılımcıların büyük çoğunluğunu 21-29 yaş arasında, kronik hastalığı bulunmayan, lisans mezunu ev hanımı kadınların oluşturduğu belirlenmiştir.
- Katılımcıların Covid-19 pandemisi sürecinde sağlık bilgisi arama davranışına ilişkin sorulara büyük oranda katıldıkları (örneğin, koronavirüsle ilgili bağışıklık güçlendirme takviyelerine, tedavi yöntemleri ve tedavi eden ilaçlar ile ilgili ifadelerine verdikleri yanıtlar) belirlenmiştir. Covid-19'a ilişkin daha fazla bilgi edinmek istedikleri, Covid-19'un belirtilerine, Covid-19'dan korunma tedbirlerine ilişkin yeterince bilgili olduklarını düşündükleri ve pandemi süreci ile ilgili araştırma yaptıkları (tedavi yöntemleri ile ilgili; bu dönemde hareketsiz kalmama adına egzersiz faaliyetlerine ilişkin; karantina, maske takma, sosyal izolasyon vb. resmi otoriteler tarafından uygulanan uygulamalar ile ilgili) belirlenmiştir. Ayrıca, Covid-19 pandemisine ilişkin sağlık bilgileri edinirken kullanılan tıbbi terimlerin ise konuyu anlamalarını zorlaştırmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların tamamına yakın bir kısmının pandemi döneminde Covid-19 ilgili edindikleri bilgiler sonucunda, koronavirüs sürecinin önemini daha iyi kavradıkları ve bir doktora görünmeye karar verdikleri belirlenmiştir. Buna ek olarak, katılımcıların yaklaşık yarısının Covid-19 ile ilgili edindikleri bilgiler sonucunda kendisini endişelenmiş hissedip Covid-19 hastalığının tanısını, tedavi yöntemlerini sorguladıkları sonucuna ulaşılmıştır.
- Ek olarak bu çalışmanın sonucunda, Covid-19 pandemisi döneminde bireylerin sağlık bilgisi arama davranışları ile katılımcıların cinsiyetleri, meslekleri, yaşları ve eğitim düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, kronik bir hastalığa sahip olan katılımcıların sağlık profesyonellerinden ve kitaplardan daha fazla düzeyde sağlık bilgisi arama davranışında buldukları ve onlardan sağlık bilgisi edindikleri belirlenmiştir. Kadın katılımcıların erkeklere oranla Covid-19 pandemisi döneminde sağlık bilgisi edinirken televizyonu daha fazla tercih ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.
- Radyodan bilgi edinen kamu çalışanları ile öğrenci ve özel sektör çalışanları arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir. Sosyal medya kullanan kamu çalışanları ile ev hanımları ve öğrenciler arasında da istatistiksel olarak anlamlı farklılıkların olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, radyo ve sosyal medya kaynaklarını kullanan öğrencilerin ortalama puanlarının diğer gruplara oranla daha yüksektir. Bu durum, Covid-19 pandemisi döneminde sağlık bilgi kaynaklarından bilgi edinirken daha çok sosyal medyayı sonra ise radyoyu kullandıklarını göstermektedir. Sağlık bilgi kaynağı olarak radyoyu, dergiyi ve sosyal medyayı kullanan katılımcılar arasında 20 yaş ve altında olanların diğer üç gruba (21-29, 30-39, 40-49 yaş) göre daha yüksek puan almaları ise, 20 yaş ve altında olan katılımcıların radyo, dergi ve sosyal medyayı diğer yaş grubu katılımcılara oranla daha fazla kullandıklarını göstermektedir.
- Covid-19 pandemisi döneminde sağlık bilgisi edinilen kaynaklar ile eğitim düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılığın, bilgi kaynakları arasında yer alan dergi, internet, sosyal medya ve kitap kullanan farklı eğitim düzeylerine sahip katılımcılar arasında olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, dergi ve kitaptan bilgi edinen lisans mezunları ile lisansüstü katılımcılar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu belirlenmiştir. Bunlara ek olarak,

internetten sağlık bilgisi edinen lise mezunu katılımcılarla lisans mezunu katılımcılar arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın olduğu; sosyal medya kullanarak sağlık bilgisi edinen lisansüstü katılımcılar ile lise ve önlisans mezunları arasında anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir. Covid-19 pandemisi döneminde sağlık bilgisi edinmek için lise mezunu katılımcılar sosyal medyayı daha fazla kullanırken, lisans mezunları interneti daha fazla kullanmakta, lisansüstü mezunları ise dergi ve kitapları daha fazla kullanmaktadır.

Yukarıdaki sonuçlardan hareketle, Covid-19 pandemisi döneminde bireylerin sağlık bilgi arama davranışında bulunurken infodemiklere olabildiğince az maruz kalarak en kısa sürede doğru bilgiyi zamanında edinmeleri önem taşımaktadır. Pandemi esnasında sağlık bilgilerine zamanında erişmek, salgının yayılmasını sınırlamada önemli bir faktördür. Bunun için onları güvenilir sağlık bilgilerine yönlendiren destekleyici bir sistemin geliştirilmesi gerekmektedir. Bu konuda halk sağlığı eğitimcilerine (sağlık bilgisinin nasıl elde edileceğine ilişkin bilgilendirmeler yapmaları bakımından) ve Sağlık Bakanlığı'na (konuya ilişkin farkındalık yaratılması için broşür dağıtımı, kamu spotları hazırlanması, internette ve sosyal medyada yer alan sağlık bilgilerinin doğruluğunun denetiminin sağlanması vb. bakımından) önemli görevler düşmektedir.

**Etik Kurul İzni:** Araştırmanın yürütülmesi için Çankırı Karatekin Üniversitesi Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (Tarih: 26.12.2022, Toplantı No: 29, Başvuru Kodu: 77e5d4330bc64bd5).

## KAYNAKLAR

- Alpar, R. (2014). *Uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenirlilik: Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle*. Detay Yayıncılık.
- Ankamah, S., Amegashie, P., Yeboah, F. & Amofah-Serwaa, N. (2021). Health information seeking behaviour among users in the College of Health Sciences Library, the University of Ghana amid the COVID-19 pandemic. *Library Philosophy and Practice (e-journal)*, 5278, 1-20.
- Baumann, I., Jaks, R., Robin, D., Juvalta, S. & Dratva, J. (2020). Parents' health information seeking behaviour – does the child's health status play a role?. *BMC Family Practice*, 21(1), 1-9.
- Behera, R.K., Bala, P. K., Rana, N. P. & Dwivedi, Y. K. (2022). COVID-19 protocol on online health information seeking intention of athletes in India. *Benchmarking: An International Journal*, 1463, 1-35.
- Berdida, D. J. E., Grande, R. A. N., & Lopez, V. (2022). Filipinos' health information-seeking behaviors and their implications for Covid-19 vaccination. *Public Health Nursing*, 39, 553-561.
- Bozkanat, E. (2018). Kitle-Kişisel iletişim ile sağlık bilgisi arama: Bir Facebook grubu örneği. *İletişim Kuram ve Araştırma Dergisi, Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi İletişim Fakültesi Süreli Elektronik Dergi*, 46, 291-305.
- Cheong-lao Pang, P., Chang, S., Pearce, J. & Verspoor, K. (2014). online health information seeking behaviour: Understanding different search approaches. *Pacific Asia Conference On Information Systems (PACIS) Proceedings*. 229.
- Choi, H. & Ahn, S. (2021). Classifications, changes, and challenges of online health information seekers during COVID-19. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-11.
- Choi, H. & Jeong, G. (2021). Characteristics of the measurement tools for assessing health information-seeking behaviors in nationally representative surveys: Systematic review. *Journal Of Medical Internet Research*, 23(7), 1-21.
- Erdoğan Özyurt, T. (2019). *İnternet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörler* [Uzmanlık Tezi]. Sakarya Üniversitesi.
- Graffigna, G., Barelllo, S., Bonanomi, A., & Riva, G. (2017). Factors affecting patients' online health information-seeking behaviours: The role of the Patient Health Engagement (PHE) Model. *Patient education and counseling*, 100(10), 1918-1927.
- Jalilian, M., Kakaie, H., Nourmoradi, H., Bakhtiyari, S., Mazloomi, S. & Mirzaei, A. (2021). Health information seeking behaviors related to COVID-19 among young people: An online survey. *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*, 10(1), 1-6.
- Lenz, E. (1984). Information seeking: A component of client decisions and health behaviour, *Advances in Nursing Science*, 6(3), 59-71.
- Kilit, D. Ö. (2018). *Bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarının değerlendirilmesi* [Yüksek Lisans Tezi]. Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Kilit, D. Ö. & Eke, E. (2019). Bireylerin sağlık bilgisi arama davranışlarının değerlendirilmesi: Isparta ili örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(2), 401-436.

- Medlock, S., Eslami, S., Askari, M., Arts, D. L., Sent, D., Rooiji S. İ. & Abu-Hanna, A., (2015). Health information seeking behaviour of seniors who use the Internet: A survey. *Journal of Medical Internet Research*, 17(1), 1-11.
- Moreno, Á., Fuentes-Lara, C., & Navarro, C. (2020). Covid-19 communication management in Spain: Exploring the effect of information-seeking behavior and message reception in public's evaluation. *El profesional de la información (EPI)*, 29(4), 1-16.
- Nafees, N. & Khan, D. (2020). Health information seeking among general public in India during COVID 19 outbreak: Exploring healthcare practices, information needs, preferred information sources and problems. *Library Philosophy and Practice (e-journal)*, 4307, 1-15.
- Neely, S., Eldredge, C. & Sanders, R. (2021). Health information seeking behaviors on social media during the COVID-19 pandemic among American social networking site users: Survey study. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6), 1-10.
- Nufusukac.com (2023). *2021 Ankara Nüfusu*. <https://nufusukac.com/ankara-nufusu/>.
- Özyurt, T.E., Aydemir, Y., Aydın, A., İnci, M. B., Ekerbiçer, H. Ç., Muratdağı, G. & Kurban, A. (2020). İnternet ve televizyonda sağlık bilgisi arama davranışı ve ilişkili faktörler. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10, 1-10.
- Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2020). *Covid 19 (SARS-CoV-2 Enfeksiyonu) rehberi bilim kurulu çalışması*, [https://hastane.deu.edu.tr/images/hastanemizden-haberler/corona/COVID-19\\_Rehberi\\_25.03.2020.pdf](https://hastane.deu.edu.tr/images/hastanemizden-haberler/corona/COVID-19_Rehberi_25.03.2020.pdf).
- Schäfer, M., Stark, B., Werner, A.M., Tibubos, A.N., Reichel, J.L., Pfirrmann, D., Edelmann, D., Heller, S., Mülder, L.M., Rigotti, T., Letzel, S. & Dietz, P. (2021). Health information seeking among university students before and during the Corona crisis—findings from Germany. *Frontiers in Public Health*, 8, 1-11.
- Schmidt, H., Wild, E.M. & Schreyögg, J. (2021). Explaining variation in health information seeking behaviour – Insights from a multilingual survey. *Health Policy*, 125, 618-626.
- Statista.com. (2020). *Leading reasons adults in the United States stated they would definitely not or probably not get a COVID-19 vaccination as of December 2020*. <https://www.statista.com/statistics/1196478/covid-vaccine-hesitancy-reasons-among-adults-in-us/>.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2021). *Adrese dayalı nüfus kayıt sistemi sonuçları, 2021*. <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayali-Nufus-Kayit-Sistemi-Sonuclari-2021-45500>.
- Uzgören, N. (2012). *Bilimsel araştırmalarda kullanılan temel istatistiksel yöntemler ve SPSS uygulamaları*. Ekin Yayın Dağıtım
- Veloutsou, C., Paton, R. A., & Lewis, J. (2005). Consultation and reliability of information sources pertaining to university selection: Some questions answered? *International Journal of Educational Management*, 19(4), 279-291.
- Zakar, R., Iqbal, S., Zakar, M.Z. & Fischer, F. (2021). COVID-19 and health information seeking behavior: Digital health literacy survey amongst university students in Pakistan. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 1-20.

- Zhao, X., Fan, J., Basnyat, I. & Hu, B. (2020). Online health information seeking using “#COVID-19 patient seeking help” on Weibo in Wuhan, China: Descriptive study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(10), 1-13.
- Zimmerman, M. S. (2019). Health information-seeking behavior in the time of COVID-19: Information horizons methodology to decipher source path during a global pandemic. *Journal of Documentation*, 77(6), 1248-1264.

RESEARCH ARTICLE

## SPREAD OF COVID-19 IN EUROPEAN COUNTRIES: ARE STRINGENCIES EFFECTIVE?

Gizem KAYA \*  
Umut AYDIN \*\*  
Burç ÜLENGİN \*\*\*  
Melis ALMULA KARADAYI \*\*\*\*  
Fusun ÜLENGİN \*\*\*\*\*

### ABSTRACT

Although European countries occasionally impose national border restrictions, Europe was one of the regions that is most affected by the pandemic, owing to the free movement of citizens across national borders since the beginning of the COVID-19 pandemic. In this study, the spread of COVID-19 cases among countries and the effects of the stringencies imposed against COVID-19 within and between countries were investigated with consideration to five European countries with a large amount of COVID-19 cases, namely, France, Germany, Italy, Spain, and the United Kingdom (UK) by using Vector Error Correction Model. The data period covers the weekly data from March 27, 2020, to June 4, 2021. According to the results, the increase in the stringency index significantly reduced the number of COVID-19 cases per week after two weeks for France and Italy, and after three weeks for Spain. In other words, it takes about 2–3 weeks to observe the impact of a certain policy against COVID-19 on the number of recorded cases. In terms of the spread of COVID-19, cases in Germany and Italy were the most affected when there was a shock to cases in France. When there was a shock in cases in Germany, cases in Italy were the most affected. When there was a shock in cases in Italy, cases in Germany were the most affected. When there was a shock in cases in Spain, cases in Germany were the most affected. Finally, when there was a shock in cases in the United Kingdom, cases in Germany were the most affected. In summary, Germany and Italy appear to be the most negatively affected countries in Europe when COVID-19 cases increase. International travel, the health infrastructures of the country, and people's habit of using masks may cause this difference in countries.

**Keywords:** COVID-19, vector error correction, impulse response analysis.

### ARTICLE INFO

\*Dr., Istanbul Technical University, Faculty of Management, Management Engineering Department, Istanbul, 34367, Turkey, kayagizem@itu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6870-7219>

\*\*Dr., Bandırma Onyedi Eylül University, Ömer Seyfettin Faculty of Applied Sciences, Department of International Trade and Logistics, Bandırma, Balıkesir, 10200, Turkey, uaydin@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-4802-8793>

\*\*\*Prof. Dr., Istanbul Technical University, Faculty of Management, Management Engineering Department, Istanbul, 34367, Turkey, ulenginbur@itu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5276-8861>

\*\*\*\*Dr., Istanbul Medipol University, Faculty of Engineering and Natural Sciences, Department of Industrial Engineering, Beykoz, Istanbul, 34810, Turkey, makaradayi@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6959-9168>

\*\*\*\*\*Prof. Dr., Sabanci University, School of Management, Tuzla, Istanbul, 34945, Turkey, fulengin@sabanciuniv.edu

 <https://orcid.org/0000-0003-1738-9756>

Received: 09.02.2023

Accepted: 03.07.2023

### Cite This Paper:

Kaya, G., Aydın, U., Üleğin, B., Karadayı, M. A., & Üleğin, F. (2023). Spread of COVID-19 in European Countries: Are Stringencies Effective. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 707-722

## AVRUPA ÜLKELERİNDE COVID-19'UN YAYILMASI: DEVLET POLİTİKALARI ETKİLİ Mİ?

Gizem KAYA \*  
Umut AYDIN \*\*  
Burç ÜLENGİN \*\*\*  
Melis ALMULA KARADAYI \*\*\*\*  
Fusun ÜLENGİN \*\*\*\*\*


### ÖZ

Avrupa ülkeleri zaman zaman ulusal sınır kısıtlamaları uygulasa da COVID-19 pandemisinin başlangıcından bu yana vatandaşların ulusal sınırlar arasında serbest dolaşımı nedeniyle Avrupa pandemiden en çok etkilenen bölgelerden biri olmuştur. Bu çalışmada, COVID-19 vakalarının ülkeler arasındaki yayılımı ve COVID-19'a karşı ülke içinde ve ülkeler arasında uygulanan kısıtlamaların etkileri, vektör hata düzeltme modeli kullanılarak, COVID-19 vakalarının yoğun olarak görüldüğü beş Avrupa ülkesi olan Fransa, Almanya, İtalya, İspanya ve Birleşik Krallık (İngiltere) göz önünde bulundurularak incelenmiştir. Veri dönemi 27 Mart 2020 ile 4 Haziran 2021 tarihleri arasındaki haftalık verileri kapsamaktadır. Sonuçlara göre, sıklık endeksindeki artış, Fransa ve İtalya için iki hafta sonra, İspanya için ise üç hafta sonra haftalık COVID-19 vaka sayısını önemli ölçüde azaltmıştır. Başka bir deyişle, COVID-19'a karşı belirli bir politikanın kaydedilen vaka sayısı üzerindeki etkisini gözlemlemek yaklaşık 2-3 hafta sürmektedir. COVID-19'un yayılması açısından, Fransa'daki vakalarda bir şok olduğunda Almanya ve İtalya'daki vakaların en çok etkilendiği tespit edilmiştir. Almanya'daki vakalarda bir şok olduğunda en çok İtalya'daki vakalar etkilenmiştir. İtalya'daki vakalarda bir şok olduğunda en çok Almanya'daki vakalar etkilenmiştir. İspanya'daki vakalarda bir şok olduğunda en çok Almanya'daki vakalar etkilenmiştir. Son olarak, Birleşik Krallık'taki vakalarda bir şok olduğunda en çok Almanya'daki vakalar etkilenmiştir. Özetle, COVID-19 vakaları arttığında Avrupa ülkelerinde en olumsuz etkilenen ülkeler Almanya ve İtalya olarak görünmektedir. Uluslararası seyahat, ülkenin sağlık altyapısı ve insanların maske kullanma alışkanlığı ülkeler arasındaki bu farklılığa neden olabilmektedir.


**Anahtar Kelimeler:** COVID-19, vektör hata düzeltme, etki tepki analizi.

### MAKALE HAKKINDA

\*Dr., İstanbul Teknik Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme Mühendisliği Bölümü, İstanbul, 34367, Türkiye, kayagizem@itu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6870-7219>

\*\*Dr., Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Ömer Seyfettin Uygulamalı Bilimler Fakültesi, Uluslararası Ticaret ve Lojistik Bölümü, Bandırma, Balıkesir, 10200, Turkey, uaydin@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-4802-8793>

\*\*\*Prof. Dr İstanbul Teknik Üniversitesi, İşletme Fakültesi, İşletme Mühendisliği Bölümü, İstanbul, 34367, Türkiye, ulenginbur@itu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5276-8861>

\*\*\*\*Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, Mühendislik ve Doğa Bilimleri Fakültesi, Endüstri Mühendisliği Bölümü, Beykoz, İstanbul, 34810, Türkiye, makaradayi@medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6959-9168>

\*\*\*\*\*Prof. Dr., Sabancı University, Yönetim Bilimleri Fakültesi, Tuzla, İstanbul, 34945, Türkiye, fulengin@sabanciuniv.edu

 <https://orcid.org/0000-0003-1738-9756>

Gönderim Tarihi: 09.02.2023

Kabul Tarihi: 03.07.2023

### Atıfta Bulunmak İçin:

Kaya, G., Aydın, U., Üleğin, B., Karadayı, M.A., & Üleğin, F. (2023). Spread of COVID-19 in European Countries: Are Stringencies Effective. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 707-722



## I. INTRODUCTION

Various pandemics have occurred around the world and have severely affected national economies and human lives. The current COVID-19 pandemic resulted from the spread of a viral infectious disease that was first reported in Wuhan, China, in December 2020 (World Health Organization [WHO], 2021). By March of 2020, COVID-19 had spread to almost every country in the world, and a pandemic was declared (WHO, 2021). Owing to lockdowns, which lasted 2–3 months, this pandemic has had a great impact on human lives and the economy. France, Germany, Russia, Spain, Italy, and the United Kingdom (UK) reported the largest number of cases in Europe, according to Worldometer's COVID-19 statistics (Worldometer, 2021). As of June 2021, France was first, Russia was second, the UK was third, Italy was fourth, Spain was fifth, and Italy was sixth in the number of reported COVID-19 cases. In May 2023, WHO declared that COVID-19 no longer constitutes a "global emergency" in terms of health. Despite this statement, lessons need to be learned from this pandemic in order to prevent a similar situation in the world once again.

The spread of COVID-19 is dangerous because the virus is contagious, poses a risk of serious illness and death, and overloads health systems, making it potentially dangerous to spread for many reasons. COVID-19 can be a mild illness with mild symptoms for most people. However, for some people, it can cause complications such as severe breathing problems, acute respiratory distress syndrome (ARDS), organ failure and death. Older adults and people with underlying health conditions are particularly vulnerable to COVID-19. Therefore, the spread of the virus endangers the most vulnerable segments of society. The large number of people falling ill and being admitted to hospitals during the COVID-19 pandemic can overload health systems. Resources such as bed capacity, respiratory equipment and medical staff may be limited. Overloaded health systems can lead to reduced resources for treating other diseases and make access to health services more difficult. This can negatively affect overall health and prevent patients from accessing better healthcare.

Time series models (TSMs) are typically used to assess the impact of pandemics and forecast future disease patterns. The TSMs require less information and account for seasonal trends and fast disease-related fluctuations. In the current COVID-19 pandemic, studies have employed multiple time series models to identify the data-generating process and represent anticipated circumstances regarding COVID-19, as found through a literature review. In addition, spatial panel data models also investigated COVID-19 case spillovers in the literature. However, in these studies, the coefficient indicating spatiality shows an average spatial effect considering all countries in panel data. This study, from a different perspective, investigates how cases in countries specifically affect each other (*e.g. country A* => *country B*, *country B* => *country C*). Therefore, the VECM method is preferred. Methodologically, it differs from other studies due to its approach.

International travel, policies against the spread of COVID-19 between countries, and people's habit of wearing masks can affect the spread of COVID-19 cases. With this motivation, this study mainly aims to investigate the spread of COVID-19 cases among countries with the highest cases using vector error correction models (VECM) and described the impulse responses among them. Estimating the spread of COVID-19 cases using the proposed approach can be useful for developing appropriate strategies related to trade and transportation to address the consequences of the pandemic. This is particularly important for European countries; whose borders are generally open except for temporary restrictions imposed by governments. This study also investigated the amount of time required for the effect of imposed restrictions or stringencies on COVID-19 cases to become noticeable in each country. This may help to make decisions for policymakers to prevent the spread of COVID-19. With the help of this modeling approach, a country can take precautions by testing case spillovers using a dataset of neighboring countries thereby reducing its spread. Section 2 presents a literature review of the impact of COVID-19 in different areas. Section 3 underlines the data and methodology used in this study. Section 4 presents the empirical findings and provides policy suggestions for the considered countries. The conclusions drawn from this study and suggestions for future work are provided in the last section.

## II. LITERATURE REVIEW

Since the first quarter of 2020, studies investigating the impact of COVID-19 in many different areas have been published. For example, some studies have investigated the impact of COVID-19 on the stock market (Mazur et al. 2021), and the socio-economic and environmental impact of COVID-19 (Bashir et al., 2020; Martin, 2020; Jain et al., 2021, DuPre et al., 2021). Mazur et al. (2021) reported the positive and negative effects of COVID-19 on various stock markets sectors, such as the natural gas, food, healthcare, petroleum, entertainment, and hospitality sectors. Bashir et al. (2020) reported that COVID-19 has caused the generation of a large amount of medical waste, severe demographic changes, unemployment, and adversely affected the transport and travel industries. Martin et al. (2020) investigated the impact of COVID-19 on household consumption and poverty. They reported that the severity of the economic impact is spatially heterogeneous, and certain communities are affected more than the average and may take more than a year to recover. Additionally, Jain et al. (2021) found that air pressure, temperature, and humidity have a significant effect on the number of confirmed COVID-19 cases and air pollution has had a significant effect on COVID-19-related deaths in six South Asian countries. Moreover, Mogi and Spijker (2021) have reported that social and economic factors are strongly and positively associated with COVID-19 in 23 European countries. Lastly, DuPre et al. (2021) found that younger counties, counties with a higher proportion of females, Hispanic and Black populations, and counties with more private sector employment have a higher likelihood of having worse cases and death.

In addition to studies on the effects of COVID-19, many studies have also investigated the spread of COVID-19 based on spatial analysis. For instance, Amdoud et al. (2021) focused on the spatial heterogeneity of the spread of COVID-19 in 125 regions of 12 European countries and conducted investigations using spatial regression models. They found that the proportion of elderly individuals in the population, GDP per capita, distance from achieving European Union objectives, and unemployment rate are associated with high COVID-19 death rates. Similarly, Sannigrahi et al. (2020) investigated the global and local spatial relationships between the socio-demographic composition and COVID-19 deaths in 31 European countries using spatial regression models. They reported that the considered demographic and socio-economic components, including the total population, poverty, and income, are key factors in regulating the overall casualties resulting from COVID-19 in Europe. Based on data from the United States of America (USA), Devarakonda et al. (2021) proposed a spatial diffusion model by adapting the Newtonian gravity model and predicted the highest risk patterns for COVID-19 in New York City neighborhoods characterized by clustered socioeconomic inequalities and racial and ethnic heterogeneity. For China, Huang et al. (2020) used Moran's index to the spatial panel data models and found that COVID-19 has spread mainly from Hubei Province in central China to neighboring regions. Additionally, Xie et al. (2020) investigated the spatial and temporal patterns of COVID-19 and its effect on human development. Their results revealed that COVID-19 exhibits a dispersed spatial pattern, which increases the difficulty of controlling the spread of the disease. They also mentioned the negative impact of COVID-19 on human development and reported that approximately 80% of students' online learning is ineffective because access to reliable and uninterrupted Internet services is lacking in the rural areas of China. Krisztin et al. (2020) used Bayesian spatial econometric models to analyze the daily infection rates of COVID-19 in different countries by specifically focusing on the temporal importance of alternative spatial links structures, such as the number of flight links, international trade relationships, and common borders. Their results revealed that, in the early stages of the virus, significant spatial spread occurred through international flight links. In the later stages, a sharp decrease in the spatial spread of density was observed owing to national travel restrictions. This indicates that travel restrictions lead to a reduction in cross-country spillovers. Although these studies considered the spatial interaction of COVID-19 with the help of socio-economic variables, they did not clarify the extent to which an increase in the number of cases in a certain country leads to an increase in the number of cases in neighboring countries.

Various studies have attempted to predict the effects of COVID-19 on the financial markets of different countries, and some studies have attempted to forecast cases or deaths using time series models (such as ARIMA, VAR, VECM, and so on). Singh et al. (2020) used the autoregressive integrated

moving average (ARIMA) model to predict confirmed cases, deaths, and recoveries for the top 15 countries from April 24 to July 7, 2020. Using the ARIMA and vector autoregression models, Monllor et al. (2020) predicted that the transmission rate for Spain would decline earlier compared with Italy in the month of April. This forecast also indicated a significant increase in the intensive care unit (ICU) needs of Spain. For Italy, however, the ICU needs were forecasted to decrease in the same period. Similarly, Alzahrani (2022) predicts the new confirmed cases of COVID-19 by using the log-linear Poisson Autoregressive model for Saudi Arabia. Khan et al. (2020) used vector autoregressive time series models to forecast new daily confirmed cases, deaths, and recoveries over ten days in Pakistan. Roy et al. (2021) also forecasted the epidemiologic pattern in the prevalence and incidence of COVID-19 with the Autoregressive Integrated Moving Average (ARIMA) for India. Finally, Wang et al. (2021) proposed a vector autoregression (VAR) time series model to predict positive COVID-19 cases in the USA. Some studies have used other methods to make predictions. For example, Chan et al. (2021) predicted the short-term number of new COVID-19 cases per day in 18 countries based on count regression models. Hafner (2020) investigated the spread of COVID-19 using VAR, spatial models, and connectedness measures. However, in contrast to our study, Hafner did not consider the long-term and short-term effects. Similarly, our study, Britt et al. (2023), analyzed weekly COVID cases, hospitalizations, and deaths in 2020 and 2021 by using data of Minnesota, Wisconsin, Colorado, and Georgia. They used vector autoregression (VAR) and found that the efficiency of short-term forecasts is illustrated by observing the effect of vaccination on COVID development in the state of Minnesota in 2021. This study did not use the stringency index used in our study and again does not show long-term effects. Our study differs from these studies in general as it considers both long-run and short-run effects of COVID-19 cases, examines countries specifically, and observes the effect of the stringency index on COVID-19 cases.

This study investigated the spread of COVID-19 among countries in the short- and long-term using a vector error correction model (VECM) that can obtain results for each considered country and represent the impulse responses among them. Estimating the spread of COVID-19 using this approach can be helpful as a guideline for implementing policies in different sectors, such as trade and transportation, particularly in European countries where national borders are generally open unless restrictions are imposed by governments. Additionally, this study also investigated the amount of time required to observe the effect of restrictions or stringencies on the number of COVID-19 cases in each country.

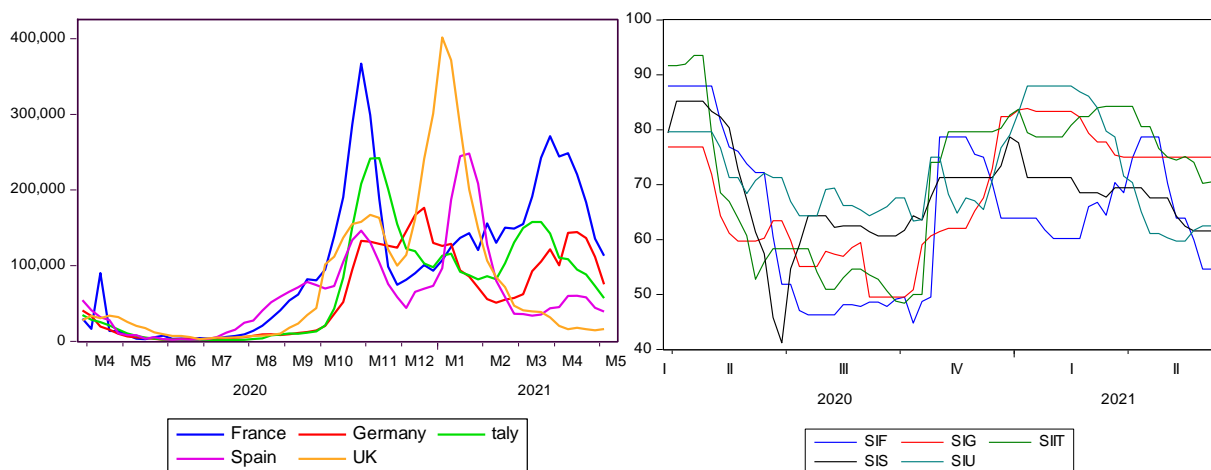
### **III. DATA AND METHODOLOGY**

This study considered five countries: France, Germany, Spain, Italy, and the UK, which reported the highest COVID-19 case numbers in Europe. These countries have also been investigated by other COVID-19-related studies (Sannigrahi et al., 2020; Hafner, 2020; Bontempi, 2021). The dataset was obtained from the “Our World in Data” database (<https://ourworldindata.org/coronavirus-source-data>). Our World in Data (Ourworldindata.org) is a world data site. Data is used extensively to describe social changes in the world in health, economy, media, and technology. The site offers worldwide trends that individuals can compare and provides digital service of the comprehensive and appropriate amount of data published cheerfully. This database uses the Johns Hopkins University dashboard and provides information such as the daily total COVID-19 cases, number of deaths, and number of tests in all countries. Additionally, the database presents the stringency index proposed by Hale et al. (2021), which is an indicator of the measures taken by governments against COVID-19. This is a composite metric based on nine reaction indicators, such as school closures, workplace closures, and travel restrictions, rescaled to a number between 0 and 100 (100 being the most stringent). If policies differ at the subnational level, the index can be calculated using the level of the tightest sub-response region. Hence, it is necessary to investigate the temporal effects of the Stringency Index on the number of COVID-19 cases. For instance, according to Bontempi (2021), the imposed restrictions and the willingness to accept them are important factors to consider when assessing the spread of the virus. Therefore, the stringency index has been used by several studies to investigate COVID-19 cases (Oliveira et al., 2021; Zhu et al., 2021).

Owing to the high volatility and noise in the number of daily cases, the daily dataset was converted to a weekly dataset, and the natural logarithmic weekly total number of new cases was considered as an endogenous variable. Owing to the differences among the dates of the first recorded cases of different countries (for example, in Germany, the first case was recorded on January 27, 2020), the dataset period was considered from March 27, 2020, to June 4, 2021. Although there are lots of COVID-19 cases in 2022, due to the vaccine and being confused with the flu epidemic, the number of cases in 2022 was not included in the study because it was not as reliable as the data in the early days of COVID-19. Moreover, when the “Our World in Data” database is examined, it can be seen that there are deficiencies in the disclosure of data from many countries after May 2022. Therefore, the data set of this study covers the period when the data is relatively more reliable.

The weekly average values of the stringency index, which was considered an exogenous variable, were also included in the analysis. The weekly number of new COVID-19 cases and the weekly stringency index values for each country are shown in Figure 1. Here, “Sif” is the stringency index of France, while “Sig” refers to Germany, “Siit” refers to Italy, “Sis” refers to Spain, and “Siu” refers to the UK. There are two peaks in the cases, albeit at different times for each country. The magnitude of the stringency indices varies from country to country, but the temporal distributions are similar among the considered countries.

**Figure 1. Graphs of Weekly New COVID-19 Cases and Stringency Indices for Each Country**



The Vector Error Correction Model (VECM) is a model used in econometrics, time series analysis, and causality analysis. Models the relationship between long-run equilibrium relations and short-run dynamics. VECM is based on a vector autoregressive (VAR) model. The VAR model is used to model the relationship between multiple variables. However, the VAR model captures the short-run dynamics between time series variables, not the long-run equilibrium relationships. Therefore, VECM is used to correct errors that occur as a result of the VAR model. VECM is based on the concept of cointegration. Cointegration means that there is a long-run equilibrium relationship between time series variables. That is, it means that these variables act together and are influenced by each other in the long run. VECM includes cointegration relationships and error correction mechanism. Cointegration relationships represent long-run equilibrium relationships between variables. Error correction mechanism, on the other hand, states that the short-term divergence between the variables returns to equilibrium in the long term. VECM is often used to model the relationship between two or more cointegrated variables. The model starts with cointegration analysis such as unit root tests. When cointegration is detected, the VAR model is converted to VECM. While VECM relies on the existence of unit roots and cointegration relationships, it corrects error terms and is used to predict long-run relationships between variables. It can also be used for causality analysis and predictions. For these reasons, VECM is a widely used econometric model in economic and financial time series analysis (Levendis, 2018).

Vector error correction models (VECM) are used to assess the possible long- and short-term dynamic relationships within and across countries. The vector autoregressive (VAR) models, proposed by Sims (1980), are multivariate time-series models and indicate the dynamic behavior of economic time series by identifying the dependence among the variables. Additionally, these models can predict the potential paths that a selected variable will follow in the future (forecasting). In a VAR model, all variables are treated depending on their lag and the lags of all other exogenous variables. The VAR model can be represented in matrix form, as follows:

$$\begin{bmatrix} Y_{1t} \\ Y_{2t} \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} \alpha_1 \\ \alpha_2 \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} b_{11} & b_{12} \\ b_{21} & b_{22} \end{bmatrix} \begin{bmatrix} Y_{1t-1} \\ Y_{2t-1} \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} e_{1t} \\ e_{2t} \end{bmatrix} \tag{1}$$

Here,  $Y_{1t}$  and  $Y_{2t}$  denote the endogenous and stationary variables, respectively;  $b$  denotes the slope coefficients,  $\alpha$  denotes a constant, and  $e$  denotes the error terms, which must be independent and identically distributed (IID). The lag length is determined by criteria such as Akaike and Schwarz.

The VAR models are used when the variables are stationary or if there is no cointegration among the non-stationary variables. If the non-stationary variables are co-integrated, the error correction model (VECM) can be estimated. The existence of cointegration indicates that there is a long-term relationship among the variables. The cointegration was tested using Johansen’s (1992) cointegration test. The VECM may represent more than one cointegration relationship, and tests based on the constraints of long-term parameters are possible. The VECM is the outcome of adding error correction features to a VAR model. To estimate a VECM, a VAR with non-stationary variables must first be calculated, followed by the Johansen test to check for cointegration. Finally, the VECM can be estimated and interpreted.

**Table 1. Descriptive Statistics**

<i>Weekly New Cases</i>	<b>FRANCE</b>	<b>GERMANY</b>	<b>ITALY</b>	<b>SPAIN</b>	<b>UK</b>
Mean	99,214.3	59,065.2	66,566.5	59,618.9	71,773.9
Maximum	367,221	176,587	242,127	248,326	401,821
Minimum	2762	2219	1255	2047	2773
Standard Deviations	88,723.74	53,935.37	65,928.15	55,440.21	91,781.66
<i>Stringency Index</i>					
Mean	64.8	68.3	71.2	68.1	72.0
Maximum	88.0	83.9	93.5	85.2	88.0
Minimum	44.8	49.5	48.4	41.2	59.7
Standard Deviations	13.4	10.9	13.6	8.6	8.6
Number of Observations	63	63	63	63	63

Table 1 presents the number of weekly new cases and the stringency indices of the five considered countries in the period from March 27, 2020, to June 4, 2021. As can be seen, the average number of weekly cases was relatively high in France and the UK. Among these five countries, Germany had relatively few average weekly cases. Regarding the stringency index, high averages were observed for Italy and the UK. These two countries, on average, have implemented more stringent measures to prevent the spread of COVID-19 than other countries. However, the variability of the index for Italy is relatively high.

**IV. EMPIRICAL FINDINGS**

Before establishing the VAR model, the Augmented Dickey-Fuller (ADF) and Phillips-Perron (PP) tests were carried out to assess whether the variables contain a unit root or not, given in Table 2. According to the results obtained from both tests, all variables were considered to be first-order integrated, which is denoted as I(1). To carry out the Johansen cointegration test, the lag length for the VAR model was set to two weeks based on the Akaike, Schwarz, and Hannan-Quinn criteria which are given in Table 3. According to the Johansen cointegration test results which are given in Table 4, three

cointegration equations were found to be significant at the 0.10 significance level. Therefore, the model was estimated using VECM. The optimal lag length of VECM and the lag of each exogenous variable were determined using the Schwarz criteria.

**Table 2. Results of Unit Root Tests<sup>1</sup>**

<b>Augmented Dickey-Fuller</b>					
<i>Logarithmic Weekly New Cases</i>	<b>France</b>	<b>Germany</b>	<b>Italy</b>	<b>Spain</b>	<b>UK</b>
Level	0.80	-0.62	-0.79	0.04	-0.22
First Difference	-9.29***	-4.40***	-3.15***	-5.53***	-5.10***
<i>Stringency Index</i>					
Level	-1.20	-0.45	-0.92	-0.64	-0.88
First Difference	-7.95***	-11.61***	-6.60***	-5.02***	-13.26***
<b>Phillips-Perron</b>					
<i>Logarithmic Weekly New Cases</i>	<b>France</b>	<b>Germany</b>	<b>Italy</b>	<b>Spain</b>	<b>UK</b>
Level	0.13	-0.21	-0.39	-0.26	-0.004
First Difference	-9.16***	-4.54***	-3.23***	-6.09***	-5.11***
<i>Stringency Index</i>					
Level	-1.11	-0.13	-0.85	-0.53	-0.32
First Difference	-7.88***	-10.62***	-6.64***	-4.95***	-13.26***

\*significant at 0.10, \*\* significant at 0.05, \*\*\*significant at 0.01

<sup>1</sup>Since the constant and trend coefficients at the 0.05 level are insignificant, the “none” model is obtained as the most appropriate in the test equation of all variables.

**Table 3. VAR Lag Order Selection Criteria**

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
1	0.07	-	1.52E-06	0.79	1.64	1.13
2	54.98	92.40	5.95e-07*	-0.16*	1.54*	0.51*
3	75.44	31.17	7.11E-07	-0.01	2.54	0.99
4	93.39	24.51	9.51E-07	0.21	3.61	1.55
5	127.56	41.22*	7.99E-07	-0.08	4.17	1.59

\* indicates lag order selected by the criterion

LR: sequential modified LR test statistic (each test at 5% level), FPE: Final prediction error, AIC: Akaike information criterion, SC: Schwarz information criterion, HQ: Hannan-Quinn information criterion

**Table 4. Results of Johansen Cointegration Test**

Sample: 3/27/2020 6/04/2021				
Included observations: 63				
Unrestricted Cointegration Rank Test (Trace)				
Number of Cointegrating Equations	Eigenvalue	Trace Statistic	Critical Value	P value
None *	0.63	122.39	69.82	0.01
At most 1*	0.39	60.27	47.86	0.01
At most 2*	0.26	29.06	29.80	0.06
At most 3	0.10	9.84	15.49	0.29

The cointegrating equations of the VECM indicate the long-term impact of the spread of COVID-19 among different countries (see Table 5). Because the coefficients for the UK in two long-run equations were found to be insignificant, constraints were established on the long-term equations such that the coefficients of the UK are zero, and these constraints were not rejected (Chi-square (2) = 2.38, prob: 0.30). Variables with coefficients of 1 in the long-run equation indicate the dependent variable

and these equations are interpreted by setting them equal to zero. Therefore, when interpreting the signs, they are interpreted as the opposite of the sign that appears in the equation. That's why, it can be said that the number of COVID-19 cases in France, Germany, and Italy is positively correlated to the number of COVID-19 cases in Spain. An increase of 1% in the number of COVID-19 cases in Spain caused the number of COVID-19 cases to increase by 2.05% in France, 1.49% in Germany, and 1.62% in Italy, ceteris paribus. For each error correction equation their own error correction coefficients (CointEq coefficients) are negative and statistically significant for France, Germany, and Italy at a 10 % significance level. When there is a deviation in the long-term relationships, the COVID-19 cases correct themselves and short-term adjustments are made in these countries, while the UK makes no effort to approach long-term equilibrium. This correction takes about 3.5 weeks (1/0.29) in France, about 6 weeks (1/0.17) in Germany, and about 3 weeks (1/0.33) in Italy.

**Table 5. Estimation Result of VECM**

Sample: 3/27/2020 6/04/2021					
Included observations: 63					
Cointegrating Equations	CointEq1	CointEq2	CointEq3		
Ln(France) <sub>t-1</sub>	1.00	0.00	0.00		
Ln(Germany) <sub>t-1</sub>	0.00	1.00	0.00		
Ln(Italy) <sub>t-1</sub>	0.00	0.00	1.00		
Ln(Spain) <sub>t-1</sub>	-2.05	-1.49	-1.62		
	(0.19)	(0.16)	(0.17)		
	[-11.09]	[-9.40]	[-9.40]		
Ln(UK) <sub>t-1</sub>	0.60	0.00	0.00		
	(0.08)				
	[ 7.35]				
Constant	4.47	5.34	6.75		
Error Correction:	D(Ln(France))	D(Ln(Germany))	D(Ln(Italy))	D(Ln(Spain))	D(Ln(UK))
CointEq1	-0.29	0.16	0.19	0.08	-0.09
	(0.10)	(0.07)	(0.05)	(0.10)	(0.09)
	[-2.91]	[ 2.29]	[ 3.58]	[ 0.77]	[-0.96]
CointEq2	-0.14	-0.17	0.13	0.29	0.15
	(0.13)	(0.09)	(0.07)	(0.12)	(0.12)
	[-1.08]	[-1.87]	[ 1.90]	[ 2.34]	[ 1.31]
CointEq3	0.36	0.01	-0.33	-0.21	-0.10
	(0.14)	(0.10)	(0.08)	(0.14)	(0.13)
	[ 2.57]	[ 0.06]	[-4.46]	[-1.54]	[-0.79]
D(Ln(France)) <sub>t-1</sub>	-0.06	-0.04	-0.03	0.13	0.16
	(0.13)	(0.09)	(0.07)	(0.13)	(0.12)
	[-0.45]	[-0.47]	[-0.46]	[ 1.02]	[ 1.37]
D(Ln(France)) <sub>t-2</sub>	0.01	-0.04	0.04	-0.06	0.13
	(0.10)	(0.07)	(0.05)	(0.10)	(0.09)
	[ 0.06]	[-0.55]	[ 0.81]	[-0.60]	[ 1.42]
D(Ln(Germany)) <sub>t-1</sub>	0.54	0.30	0.11	0.07	-0.06
	(0.24)	(0.17)	(0.13)	(0.24)	(0.22)
	[ 2.20]	[ 1.72]	[ 0.82]	[ 0.28]	[-0.25]
D(Ln(Germany)) <sub>t-2</sub>	0.15	0.20	0.16	-0.25	0.13
	(0.22)	(0.16)	(0.12)	(0.21)	(0.20)
	[ 0.67]	[ 1.30]	[ 1.38]	[-1.19]	[ 0.64]
D(Ln(Italy)) <sub>t-1</sub>	0.14	0.21	0.40	0.25	-0.14
	(0.27)	(0.19)	(0.14)	(0.26)	(0.25)
	[ 0.53]	[ 1.12]	[ 2.83]	[ 0.95]	[-0.57]
D(Ln(Italy)) <sub>t-2</sub>	0.12	0.04	0.34	0.30	0.11
	(0.26)	(0.18)	(0.14)	(0.25)	(0.24)
	[ 0.45]	[ 0.23]	[ 2.45]	[ 1.18]	[ 0.46]
D(Ln(Spain)) <sub>t-1</sub>	0.22	0.18	-0.13	0.15	-0.09
	(0.15)	(0.11)	(0.08)	(0.14)	(0.14)
	[ 1.48]	[ 1.67]	[-1.61]	[ 1.04]	[-0.65]
D(Ln(Spain)) <sub>t-2</sub>	0.09	-0.04	-0.13	0.28	-0.25
	(0.14)	(0.10)	(0.08)	(0.14)	(0.13)

	[ 0.60]	[-0.37]	[-1.71]	[ 2.04]	[-1.91]
D(Ln(UK)) <sub>t-1</sub>	0.12	0.12	-0.01	0.18	0.47
	(0.16)	(0.11)	(0.08)	(0.15)	(0.15)
	[ 0.73]	[ 1.08]	[-0.10]	[ 1.17]	[ 3.27]
D(Ln(UK)) <sub>t-2</sub>	0.09	-0.20	-0.15	0.10	0.13
	(0.19)	(0.13)	(0.10)	(0.18)	(0.18)
	[ 0.45]	[-1.52]	[-1.46]	[ 0.52]	[ 0.75]
Constant	0.02	-0.01	-0.02	-0.01	0.00
	(0.04)	(0.03)	(0.02)	(0.03)	(0.03)
	[ 0.59]	[-0.39]	[-1.26]	[-0.26]	[-0.04]
D(Sif) <sub>t-2</sub>	-0.03	-0.01	-0.01	-0.01	0.00
	(0.01)	(0.006)	(0.004)	(0.008)	(0.007)
	[-3.34]	[-0.99]	[-1.80]	[-0.76]	[-0.48]
D(Sig) <sub>t-4</sub>	-0.04	-0.01	-0.01	0.00	0.00
	(0.01)	(0.007)	(0.005)	(0.009)	(0.009)
	[-4.12]	[-0.85]	[-1.23]	[ 0.001]	[-0.23]
D(Siit) <sub>t-2</sub>	-0.02	-0.01	-0.01	0.00	0.00
	(0.01)	(0.006)	(0.005)	(0.009)	(0.008)
	[-1.91]	[-1.81]	[-2.16]	[-0.08]	[-0.08]
D(Sis) <sub>t-3</sub>	-0.02	0.01	0.01	-0.02	-0.01
	(0.01)	(0.007)	(0.005)	(0.009)	(0.009)
	[-2.52]	[ 1.01]	[ 1.48]	[-1.71]	[-0.72]
D(Siu) <sub>t-3</sub>	0.04	0.00	0.01	0.01	-0.01
	(0.01)	(0.005)	(0.004)	(0.007)	(0.006)
	[ 5.92]	[-0.20]	[ 2.13]	[ 0.79]	[-1.08]
R-squared	0.75	0.64	0.81	0.57	0.48
Adj. R-squared	0.65	0.50	0.74	0.39	0.26
F-statistic	7.46	4.42	10.66	3.20	2.23

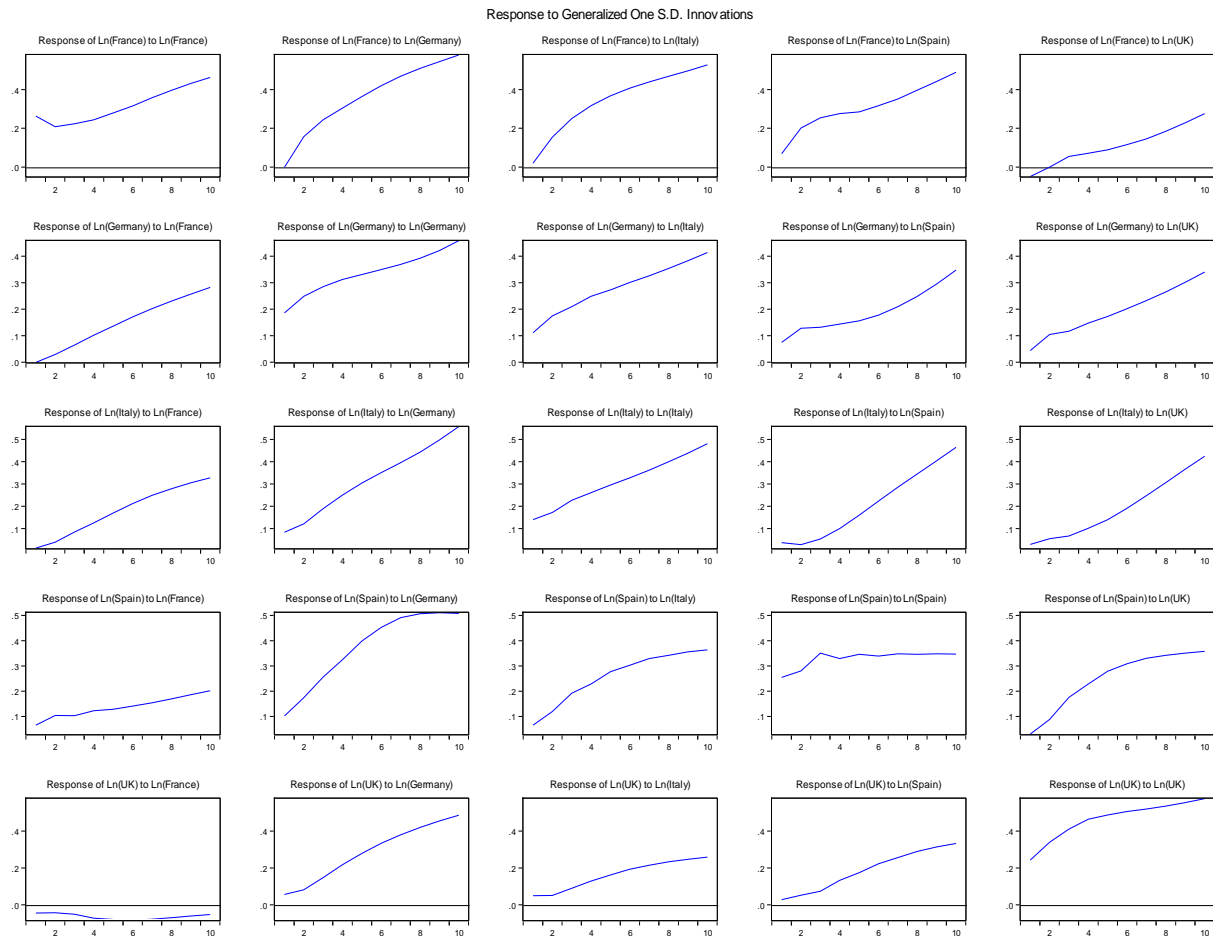
Standard errors in ( ) & t-statistics in [ ]

The short-run effect of the restrictions against COVID-19 on the number of weekly cases was identified from the coefficients of the stringency indices in the VECM. According to the results, the increase of the stringency index of the related country led to a significant decrease in the number of weekly COVID-19 cases after two weeks for France and Italy, and after three weeks for Spain at a 10 % significance level. In summary, it takes approximately 2–3 weeks to observe the effect of a certain policy against COVID-19 on the number of cases. However, for Germany and the UK, the effect of stringency on the number of COVID-19 cases was found to be insignificant. The stringencies in Germany, Italy, and Spain effectively reduced the number of cases in France at a 10 % significance level. The decrease in the number of cases in Germany is affected by the stringencies imposed by Italy. Similarly, the cases in Italy are affected by the stringencies imposed by France.

After this step, the generalized impulse response functions of the VECM were calculated as presented in Figure 2. The impulse-response functions (IRFs) in Vector Error Correction Models (VECM) are used to analyze the dynamic relationships between variables in a vector autoregressive (VAR) system with cointegration. The impulse-response functions in a VECM show the response of each variable in the system to a one standard deviation shock to one of the variables while holding the other variables constant. It provides insights into the dynamic interactions and the speed of adjustment towards equilibrium. According to Figure 2, one standard deviation shock in France most effects to the cases in Germany and Italy; one standard deviation shock in Germany most effects to the cases in Italy; one standard deviation shock in Italy most effects to the cases in Germany; one standard deviation shock in Spain most effects to the cases in Germany; one standard deviation shock in the UK most effects to the cases in Germany. Germany and Italy appear to be the countries that are most negatively affected by the other considered European countries when COVID-19 cases are rapidly rising.



**Figure 2. Impulse-Response Graph**



**V. CONCLUSION AND FURTHER SUGGESTIONS**

During the COVID-19 pandemic, almost every country imposed restrictions on people’s movements, which severely disrupted international mobility. The imposed controls include visa restrictions, quarantine regulations, border closures, and airline suspensions. The index of travel restrictions indicated the scope and evolution of these measures locally and globally in 2020, with the scope of restrictions increasing throughout the year.

In March 2020, the European Commission issued recommendations, including health transmission, to ensure that European Union workers in essential occupations could continue working (EU Commission, 2020). Particularly, the Commission recommended that member states develop appropriate, burden-free, and quick border crossing actions to enable smooth movement of frontier and posted personnel. However, in different countries, health protocols are governed by different rules and regulations. Quarantine standards have not been developed in a consistent manner among countries, which results in increased information costs and the slowdown, if not complete disruption, of some travel operations. This topic came up regularly during Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) discussions with business alliances and individual enterprises and has received considerable attention. Moreover, this topic has come up several times during OECD meetings with business federations and individual enterprises and has been emphasized by Businesses at OECD (BIAC, 2020). Except for a few countries, such as Sweden, most OECD countries enforced a 14-day quarantine period for anyone authorized to enter by the end of May 2020 (OECD, 2020). Slovenia imposed a seven-day quarantine, while Norway and Switzerland imposed a ten-day quarantine.

However, reduced mobility has led to a drop in commercial services in the first quarter of 2020, owing to the reduction of travel and transportation services. These activities were affected by further measures intended to manage the COVID-19 pandemic, in addition to the direct restrictions imposed on international travel and behavioral modifications. Quarantine procedures briefly halted maritime traffic, while the increase in border restrictions hindered land traffic (World Trade Organization, 2020). Travel prohibitions that restrict people's movement may increase delivery costs in all service sectors. As a result, restoring safe international travel is critical to reducing the economic and social consequences of COVID-19 and ensuring a resilient recovery.

In October 2020, the member states of the European Union accepted a council recommendation for a coordinated approach to restrict free movement in response to the COVID-19 pandemic. This recommendation called for collaborative efforts to offer better transparency on testing and self-quarantine procedures imposed on travelers arriving from high-risk areas. The international coordination of protocols and health standards (for example, reciprocal recognition of antigen test results obtained in accordance with specified norms) will stimulate international mobility and commercial services, and accelerate economic recovery.

According to last news, the WHO announced that Covid-19 no longer constitutes a "global emergency" in terms of health. Therefore, it has been declared that the global emergency of Covid-19 is over. WHO President Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus stated that according to official figures, at least seven million people died in the epidemic. However, he stated that the real number is about three times that, close to 20 million, and warned that the virus continues to be a significant threat (BBC, 2023). International Monetary Fund [IMF] (2020) evaluated the global economic impacts of the COVID-19 pandemic. The report showed that the pandemic had a negative impact on global economic growth as businesses shut down, job losses, and economic uncertainty. For this reason, it is important to measure the effectiveness of the restriction policies in order to avoid similar situations when there is a pandemic and to measure the rate of spread of the pandemic across borders. This study aims to measure the long and short-term spread of COVID-19 cases between countries during the pandemic and the impact of policies to prevent the spread of the virus. Thus, it also provides an idea about the modeling approach to be examined in similar pandemic situations.

This study highlights the fact that COVID-19 has an interaction in transmission between countries in the both short and long term. According to the results, France, Germany, and Italy have a long-term equilibrium relationship with the COVID-19 cases in Spain. When there is a shock in the cases, these countries' relationships with Spain comes into balance. While this period is about 6 weeks in Germany, it is 3 and 3.5 weeks in Italy and France, respectively. Government policy implementation on the spread of COVID-19 increases the stringency index. Although the increase in the stringency index is not significant for the UK and Germany in the short term, it takes effect after two weeks in France and Italy and after 3 weeks in Spain. In fact, the policies implemented by countries affect cases in other countries (for example, policies in Italy affect cases in Germany). For this reason, the policies implemented are important both because they reduce the cases within the countries themselves and because they have a cross-border effect. Impulse-Response functions, on the other hand, showed that when there was a shock in the cases in these 5 countries, Germany and Italy were most affected, and these shock effects continue for a long time.

There are several reasons why Germany and Italy are so affected by COVID-19. One of them is the early spread and dense population. For example, Italy was one of the countries where COVID-19 first appeared in Europe. In Italy, the virus spread rapidly, especially in the Lombardy region. This early spread made it difficult to contain the virus. These countries are also densely populated countries. Dense populations can contribute to the easy spread and transmission of the virus in areas where people live and work together. Also, during the COVID-19 pandemic, the healthcare system in Italy was under great pressure. High case numbers have caused hospitals and intensive care units to exceed their capacities. Insufficient health personnel and resources made it difficult to provide treatment and care services effectively (Çöl, 2021). Finally, Germany and Italy are countries with a high proportion of the elderly population. COVID-19 can lead to more serious consequences, especially for older adults and

individuals with underlying health problems. The higher risk of illness and death in the elderly population may have contributed to the number of cases in these two countries being affected so much in other countries.

At the beginning of the pandemic, it is very important to take quick measures. Taking precautions late leads to the rapid spread of the virus and an increase in the number of cases. However, the situation in each country may be different and the level of impact depends on many factors. Rapid and effective measures, the capacity of health systems, and the level of adaptation of society are of great importance in the fight against the COVID-19 epidemic.

This study emphasizes the significance of international coordination among the considered European countries. Such cooperation can help restore safe cross-border mobility. The strength and speed of recovery will be largely determined by the recovery of the service sector, which emphasizes the necessity of integrated mutual recognition agreements and border health protocols. International travel restrictions must be eliminated as soon as the hygienic conditions are favorable, and international cooperation in doing so will help the economy recover even faster. This approach will only be viable if governments adopt a proactive approach and commit to implementing a large anti-epidemic strategy.

In terms of limitations, this study covers a small number of European countries. In future work, the scope of this study can be expanded to include the countries around the world that recorded the highest number of cases during the pandemic by using different methodologies such as spatial VECM. It can deal with a large number of countries' data based on spatial weights. Hence, it will be possible to identify the countries that are most affected by COVID-19 cases in other countries, and the governments of the involved countries will be able to establish integrated strategic collaborations. The vaccine effect is not included in this model, because of the worrying about loss of degrees of freedom. This is also one of the limitations of this study. Difference in differences models may be preferred in future studies to investigate whether vaccination is effective or not in cases. Furthermore, the spread of the pandemic among countries can be investigated using social network analysis and diffusion, in addition to temporal eigenvector methods, to identify countries that play a key role in the spread of COVID-19 and develop collaborative strategic policies to reduce the impact of any kind of pandemic on global trade and social mobility.

**Ethics Committee Approval:** Since this study does not involve any clinical or experimental research on humans or animals, it does not require an ethics committee approval document. The dataset used in the study is based on secondary data.

## REFERENCES

- Alzaharani, S. M. (2022). A log linear Poisson autoregressive model to understand COVID-19 dynamics in Saudi Arabia. *Beni-Suef University Journal of Basic and Applied Sciences*, 11(1), 118.
- Amdaoud, M., Arcuri, G., & Levratto, N. (2021). Are regions equal in adversity? A spatial analysis of spread and dynamics of COVID-19 in Europe. *The European Journal of Health Economics*, 1-14.
- Bashir, M. F., Benjiang, M. A., & Shahzad, L. (2020). A brief review of socio-economic and environmental impact of COVID-19. *Air Quality, Atmosphere & Health*, 13(12), 1403-1409.
- BBC. (2023, 4 June). *Dünya Sağlık Örgütü (WHO) COVID-19'un sağlık açısından artık "küresel bir acil durumu" teşkil etmediğini açıkladı*. <https://www.bbc.com/turkce/articles/cv2k804x19ro>.
- BIAC. (2020, July 1). *Key messages on the impact of COVID-19 international travel restrictions on services-trade costs*. <http://biac.org/wp-content/uploads/2020/06/KM-TAD-2020-03-FIN-COVID-19-international-travel-restrictions-on-services-trade-costs-public-1.pdf>.
- Bontempi, E. (2021). The Europe second wave of COVID-19 infection and the Italy “strange” situation. *Environmental Research*, 193, 110476.
- Britt, T., Nusbaum, J., Savinkina, A., & Shemyakin, A. (2023). Short-term forecast of US COVID mortality using excess deaths and vector autoregression. *Model Assisted Statistics and Applications*, 18(1), 13-31.
- Chan, S., Chu, J., Zhang, Y., & Nadarajah, S. (2021). Count regression models for COVID-19. *Physica A: Statistical Mechanics and its Applications*, 563, 125460.
- Çöl, M. (2021). İtalya’da sağlık sistemi ve COVID-19 pandemisi yanıtı. *Toplum ve Hekim*, 36(5), 388-400.
- Devarakonda, P., Sadasivuni, R., Wu, J., & Shaw, D. (2021). Spatial diffusion of COVID-19: An econometric-based approach. *Authorea Preprints*.
- DuPre, N. C., Karimi, S., Zhang, C. H., Blair, L., Gupta, A., Alharbi, L. M. A., ... & Little, B. (2021). County-level demographic, social, economic, and lifestyle correlates of COVID-19 infection and death trajectories during the first wave of the pandemic in the United States. *Science of The Total Environment*, 786, 147495.
- EU Commission. (2020, July 1). *Guidelines concerning the exercise of the free movement of workers during COVID-19 outbreak*. [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020XC0330\(03\)&from=EN](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020XC0330(03)&from=EN).
- Hafner, C. M. (2020). The spread of the COVID-19 pandemic in time and space. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(11), 3827.
- Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S., Cameron-Blake, E., Hallas, L., Majumdar, S., & Tatlow, H. (2021). A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature human behaviour*, 5(4), 529–538.
- Huang, R., Liu, M., & Ding, Y. (2020). Spatial-temporal distribution of COVID-19 in China and its prediction: A data-driven modeling analysis. *The Journal of Infection in Developing Countries*, 14(03), 246-253.

- IMF. (2020, July 1). *World Economic Outlook, April 2020: The Great Lockdown*. <https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/04/14/weo-april-2020>.
- Jain, M., Sharma, G. D., Goyal, M., Kaushal, R., & Sethi, M. (2021). Econometric analysis of COVID-19 cases, deaths, and meteorological factors in South Asia. *Environmental Science and Pollution Research*, 28(22), 28518-28534.
- Johansen, S. (1992). Cointegration in partial systems and the efficiency of single-equation analysis. *Journal of Econometrics*, 52(3), 389-402.
- Khan, F., Saeed, A., & Ali, S. (2020). Modelling and forecasting of new cases, deaths and recover cases of COVID-19 by using Vector Autoregressive model in Pakistan. *Chaos, Solitons & Fractals*, 140, 110189.
- Krisztin, T., Piribauer, P., & Wögerer, M. (2020). The spatial econometrics of the coronavirus pandemic. *Letters in Spatial and Resource Sciences*, 13(3), 209-218.
- Levendis, J. D. (2018). *Time Series Econometrics*. Springer International Publishing.
- Martin, A., Markhvida, M., Hallegatte, S., & Walsh, B. (2020). Socio-economic impacts of COVID-19 on household consumption and poverty. *Economics of Disasters and Climate Change*, 4(3), 453-479.
- Mazur, M., Dang, M., & Vega, M. (2021). COVID-19 and the march 2020 stock market crash. Evidence from S&P1500. *Finance Research Letters*, 38, 101690.
- Mogi, R., & Spijker, J. (2021). The influence of social and economic ties to the spread of COVID-19 in Europe. *Journal of Population Research*, 1-17.
- Monllor, P., Su, Z., Gabrielli, L., & Taltavull de La Paz, P. (2020). COVID-19 infection process in Italy and Spain: Are data talking? Evidence from ARMA and vector autoregression models. *Frontiers in Public Health*, 8, 784.
- OECD. (2020, July 1). *Managing international migration under COVID-19, OECD Policy Brief*. <http://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/managing-international-migration-under-covid-19-6e914d57/#section-d1e175>.
- Oliveira, G. L. A. D., Lima, L., Silva, I., Ribeiro-Dantas, M. D. C., Monteiro, K. H., & Endo, P. T. (2021). Evaluating social distancing measures and their association with the COVID-19 pandemic in South America. *ISPRS International Journal of Geo-Information*, 10(3), 121.
- Roy, S., Bhunia, G. S., & Shit, P. K. (2021). Spatial prediction of COVID-19 epidemic using ARIMA techniques in India. *Modeling Earth Systems and Environment*, 7, 1385-1391.
- Sannigrahi, S., Pilla, F., Basu, B., Basu, A. S., & Molter, A. (2020). Examining the association between socio-demographic composition and COVID-19 fatalities in the European region using spatial regression approach. *Sustainable Cities and Society*, 62, 102418.
- Sims, C. A. (1980). Macroeconomics and reality. *Econometrica: Journal of the Econometric Society*, 1-48.
- Singh, R. K., Rani, M., Bhagavathula, A. S., Sah, R., Rodriguez-Morales, A. J., Kalita, H., ... & Kumar, P. (2020). Prediction of the COVID-19 pandemic for the top 15 affected countries: Advanced autoregressive integrated moving average (ARIMA) model. *JMIR Public Health and Surveillance*, 6(2), e19115.

- Wang, Q., Zhou, Y., & Chen, X. (2021). A vector autoregression prediction model for COVID-19 outbreak. *ArXiv Preprint*.
- WHO. (2021, June 29). *World Health Organization*. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>.
- Worldometer. (2021, June 29). *Worldometer*. <https://www.worldometers.info/coronavirus/#countries>.
- World Trade Organization. (2020, July 1). *Report on G20 trade measures, mid-May 2020 to mid-October 2020*. [https://www.wto.org/english/news\\_e/news20\\_e/report\\_trdev\\_nov20\\_e.pdf](https://www.wto.org/english/news_e/news20_e/report_trdev_nov20_e.pdf).
- Xie, X., Naminse, E. Y., Liu, S., & Yi, Q. (2020). The spatial and temporal pattern of COVID-19 and its effect on humans' development in China. *Global Journal of Environmental Science and Management*, 6(Special Issue (Covid-19)), 107-118.
- Zhu, D., Mishra, S. R., Han, X., & Santo, K. (2020). Social distancing in Latin America during the COVID-19 pandemic: an analysis using the Stringency Index and Google Community Mobility Reports. *Journal of Travel Medicine*, 27(8).

ARAŞTIRMA MAKALESİ

DOST HASTANE KAVRAMI VE TÜRLERİ ÜZERİNE  
SİSTEMATİK BİR DERLEME

Sümeyye ÖZMEN \*  
Seda KOYUNCU \*\*

ÖZ

Bu araştırma, dost hastane kavramını teorik çerçevede ele almak ve yenilikçi dost hastane türlerinin olumlu etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu çalışmada 10 Mayıs – 20 Eylül tarihleri arasında araştırmacılar tarafından Web of Science (WOS), PubMed ve Science Direct elektronik veri tabanlarında “Friendly hospital” ve “Friend hospital” anahtar kelimeleri kullanılarak taranmıştır. 2015 – 2021 yılları arasında İngilizce dilinde yayınlanan 13 araştırma makalesi sistematik derlemeye dahil edilmiştir. Konuyla ilgili yapılan tezler, bildirimler, derlemeler, yayın dili İngilizce olmayan ve yinelenen çalışmalar hariç tutulmuştur. Yapılan araştırmalar incelendiğinde yaklaşık olarak son on yıldır dost hastaneye dair çalışmaların arttığı ve sağlık kurumlarında dost hastane kavramının giderek önem kazandığı tespit edilmiştir. Dost hastane türlerinin anne, bebek, çevre, cinsiyet, göçmen, demans, hasta, hasta güvenliği, İslam, hemşire ve yaşlı dostu hastaneler olmak üzere 11 grupta olduğu görülmüştür. Literatürde en fazla sayıda yayının anne ve bebek dostu hastane üzerine odaklandığı ve bu konudaki çalışmaların özellikle 2015 yılından sonra ciddi bir artış gösterdiği belirlenmiştir. Dost hastane standartlarını karşılayan kurumlarda hastalara, kimi zaman bir hastalığa sahip olması, kimi zaman da yaşı, dini inancı vb. özel durumu nedeniyle kolaylıklar sağlandığı belirlenmiştir. Dost hastane uygulamalarının hasta ve yakınlarının memnuniyetini ve hasta sadakatini etkilediğine dair bulgular tespit edilmiştir. Bireyler kendilerine hitap eden ve uyum sağlayan ortamlarda bulunmak istediğinden dost hastaneler kişilerin hastane tercihini değiştirebilmektedir. Bu nedenle hasta bağlılığının artırılması amacıyla hasta merkezli, yüksek kalitede, düşük maliyetli ve kanıta dayalı dost hastane modellerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir. Ayrıca dost hastane modellerinin yalnızca ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine değil, birinci basamak sağlık hizmetlerine de uyarlanması bütünlük kalite gelişimi açısından önemlidir. Sağlık otoriteleri tarafından dost hastane türlerine dair kriterlerin, standartların ve sertifikasyon süreçlerinin belirlenmesi ve eğitim programlarının hazırlanması gerekmektedir.


**Anahtar Kelimeler:** Dost hastane, hasta merkezli hizmet, sağlık kurumları.

MAKALE HAKKINDA

\*Doç. Dr., Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü/Burdur, sumeyyeozmen@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3056-0872>

\*\* Yüksek Lisans Öğrencisi, Burdur MAKÜ İstiklal Yerleşkesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı/Burdur, sssedakoyuncu@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2527-2718>

Gönderim Tarihi: 14.02.2023

Kabul Tarihi: 22.06.2023

**Atıfta Bulunmak İçin:**

Özmen, S., & Koyuncu, S. (2023). Dost Hastane Kavramı ve Türleri Üzerine Sistematik Bir Derleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 723-744

## A SYSTEMATIC REVIEW ON THE CONCEPT AND TYPES OF FRIENDLY HOSPITAL

Sümeyye ÖZMEN \*  
Seda KOYUNCU \*\*

### ABSTRACT

This research was conducted to examine the concept of friendly hospitals within a theoretical framework and evaluate the positive effects of innovative friendly hospital types. In this study, the researchers searched Web of Science (WOS), PubMed and Science Direct electronic databases between 10 May and 20 September using the keywords "Friendly hospital" and "Friend hospital". A total of 13 research articles published in English between 2015 and 2021 were included in the systematic review. Theses, notices, reviews, non-English publications and repeated publications were excluded from the study. The analysis of the research articles revealed an increasing number of studies on friendly hospitals in the past decade, indicating the growing importance of the concept in healthcare facilities. Friendly hospitals were categorized into 11 groups: mother, baby, environment, gender, immigrant, dementia, patient, patient safety, Islam, nurse, and elderly-friendly hospitals. The literature showed that the highest number of publications focused on mother and baby-friendly hospitals, with a significant increase in studies on this subject after 2015. In the organizations that met the standards of a friendly hospital, it was determined that patients were provided with facilities, sometimes because of their illness, sometimes because of their age, religious beliefs, etc. The findings indicated that friendly hospital practices had a positive impact on patient and family satisfaction as well as patient loyalty. Individuals tend to prefer environments that appeal to them and can adapt to their needs, which can influence their hospital preferences. Therefore, it is recommended to expand patient-centered, high-quality, low-cost, and evidence-based-friendly hospital models to enhance patient loyalty. Additionally, it is important to extend friendly hospital models not only to secondary and tertiary care but also to primary care health services for integrated quality improvement. Health authorities should establish criteria, standards, and certification processes for different types of friendly hospitals, and training programs should be developed accordingly.

**Keywords:** Friendly hospital, patient-centered service, health facilities.

### ARTICLE INFO

\* Assoc. Prof. Dr., Burdur Mehmet Akif Ersoy University, Faculty of Economic and Administrative Sciences, Department of Healthcare Management, sumeyyeozmen@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-3056-0872>

\*\* Student of Master Class, Burdur Mehmet Akif Ersoy University Institute of Social Sciences, Department of Healthcare Management, sssedakoyuncu@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2527-2718>

Received: 14.02.2023

Accepted: 22.06.2023

### Cite This Paper:

Özmen, S., & Koyuncu, S. (2023). Dost Hastane Kavramı ve Türleri Üzerine Sistematik Bir Derleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 723-744



## **I. GİRİŞ**

Günümüzde sağlık hizmetlerinde kalitenin, tasarımın, klinik etkililiğin ve verimliliğin öneminin vurgulanması sonucunda hastaneler, hastaların istek ve tercihlerine göre şekillenen hasta odaklı kurumlar haline gelmiştir (Gesler vd., 2004). Sağlık sektöründe rekabet giderek artmaktadır. Hastalar sağlık hizmeti sunucularını sıklıkla diğerleriyle karşılaştırmakta, hizmet alacakları kişileri ve kurumları kendileri tercih etmekte ve tedavi sürecinde aktif rollerinin farkına varmaktadır (Chou vd., 2018). Artık hastalar sağlık hizmeti alırken istek ve ihtiyaçlarının karşılanabilir olmasını, fiziksel çevre ve ortamın kendilerine hitap etmesini beklemektedir. Benzer şekilde çeşitli özelliklerine (din, cinsiyet, yaş, hastalık vb.) göre hizmet talep etmektedirler. Son zamanlarda artan kalite standartlarına uygun hizmet sunma ve her kesimden hastayı memnun etme hedefleri, sağlık kurumlarında dost hastane uygulamalarının gelişmesine yol açmıştır. Hastayı merkez alan bu uygulamalar, sağlık hizmeti alan bireylere uygun fiziksel çevre ve ortamın tasarımına odaklanmaktadır (Kılıç ve Bostan, 2021). Başlangıçta bebek dostu ve anne dostu hastaneler söz konusu iken; sonraki dönemlerde hasta merkezli ve belirli kişi ve gruplara (Müslüman, göçmen, demans, yaşlı, anne, bebek) yönelik dost hastaneler ortaya çıkmıştır. Dost hastaneler, klasik hastanelere göre daha estetik, daha konforlu, insan merkezli ve sakinleştirici ortamlara sahip sağlık kurumlarına vurgu yapmaktadır.

Literatürde dost hastane kavramının tanımına rastlanılmamıştır. İlk kez bu çalışmayla dost hastane kavramı tanımlanarak literatüre kazandırılmıştır. Dost hastane kavramı literatürde yeni bir kavram olmasından dolayı araştırmacıların başvurabileceği az sayıda kaynağa rastlanılmaktadır (Kaup ve Abushousheh, 2021; Kocakoç ve Şahin, 2020; Mate vd., 2019). Literatürde dost hastane türlerinin birkaçına yönelik sistematik derleme olmasına rağmen (Wouk vd., 2017; Tavares vd., 2021; Hebert ve Scales, 2019), geniş çaplı olarak literatürdeki tüm dost hastane türlerini kapsayan bir sistematik derlemeye rastlanılmamıştır. Bu araştırma, dost hastane kavramını teorik çerçevede ele almak ve yenilikçi dost hastane türlerinin olumlu etkilerini incelemek amacıyla yapılmıştır. Yenilikçi dost hastane türleri, son dönemde ortaya çıkan ve literatüre yeni giren dost hastanelerdir. Bu çalışma ile dost hastane konusunda araştırma yapacak olanların faydalanabileceği temel bir kaynak eser kazandırmak hedeflenmiştir.

## **II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

Dünyada pek çok ülkede sağlık hizmetlerinin devamlılığı, etkililiği, verimliliği ve daha iyi hizmet sunumu için çeşitli sertifikasyon, kalite ve akreditasyon sistemleri (yalın hastane, dijital hastane, yeşil hastane, akıllı hastane vb.) geliştirilmiştir (Kılıç ve Bostan, 2021). Bu sistemlerden biri de dost hastanelerdir. Dost hastane kavramı, kent dostu, çocuk dostu, kadın dostu, engelli dostu, dost oteller, dost belediyeler ve dost tasarımlar sayesinde literatüre yerleşmiştir (Kaypak, 2016). Türk Dil Kurumu, dost kavramını “sevilen, güvenilen, yakın arkadaş, gönüldaş, iyi anlaşılabilir kimse, düşman karşıtı” olarak tanımlamaktadır (TDK, 2019). Dost sıfatı, sağlık kurumlarına ve çalışanlara karşı bir güven ve sadakat duygusu oluşturmaktadır.

Dost hastaneler, hasta merkezli tedavi sunabilmek ve sağlık hizmetlerinin kalitesini arttırmak için ortaya atılan bir kavramdır. “Dost hastane” kavramının, bilindiği kadarıyla daha önce genel anlamda tanımı yapılmamıştır. Literatürden yola çıkarak araştırmacılar tarafından teşhis, tetkik, tedavi ya da kontrol amacıyla başvuran hasta, yaralı, gebe ve diğer kişilerin beklentilerini karşılamak, memnuniyetlerini arttırmak, kendilerini ayrıcalıklı hissetmelerini sağlamak ve sağlık hizmetlerinin kalitesini yükseltmek için hastanelerin sahip olacağı farklı bir çerçeve olarak tanımlanabilmektedir.

Günümüzde giderek artan şekilde sağlık kurumlarının anne dostu, bebek dostu, çevre dostu, hasta dostu hastane gibi nitelikler kazandığı görülmektedir (Sin ve Şener, 2019). Dolayısıyla dost hastane türleri her geçen gün artmaktadır. Tüm dünyada farklı türde karşılaşılan ve uygulama örneklerine sahip olan dost hastaneler 11 grupta şu şekilde sıralanabilir: Anne dostu hastane, bebek dostu hastane, çevre dostu hastane, cinsiyet dostu hastane, demans dostu hastane, hasta dostu hastane, hasta güvenliği dostu hastane, hemşire dostu hastane, göçmen dostu hastane, İslam dostu hastane ve yaşlı dostu hastane.

*Anne Dostu Hastane:* Bu girişimin temel amacı, normal doğumu özendirmek yoluyla sağlık hizmetleri maliyetini azaltmak ve bilimsel kanıta dayalı sağlık modelini artırmaktır (Nur, 2019). Ayrıca anne dostu hastane programı, anne sağlığı hizmetlerinin niteliğini ve niceliğini artırarak anne adaylarının güvenli bir şekilde kaliteli hizmet almalarını sağlamak, gebelik anından, doğum sürecine ve doğum sonrasında lohusalık dönemlerine kadar annelere danışmanlık ve bakım hizmeti sunmak, kişilerin haklarını, güvenliğini ve mahremiyetini korumak, normal doğumu artırıp sezaryen oranlarını ve müdahaleli doğum oranlarını düşürmek gibi amaç ve hedeflere sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 2023a; Nur, 2019).

Anne Dostu Hastane Girişimi 2003 yılında ilk olarak “Doğum Servislerini Geliştirme Koalisyonu (Coalition for Improving Maternity Services-CIMS)” tarafından hazırlanan bakım rehberi ile Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nin birçok eyaletinde uygulanmaya başlanmıştır (Başgöl ve Oskay, 2014). Türkiye’de ise anne dostu hastane programı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı tarafından 2010 yılında geliştirilmiştir. Anne dostu hastane programı, 2015 yılında yapılan pilot uygulama sonucunda revize edilerek iyileştirilmiştir (Erbaydar, 2021). Aynı yıl ilk kez Manisa’da 2 devlet hastanesi “anne dostu hastane” unvanını almaya hak kazanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2023b). Sağlık Bakanlığı (SB) (2023b)’nin yayınladığı son verilere göre ise anne dostu hastane unvanı alan kamu sağlık tesisleri sayısı 102’dir. Sağlık Bakanlığı tarafından ulusal anne dostu hastane kriterleri belirlenmiştir. Buna göre; güvenli ve kaliteli izlem ve doğum, tüm süreçlerde danışmanlık hizmetleri verilmesi gibi kriterlerden oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2023c).

*Bebek Dostu Hastane:* 1991 yılında DSÖ ve Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) iş birliği ile Bebek Dostu Hastane Programı, Birleşmiş Milletler üyesi olan ülkelerde başlatılmıştır. Bebek dostu hastane programı ile bebeklere anne sütü verilmesi konusuna dikkat çekilerek, başarılı emzirme için 10 adım belirlenmiştir. Bu adımlar sayesinde emzirme oranlarında artış hedeflenmiştir. 2006 yılında program yenilenerek “hayata en iyi başlangıç yapmak herkesin hakkıdır” sloganı vurgulanmıştır (Saadeh, 2012). Bu program emzirmenin teşvik edilmesi, korunması ve desteklenmesi, etkili klinik yönetim ve uygulamaları için gerekli olan yeteneklerin elde edilmesine dikkat çeken deneyimli ekiplerin harekete geçirilmesi ve eğitilmesini kapsamaktadır (Nur, 2019). SB “*Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı*” kapsamında başarılı illere Altın Bebek Dostu İl ödülü vermektedir. 2018 yılında Türkiye genelinde 58 il bu ödülü almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2022). SB (2023d) tarafından yayınlanan güncel verilere göre, bebek dostu hastane unvanı alan 631 adet kamu hastanesi vardır.

*Çevre Dostu Hastane:* Sağlık uzmanları, tüketimi ve atık üretimini azaltarak, enerji tasarrufu yaparak, yeşil veya çevre dostu ürünlerin, geri dönüştürülebilir ve tekrar kullanılabilir ürünlerin kullanımını artırmak ve ameliyathanede kullanılan malzemelerde çıkan atık miktarını yönetmek için hareket etmişlerdir (Dönmez vd., 2019). Uluslararası literatürde çevre dostu hastanelerin varlığından söz edilmektedir. Ayrıca dünyadaki en iyi 30 çevre dostu hastanenin yer aldığı bir rapor yayınlanmıştır (Stevens, 2014). Türkiye’de de yeşil hastane adı altında çevre dostu uygulamaların olduğu hastaneler mevcuttur (Ekerğil ve Savaş, 2019). Çevre dostu hastaneler atık yönetimi, beslenme, su, enerji verimliliği, yeşil bina tasarımı ve enerji üretimi olmak üzere 7 özelliğe sahip olmaktadır (Karayurt vd., 2014). Ayrıca çevre dostu uygulamalarda 3 “R” ilkesi önem taşımaktadır: azaltmak (reduce), geri dönüştürmek (recycle) ve yeniden kullanmak (reuse). Sağlık kurumlarında farklı bölümlerde tüketilen binlerce farklı ürünün ekolojik olabilmesi ve çıkan atık miktarının azaltılabilmesi için satın alınırken geri dönüştürülebilir ve parçalanabilir olmasına, uygun alternatifler dahilinde tek kullanımlık malzemelerden kaçınılmasına ve potansiyel toksik oluşturulabilecek ürünler olmamasına dikkat edilmelidir (Chapman ve Chapman, 2011).

*Cinsiyet Dostu Hastane:* Sağlık kurumlarında fiziksel ortam ve çevre tasarımında ve verilen hizmetin niteliğinde cinsiyetler de önem taşımaktadır. Hastalar cinsiyetlerine uygun şekilde hizmet almayı beklemektedir. Cinsiyet özelliklerine duyarlı, kaliteli ve etkili sağlık hizmetinin sağlanması, hastane yöneticileri, mimarlar ve sağlığa yönelik araştırma yapanların ekip halinde çalışmasını gerektirmektedir (Chou vd., 2018). Erkekler ve kadınların çeşitli özelliklerinde (psikolojik, fizyolojik, fiziksel vb.) göz

ardı edilemeyecek farklılıkların olduğu ve bu farklılıkların yaşam kalitelerine ve çalışma alanlarında olduğu gibi, aldıkları sağlık hizmeti koşullarında da büyük rol oynadığı söylenilebilmektedir (Doyal, 2004). Hüisman vd. (2012) Sağlık kurumlarının tasarımında cinsiyet farklılıklarının göz önünde bulundurulmasını ve hastanenin çevre tasarımında kadınlar ve erkekler arasındaki özsaygı, gizlilik, motivasyon ve değerler ile ilgili taleplerin yok sayılmaması gerektiğini belirtmiştir. Türkiye’de bu türde bir hastane bulunmamaktadır.

*Demans Dostu Hastane:* Demans hastalığı olan bireylerin hastanede kalırken konforunun sağlanması amacıyla demans dostu hastane kavramı ortaya çıkmıştır. DSÖ (2022a) demansı “hafızayı, diğer düşünmeyi işleme yeteneğinde ve davranışları etkileyen, bir kişinin günlük yaşam aktivitelerini sürdürme yeteneğine önemli ölçüde müdahale eden çeşitli hastalıklar” olarak tanımlamaktadır. Dünyada 55 milyondan fazla demans hastası olduğu ve her geçen yıl yaklaşık 10 milyon yeni demans vakası görüldüğü belirlenmiştir (DSÖ, 2022a). Alzheimer Derneği (2016) tarafından yapılan bir araştırmada demans hastalığı olan kişiler hastanelerin korkutucu olduğunu belirtmişlerdir (Alzheimer Society, 2016). Hastane ortamları demans hastaları için ideal bir ortam değildir (Moyle vd., 2008). Hastanelerdeki birbirine benzer yataklar, kapılar ve koridorlar demans hastalığı olan kişinin kaybolmasına veya kafalarının karışmasına sebep olabilmektedir (Leung ve Todd, 2010). Demans dostu servislere sahip olan hastaneler ise yatan hastaların çevresini anlamlandırmasına yardımcı olmaktadır (Fitzpatrick, 2018). Demans dostu hastane kavramı, yaygın olarak demans hastalarının bakım ve tedavisini iyileştirmeye odaklanan eğitim girişimleri ve çevresel tasarımlar ile ilgili olarak kullanılmaktadır (Hebert ve Scales, 2017). Demans dostu hastanelerde çalışan kişilerin eğitimi için CARES Demans Dostu Hastane programı geliştirilmiştir. CARES (C = Kişiyle bağlantı kurun, A = Davranışı değerlendirin, R = Uygun şekilde yanıt verin, E = Neyin işe yaradığını değerlendirin, S = Başkalarıyla paylaşın). Demans dostu hastane eğitim programında hastanede yatan demans hastalarına bakım veren kişilerin bilgi ve becerilerini artırmak amacıyla çevrimiçi ortamda geçerli olan eğitim programıdır (Galvin vd., 2010; Hobday vd., 2017).

*Hasta Dostu Hastane:* Kılıç ve Bostan (2021) hasta dostu kavramını hasta ile sağlık hizmeti sunan kişi ve kurumlar arasındaki etkileşimde ortaya çıkan saygı, şefkat, güven, empati, ilgi, yardımseverlik ve vefa gibi duyguları bünyesinde toplayan bir olgu olarak tanımlamaktadır. Hasta dostu sağlık hizmetleri kavramına yönelik çalışmalar ulusal literatürde her geçen gün artmaktadır. Kılıç ve Bostan (2021) tarafından “Hasta Dostu Hastane Ölçeği” de geliştirilmiştir. Uluslararası literatürde ise hasta dostu tesisler (Reiling vd., 2008), hasta dostu hastane (Douglas ve Douglas, 2004; Krishnamurthy, 2012) ve hasta dostu dokümantasyon sistemleri (Ahlfeldt vd., 2006) gibi kavramlardan bahsedilmektedir. Hasta dostu hastaneler, çözüm odaklı bir anlayışa sahiptir ve hasta merkezlidir. Hasta dostu hastanelerde poliklinik hizmetleri esnasında hastalara rahat ve sıcak bir ortam sağlanmalı ve hastaların bekleme süreleri azaltılmalıdır. Özellikle hastalara bekleme süreleri ve neden bekledikleri hakkında önceden bilgi verilmelidir. Hastalar sırlarının korunduğundan emin olmak isterler. Bu nedenle hastaların özel sağlık bilgileri kesinlikle üçüncü kişilerle paylaşılmamalıdır (Spath, 2007).

*Hasta Güvenliği Dostu Hastane:* Eski çağlardan günümüze kadar varlığını koruyan tıbbi hatalar, son yıllarda hasta güvenliğine önem verilmesiyle azaltılmaya çalışılmaktadır (Ovalı, 2010). DSÖ (2022b) tarafından hasta güvenliği, “sağlık bakım sistemlerinde gelişen karmaşıklık ve bunun sonucunda sağlık tesislerinde hastaya verilen zararın artmasıyla ortaya çıkan bir sağlık disiplini” olarak tanımlanmıştır. Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastaların başına gelebilecek riskleri, hataları ve zararları önlemeyi ve azaltmayı amaçlamaktadır. Hasta güvenliğine dair ilk örgütlenme çalışmaları DSÖ’nün 2004 yılında düzenlediği 57. Dünya Sağlık Kongresinde Uluslararası Hasta Güvenliği Birliği’nin kurulması kararı ile başlamıştır (Pinnock, 2012). DSÖ, Doğu Akdeniz Bölgesindeki ülkelerin katılımı ile sağlık hizmeti veren kurumlarda hasta güvenliği kültürünü sağlamak amacıyla 2007 yılında Hasta Güvenliği Dostu Hastane Girişimi (PSFHI) başlatılmıştır. Benzer şekilde 2019 yılında yapılan Dünya Sağlık Asamblesi’nde 17 Eylül’ün Dünya Hasta Güvenliği Günü olarak kutlanması kararlaştırılmıştır (DSÖ, 2022c). Liderlik ve yönetim, hasta ve toplum katılımı, güvenli kanıt dayalı klinik uygulamalar, güvenli çevre ve yaşam boyu öğrenme olmak üzere 5 etkinlik alanı geliştirilmiştir (Dilmen, 2016). PSFHI, tüm hastanelere uygun ve kapsamlı bir hasta güvenliği başlatma konusunda yardımcı olmayı amaçlayan bir

DSÖ girişimidir. 20 kritik, 90 çekirdek ve 30 gelişimsel olmak üzere toplam 140 tane hasta güvenliği standardı geliştirilmiştir. DSÖ tarafından seçilen uzmanlar, kurumların standartlara uygunluğunu değerlendirmektedir (DSÖ, 2011; Dilmen, 2016).

*Hemşire Dostu Hastane:* Hasta bakım hizmetlerinde en önemli role sahip olan hemşirelerin çalışma ortamları ve kendilerini destekleyen koşullar sağladığı takdirde kaliteli, etkili ve verimli bir sağlık hizmetinden söz edilebilmektedir (Er ve Sökmen, 2018). ABD’de kırsal ve kentsel bölgelerde kişi başına düşen hemşire sayısının yeterli olmaması gibi sebeplerden dolayı Teksas Hemşireler Birliği tarafından Hemşire Dostu Hastane Projesi geliştirilmiştir. 12 kritere dayandırılan Hemşire Dostu Hastane Projesi, kriterlerini karşıladığı belgelenen hastaneler için 3 yıl geçerli olmaktadır (Meraviglia vd., 2009). Bu projenin birincil amacı kırsal veya küçük hastanelerde 12 hemşire dostu kriterini hastanelerin politika ve uygulamalarına ekleyerek pozitif bir çalışma ortamı yaratmak için yardımcı olmaktır. Hemşire dostu hastane kriterlerini tam olarak karşılayan kurumlar bu unvan ile faaliyetlerine devam etmektedir (Meraviglia vd., 2008).

Hemşire dostu hastane kriterleri aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir (Meraviglia vd., 2009; Meraviglia vd., 2008):

1. Hemşirelerin işlerinde yeterli yetki ve sorumluluğa sahip olması,
2. Mesleki gelişimlerine yönelik desteklerin varlığı,
3. Çalışma ortamlarının güvenliği,
4. Hemşirelerin aldıkları ücret veya maaşları,
5. Hemşirelik uygulamaları üzerindeki kontrol (belirli bir bakım yönetim modeli),
6. Hastaya bakım sırasında sorunların ele alınmasındaki sistemlerin varlığı,
7. Hemşirelere yönelik oryantasyon,
8. Yönetici hemşire sayısındaki yeterlilik,
9. Dengeli yaşam tarzı,
10. Kalite girişimleri (hizmet içi eğitim, çalışma koşulları),
11. Hemşireye saygı/tanıma (ödül, özel teşekkür ve hemşirenin tanınmasına teşvik),
12. Hemşire istismarına karşı tolerans gösterilmemesi.

*Göçmen Dostu Hastane:* Dünya çapında artan göçmen ve mülteci nüfusun sağlık ihtiyaçlarının karşılanması, küresel bir zorunluluk haline gelmiştir. Göçmen ve mülteciler, tıbbi tedavi hizmetlerine erişimde zorluklarla karşı karşıya kaldıklarından, ev sahipliği yapan ülkelerin göçmen sağlığını bir halk sağlığı sorunu olarak gündeme taşımaları, eşitsizliğin giderilmesine yönelik tedbirlerin alınması bir zorunluluk haline gelmektedir (Brandenberger vd., 2019). 2002 yılında Avrupa Birliği (AB) tarafından göçmen sağlığı hizmetlerini iyileştirmeye yönelik "Göçmen Dostu Hastane Projesi (MFH)" adlı bir girişim başlatılmıştır. Bu girişim, göçmenlerin sağlığının korunması ve tedavilerinin gerçekleştirilmesinde doğru bilgiye ulaşmalarını sağlama, tercümanlık hizmetlerinin iyileştirilmesine, sağlık personelinin farklı kültürlere dayalı yeterliliklerini geliştirmeye odaklanmıştır (Krajic vd., 2005). Göçmen dostu hastaneler Türkiye’de yer almamakla birlikte; Bükecik vd. (2019) tarafından mülteci kadınların üreme sağlığı ile ilgili yapılan çalışmada göçmen dostu hastane projelerinin Türkiye’de de yürütülmesi ve planlanması gerektiği vurgulanmıştır.

*İslam Dostu Hastane (İbadet\Helal Dostu Hastane):* Tıbbi bakım hizmetlerinde hasta memnuniyetini sağlamak adına hastaların dini inançlarına uygun ve dini duyarlılığı yüksek olan hastaneler geliştirilmiştir. Müslüman hastaları ve turistleri kuruma çekmek için tasarlanan İslam dostu hastaneler dini hassasiyeti olan kişilere hizmet veren hastanelere bir örnek oluşturmaktadır. İslam dostu hastaneler İslami bakış açısıyla sağlık hizmeti sunulmasına dayalı yeni bir yaklaşımdır (Rahman, 2021). İslam dostu hastanelerde hastalar tıbbi hizmeti sunanlar tarafından inançlarına uygun şekilde aydınlatılmaktadır. Ayrıca hastaların muayene edilirken erkek veya kadın personel tercih edebilme hakkı bulunmaktadır (Rahman vd., 2017). Literatürde İslam dostu hastane yerine ibadet dostu, Müslüman dostu ve helal dostu hastane gibi kavramların kullanıldığı görülmüştür.

Pek çok araştırmacı tarafından henüz yeni bir kavram olan İslam dostu hastanelerin, Malezya, Tayland, Hindistan gibi ülkelerde var olduğu bilinmektedir (Turan ve Erdem, 2021). 2008 yılı içinde Hindistan, tıbbi bakım hizmeti alırken helal uygulamaları tercih eden 1,1 milyon Pakistanlı, Bangladeşli, Orta Doğu ve Afrikalı Müslüman turistlerin sağlık hizmeti almalarını sağlamıştır (Zailani vd.,2016). Dünya genelinde bünyesinde en fazla İslam dostu hastane barındıran ülke Malezya'dır. Malezya'ya sağlık hizmeti almak için gelen turistlerin yüzde 70'inden fazlası Orta Doğu ve komşu ülkelerden gelen Müslümanlardır. Malezya'da yerli ve yabancı Müslüman hastalara hizmet sunan çok sayıda özel hastane bulunmaktadır (Kamassi vd., 2020). Literatüre dayanılarak İslam dostu hastane kriterleri şu şekilde sıralanabilir:

1. Müslüman hastaların mahremiyetine saygılı olmak,
2. Müslüman hastalar için helal yiyecek sağlamak,
3. Hastaların dua etmesine ve Kuran okumalarına izin vermek, aynı zamanda dini düşüncelerine saygı duymak,
4. Müslüman hastalara mümkün olduğu sürece organ bağışı ve otopsi hakkında ısrarcı olmamak,
5. Hasta hakları konusunda yeterli ve anlaşılır şekilde bilgilendirmek,
6. Yapılacak olan test ve tedaviler hakkında bilgilendirmek,
7. Hastalar istedikleri takdirde kendileri ile aynı cinsiyette sağlık personelinde tedavi hizmeti alabilmek,
8. Tercihleri doğrultusunda doğumhanelerde kadının eşi dışında karşı cinsten bir kişinin bulunmaması,
9. Yaşamlarının kutsallığına ve vücut bütünlüğüne ve tamlığına saygı duymak (Zailani vd., 2016; Padela vd., 2008; Rahman vd., 2017).

*Yaş/Yaşlı Dostu Hastane:* Dünyada her geçen yıl artan yaşlı nüfusun beraberinde getirdiği sağlık problemleri küresel anlamda bir risk olarak görülmektedir. DSÖ verilerine göre 2019 yılında 60 yaş ve üstü kişiler dünya nüfusunun 1 milyarını oluştururken; 2030 yılında bu sayının 1,4 milyar; 2050 yılında ise 2,1 milyar olacağı tahmin edilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde bu oranın daha da yükseleceği tahmin edilmektedir (DSÖ, 2022d). Bu nedenle DSÖ sağlık hizmeti veren kurumların yaşlı nüfusa yönelik hazırlanması gerektiğini öne sürmekte ve aktif yaşlanmayı destekleyecek yaş dostu sağlık ortamlarını teşvik etmektedir. DSÖ tarafından yaşlıların özel ihtiyaçlarına göre planlanmış yaşlı dostu hastane girişimi ortaya atılmıştır. Yaşlı dostu hastane sertifika standartları 4 ana standart (yönetim, iletişim ve hizmetler, bakım süreçleri, fiziksel ortam) ve 11 alt standart dahilinde 60 ölçülebilir maddeden oluşmaktadır (Kuo ve Chen, 2019). Yaşlı dostu hastane girişiminin temel amacı; yaşlı bireyler için hoş, destekleyici, ulaşılabilir, kapsamlı ve uygun bir bakım ortamı sağlamaktır. Ayrıca yataklı, ayaktan, akut bakım sonrası ve evde bakım gibi tüm bakım ortamlarında yaşlı yetişkinlere yönelik bakımı iyileştirmektir (Mate vd., 2018).

DSÖ, yaşlı dostu sağlık merkezlerinin amaçlarını açıklamak ve bu merkezlerin ilkelerini düzenlemek nedeni ile "Aktif Yaşlanma: Yaşlı Dostu Temel Sağlık Bakımına Doğru" (Active Ageing: Towards Age Friendly Primary Health Care) rehberini hazırlamıştır. 2008 yılında ise yaşlı dostu sağlık kurumları kavramını belgelendirmek ve standartlaştırmak amacıyla "*Yaşlı Dostu Temel Sağlık Bakımı Merkezleri Araç Kiti (Age Friendly Primary Health Care Centres Toolkit)*" rehberini sunmuştur. Bu rehberler Jamaika, Malezya, Kanada, Avustralya, Kosta Rika, Filipinler olmak üzere 6 ülkede yürütülen araştırmalar sonucunda geliştirilmiştir. Uygulanan yaşlı dostu hastane modelleri; DSÖ Modeli, Kanada Modeli, Amerika Birleşik Devletleri Modeli, Hong Kong Modeli ve AB Ülkeleri Modeli olarak bilinmektedir (Kocakoç ve Şahin, 2021; WHO, 2008). Türkiye'de de Antalya ilinde bu rehberler dahilinde pilot çalışma gerçekleştirilmiştir. Ancak pilot çalışma sonrasında uygulama ülke genelinde yaygın hale getirilememiştir (Kocakoç ve Şahin, 2021). SB tarafından hazırlanan Türkiye Sağlıklı Yaşlanma Eylem Planı ve Uygulama Programında yaşlı dostu merkez kavramının tüm sağlık hizmeti basamaklarında oluşturulması ve yaşlı bireylere yönelik sağlık hizmeti sunumunun geliştirilmesi hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

Son olarak *Çocuk Dostu Hastane* ve *Bakım Dostu Hastaneler* yer almaktadır. Çocuk dostu hastaneler, 18 yaş altındaki kişilerin önceliklendirildiği ve ihtiyaçlarının düşünüldüğü kurumlardır. Çocukların hastaneleri algılama biçimi yetişkinlere göre farklılık gösterebilmektedir. Çocuklar, hizmet aldıkları pediatri bölümlerinde sağlık personelinin sempatik bulmayabilmektedir, strese girebilmektedir. Çocuk için hastaneler bir ceza olarak görülebilmektedirler. Dahası hastaneler çocukların sosyal alanını ve fiziksel çevresini olumsuz etkileyebilmektedir (Öymen-Gür ve Yalçınkaya, 2022). Bu olumsuz etkileri azaltmada çocukların gelişiminde en önemli role sahip olan oyundan yararlanılabilmektedir (Gür ve Zorlu, 2002). Bakım dostu hastane ise bebek dostu hastane kavramından yola çıkılarak, sağlık hizmetlerinde hemşirelik bakımının kalitesini iyileştiren hastaneler için kullanılmaktadır (Güven ve Oktay 2009). Dost hastane türleri arasında kaynaklarda detaylı açıklanmayan bazı başlıklar da mevcuttur. Örneğin *Aile Dostu* (Özkan vd., 2016; Erbaş ve Demirel, 2019), *Gebe Dostu* (Dinç ve Aşkın, 2018), *Yenidoğan Dostu*, *Kadın Dostu* (Hague ve Clarke, 2002) gibi hastanelere değinilmekle birlikte bu türlere dair ayrıntılı bilgi verilmemiştir.

### III. YÖNTEM

Bu çalışmada sistematik derleme yöntemi kullanılmıştır. Sistematik derleme, belirli bir konuya dair yapılan bütün araştırmaların detaylı bir şekilde, dışlanma ve dâhil edilme kriterlerine göre incelenmesidir. Sistematik derleme sayesinde araştırma amacına yönelik güçlü kanıtlar oluşturulabilmektedir (Karaçam, 2013; Aslan, 2018).

Bu çalışmada, sistematik hataları ve olası bias riskini en aza indirmek amacıyla sistematik derleme metodolojisine uygun, üç farklı veri tabanından farklı anahtar kelimeler kullanılarak literatür tarama, makale seçimi, veri toplama ve kalite değerlendirme aşamaları iki araştırmacı tarafından bağımsız olarak yapılmıştır. Duplikasyona yol açmamak için yayınlar dikkatlice incelenmiştir. Kalite değerlendirmesi aşamasında araştırmacılar tarafından metodolojik inceleme yapılarak, “güçlü” ve “orta” puanı olan yayınlar çalışmaya dahil edilmiştir. PRISMA akış diyagramının kullanılması derlemelerin kalitesini artırmaktadır (Çınar, 2021). Bu nedenle PRISMA akış diyagramı ve PRISMA bildirgesi kontrol listesi göz önünde bulundurularak sistematik derleme hazırlanmıştır.

#### 3.1. Araştırmanın Dahil Edilme Kriterleri

Araştırmaya dahil edilme kriterleri doğrultusunda yapılan incelemede dost hastaneye dair çalışmaların, 2015 yılından itibaren belirgin bir artış gösterdiği tespit edildiğinden sistematik derleme kapsamına 2015–2021 yılları arasında yayınlanan çalışmalar dahil edilmiştir (Şekil 3). Araştırmaya tam metnine ulaşılabilen nitel, nicel ve karma yöntem kullanılan, yayın dili İngilizce olan çalışmalar alınmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Dışlanma Kriterleri

Araştırmanın dışlanma kriterleri doğrultusunda, konuyla ilgili yapılan tezler, derlemeler ve kongre veya konferanslarda sunulan bildiriler, yayın yılı 2015 yılından önce olan, yayın dili farklı olan ve özet, başlık ve içerik bakımından uygun olmayan araştırmalar dahil edilmemiştir. Bu çalışmada yenilikçi dost hastane türlerinin incelenmesi amaçlandığından dolayı, ulusal ve uluslararası literatürde oldukça fazla çalışılan anne ve bebek dostu hastane türlerini kapsayan ve yinelenen araştırmalar çalışmadan hariç tutulmuştur (Tablo 1).

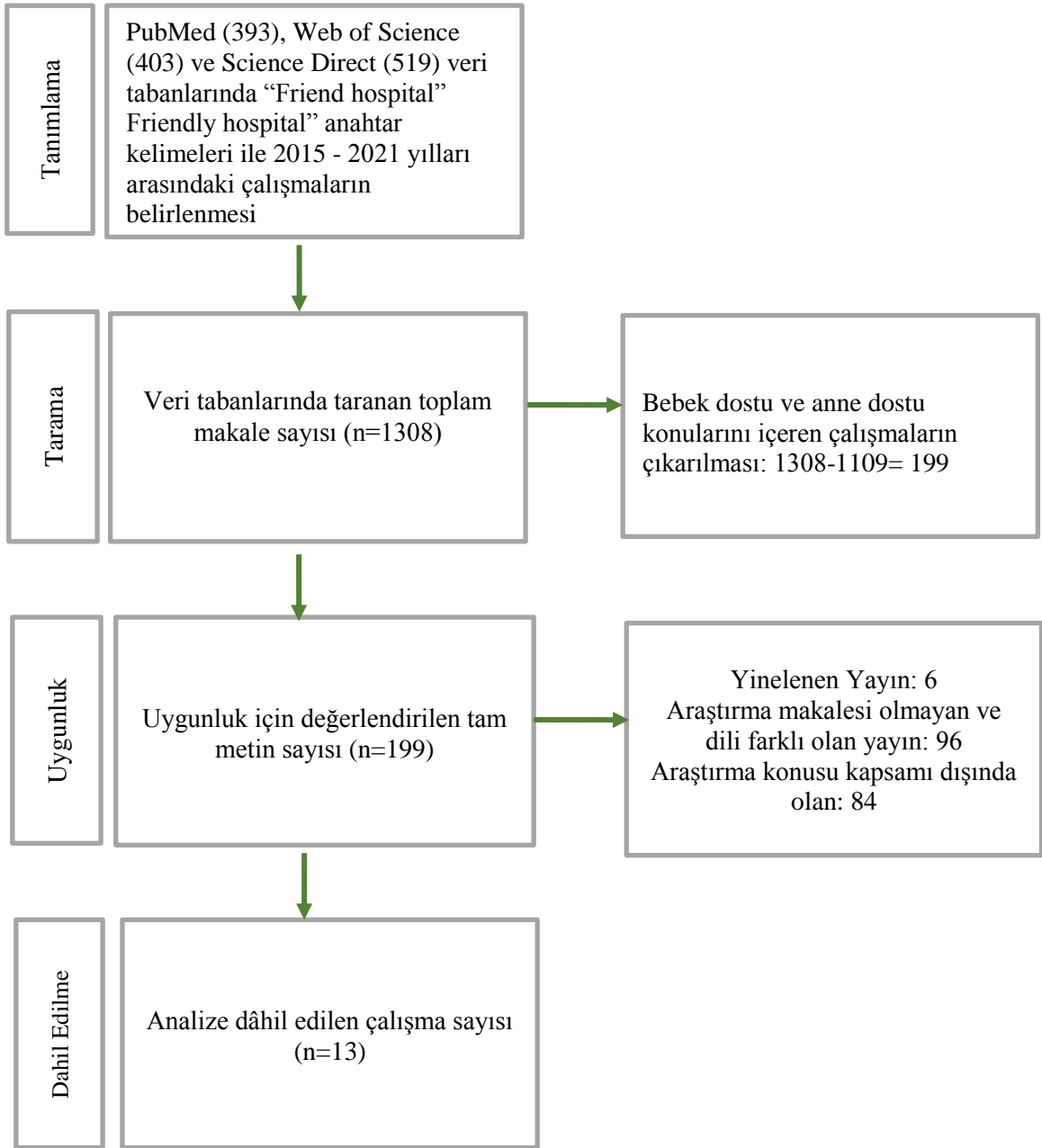
#### 3.3. Araştırma Sürecinde İzlenen Yol

Bu çalışmada 10 Mayıs – 20 Eylül tarihleri arasında Web of Science (WOS), PubMed ve Science Direct elektronik veri tabanlarında “Friendly hospital” ve “Friend hospital” anahtar kelimeleri kullanılarak araştırmacılar tarafından bağımsız bir şekilde taranmıştır. Literatür taraması ve araştırma süreci sistematik derlemelerde kullanılan PRISMA şeması dikkate alınarak tanımlama, tarama, uygunluk ve dahil edilme olmak üzere 4 aşamada gerçekleştirilmiştir. İlk aşamada PubMed, Science

Direct ve Web of Science veri tabanlarında “Friendly hospital” ve “Friend hospital” anahtar kelimeleri ile 2015-2021 yılları arasında yapılan çalışmalar taranmıştır. İkinci aşamada ise PubMed: 371, Science Direct: 533 ve Web of Science: 404 olmak üzere toplam 1308 makale araştırma kapsamına dahil edilmiştir. Üçüncü aşamada yenilikçi dost hastane türlerine uygun olmadığından anne ve bebek dostu hastane konusunu kapsayan çalışmaların çıkarılması ile 199 adet yayın kalmıştır.

Son aşamada ise üç veri tabanında da yinelenen çalışmalar, araştırma makalesi olmayan, yayın dili farklı olan ve araştırmacılar tarafından özet, başlık, içerik kısmının incelenmesi sonucunda uygun görülmeyen çalışmalar bu sistematik derlemeden çıkartılmıştır ve araştırmacılar tarafından dışlanma ve dahil edilme kriterleri doğrultusunda analize 13 yayın dahil edilmiştir.

### Şekil 1. Sistematik Derlemeler İçin Tercih Edilen PRISMA Akış Şeması



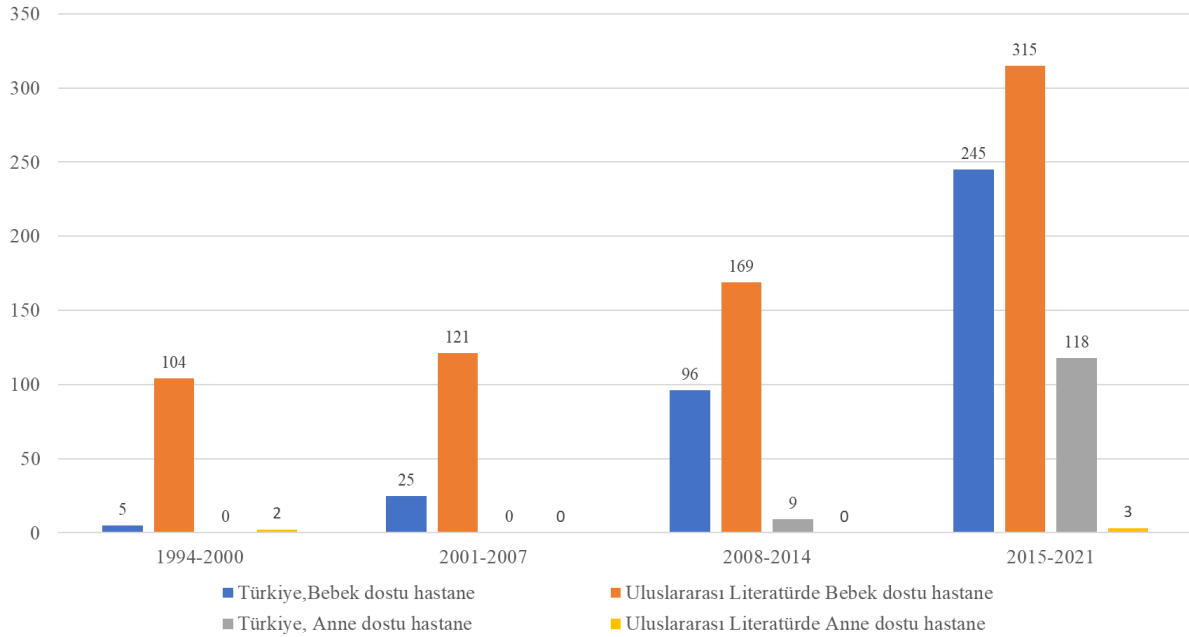
**Tablo 1. Dışlanma Kriterlerinin Veri tabanlarındaki Yayınlar Göre Dağılımı**

	2015-2021 yılları arasında taranan toplam çalışma sayısı	Bebek dostu ve anne dostu çalışmaların sayısı	Araştırma makalesi olmayan ve dili farklı olan makale sayısı	Özet, başlık ve içerik kısmından dışlanan makale sayısı	Analize dahil edilen çalışma sayısı
Web of Science	404	341	20	35	8
PubMed	371	320	13	29	9
Science Direct	533	448	63	20	2
<b>Yinelenen makalelerin çıkarılması sonucunda analize 13 çalışma dahil edilmiştir.</b>					

#### IV. BULGULAR

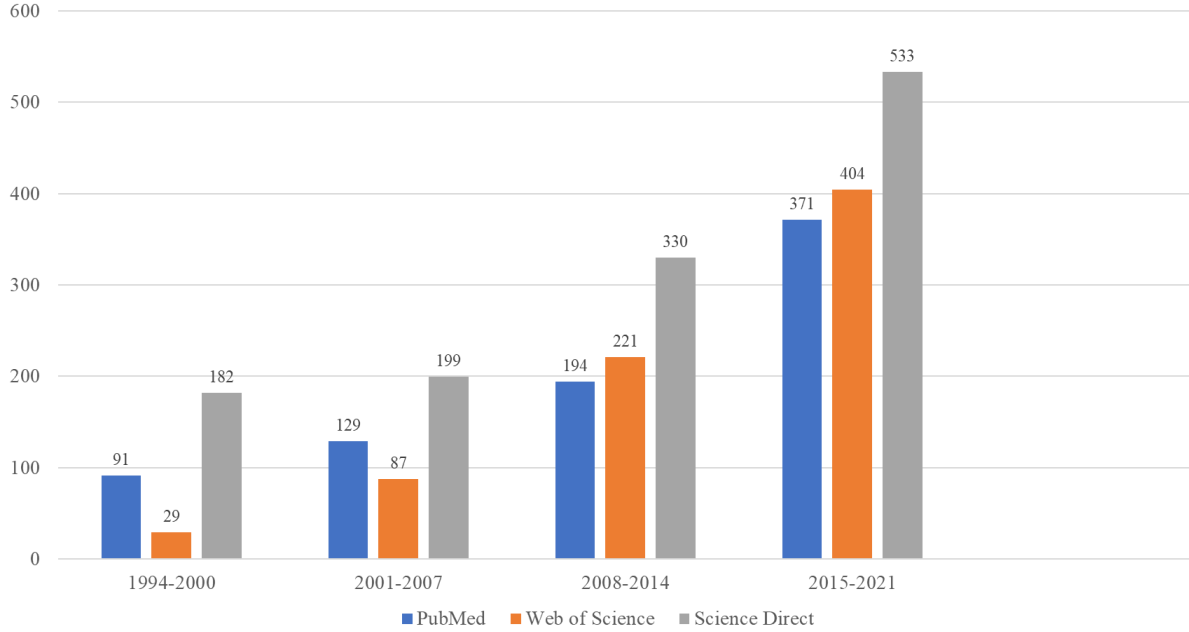
Bu bölümde sistematik derlemeye dair bulgular sunulmuştur. Anne dostu ve bebek dostu hastane kavramlarını içeren araştırmalar incelenmiştir.

**Şekil 2. Anne Dostu ve Bebek Dostu Hastane ile İlgili Ulusal (Google Akademik) ve Uluslararası Literatürde (PubMed) Yapılan Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı**



Şekil 2’de görüldüğü gibi 1994 yılından itibaren başlayarak günümüze kadar anne dostu ve bebek dostu hastanelere ilişkin araştırmaların her geçen dönem daha fazla yayınlandığı görülmektedir. Araştırmacıların son dönemde anne dostu ve bebek dostu hastane konusuna eğildikleri gözlenmektedir. Özellikle 2015 yılından sonra çalışmalar ciddi bir artış göstermektedir. Ayrıca bebek dostu hastanelere ilişkin çalışmaların, anne dostu hastanelere dair yapılan çalışmalardan oldukça fazla sayıda olduğu tespit edilmiştir. 2015-2021 yılları arasında bebek dostu hastaneler ile ilgili yayınlanan araştırmaların, anne dostu hastanelerin ortalama 5 katı olduğu ortaya çıkmıştır. Her dönemde uluslararası literatürdeki çalışmalar, ulusal literatürden fazladır.



**Şekil 3. Dost Hastane ile İlgili Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı (PubMed, Web of Science ve Science Direct)**

Şekil 3'te görüldüğü gibi 1994 yılından günümüze doğru uluslararası veri tabanlarında dost hastane kavramına yönelik yapılan çalışmaların sayısının arttığı ve özellikle 2015-2021 yılları arasında önemli oranda artış gösterdiği tespit edilmiştir. 2015-2021 yılları arasında yapılan araştırmaların sayısı, bir önceki döneme göre ortalama 2 katı kadar yükselmiştir. Tüm yıllar arasında en fazla sayıda çalışmanın PubMed ve Web of Science veri tabanlarına kıyasla Science Direct'te yer aldığı görülmektedir.

Araştırma bulguları, Web of Science, PubMed ve Science Direct veri tabanlarında “Friendly hospital” ve “Friend hospital” anahtar kelimeleri kullanılarak ve PRISMA akış diyagramı dikkate alınarak elde edilmiştir. Bu çalışmada veri tabanlarında yapılan tarama sonucunda toplam 1308 adet makale tespit edilmiştir. Seçim kriterlerine göre bebek ve çocuk dostu hastaneler ile ilgili makalelerin elenmesi sonucunda 199 çalışma değerlendirilmiştir. 6 makale yineleniğinden, 96 makale araştırma makalesi olmadığından ve İngilizceden farklı bir dilde olduğundan, 84 makale konu kapsamı dışında kaldığından toplam 186 yayın dışlanmıştır. Dahil edilme kriterleri olan İngilizce dilinde yayınlanan, uygulamalı araştırma olan ve tam metnine ulaşılan 13 çalışma incelenmiştir.

Kalan 13 makalenin analizi dost hastane türü, araştırmanın yazarı ve yılı, gerçekleştiği ülke, yöntemi, örneklem, önemli bulguları (etkileri) şeklinde hazırlanan tablo üzerinde kodlanarak yapılmıştır (Tablo 2.). Kodların güvenilirliği, iki araştırmacı tarafından karşılaştırılarak sağlanmıştır. Yapılan analiz sonucunda araştırmaların Malezya (3), Tayvan (3), Avustralya (1), ABD (1), İngiltere (1), İrlanda (1), Danimarka (1), İtalya (1), Umman'da (1) yapıldığı anlaşılmıştır. Araştırma desenlerinin nicel (6), nitel (4) ve karma (3) olarak dağıldığı görülmektedir. Nitel araştırmaların en az 16, en fazla 38 kişiye uygulandığı; karma araştırmaların en az 16, en fazla 123 kişiye uygulandığı; nicel araştırmaların ise en az 68, en fazla 507 kişiye uygulandığı tespit edilmiştir. PRISMA akış şeması sonucunda elde edilen veriler değerlendirildiğinde ise dost hastane kavramına dair araştırmaların sağlık çalışanları, hastalar ve yakınları, turistler, yöneticiler ve yaşlılar üzerinde yapıldığı görülmüştür. İncelenen araştırmaların özellikle sağlık çalışanları ve hastalar üzerinde yoğunlaştığı tespit edilmiştir (Tablo 2).

Araştırmaya dahil edilen yayınlardan elde edilen bulgular şu şekildedir:

İlk olarak araştırmaya dahil olan yayınlar incelendiğinde yenilikçi 5 dost hastane türünün yer aldığı görülmektedir. Bunlar; cinsiyet dostu, demans dostu, hasta güvenliği dostu, Müslüman dostu ve yaşlı

dostu hastanelerdir. Yenilikçi dost hastane türlerinin olumlu etkileri olarak ise, yaşlı ve özel gereksinime ihtiyaç duyan diğer hasta gruplarına karşı farkındalığın artması ve olumlu yaklaşım geliştirilmesi; hasta güvenliğinin, hasta memnuniyetinin ve bağlılığının sağlanması, hastaneye sempati duyulması, sağlık çalışanlarının tatmini, hastalar ve yakınları ile iletişimin geliştirilmesi olduğu tespit edilmiştir.

#### 4.1. Araştırmaya Dahil Edilen Araştırmaların Özellikleri

Chou ve diğerleri (2018) Tayvan'da yaptığı çalışmada 203 hasta üzerinde bir anket uygulamıştır. Cinsiyet dostu hastane ortamlarının müşterilerin sadakatini ve ödeme istekliliğini etkilediğini belirtmişlerdir. Hobday ve diğerleri (2017) ABD'de demans dostu hastane programının uygulanabilirliğini ve faydalarını ölçmek amacıyla 25 hastane personeline yönelik araştırma yapmışlardır. Bu çalışmada katılımcıların eğitim almadan önce ve eğitim aldıktan sonraki görüşleri değerlendirilmiştir. Katılımcılara 19 maddelik çoktan seçmeli ve açık uçlu soruların bulunduğu bir test uygulanmıştır. Araştırma sonucunda katılımcıların %80'inin demans bilgisinde artış olduğu belirtilmiştir.

Brooke ve Semlyen (2019) tarafından İngiltere'de hemşireler ve sağlık bakım asistanlarının yer aldığı 38 katılımcı ile çalışmayı gerçekleştirmişlerdir. Nitel araştırma yönteminin kullanıldığı bu çalışmada, katılımcıların demans dostu servis ortamlarındaki deneyim ve algılarını araştırıldı. Katılımcılar, ortamın daha az klinik olarak deneyimlendiğini, sıcak ve arkadaşça görüldüğünü ve hem hastalar hem de aileleri ile etkileşimleri desteklediğini belirtmiştir. Xidous vd. (2020) İrlanda'da 99 hasta ve 24 refakatçinin yer aldığı çalışmada hastane ortamının demanslı yaşlı bireyler üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Çalışmayı 95 adet anket ve 12 adet görüşme ile gerçekleştirmişlerdir. Bu araştırma, akut hastane ortamının demans ve deliryum dahil olmak üzere bilişsel bozuklukları olan yaşlı insanlar üzerindeki olumsuz etkisini doğrulamıştır.

Toubol vd. (2020) Danimarka'da dört paydaş grubundan oluşan 16 kişinin yer aldığı çalışmada paydaşların demans dostu hastaneye bakış açılarını araştırmayı ve tanımlamayı amaçlamışlardır. Araştırma nitel araştırma yöntemi ile paydaşlar ile görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Allegri vd. (2021) İtalya'da gerçekleştirdikleri çalışmanın örneklemini bilişsel bozukluğu olan ve hastanede yatan 65 yaş üstü bireyler oluşturmaktadır. Araştırmaya 68 kişi katılmıştır. Araştırma, hastane personelinin demans bakım uygulamalarını iyileştirmeye odaklanan kısa bir eğitimi katılımcılara verip ve eğitimin yaşlı yetişkinler arasında fonksiyon kayıplarını önleyip önlemediğini ve taburcu olmadaki olumsuz sonuçları azaltıp azaltmadığını değerlendirmeyi amaçlamıştır.

Al-Mandhari vd., (2018) Umman' da 4 hastaneye yönelik gerçekleştirdikleri çalışmada DSÖ'nün Hasta Güvenliği Dostu Hastane Girişimi'nin (PSFHI) standartlarını örneklem grubundaki hastanelere uygulamayı amaçlamışlardır. Dört hastaneden üçü (bir devlet ve iki özel) ikinci seviye puan aldı. Bir devlet hastanesi üçüncü seviyeyi alarak, ilk değerlendirmede Doğu Akdeniz Bölgesi'nde üçüncü seviyeye ulaşan ilk hastane olma özelliğini kazanmıştır. Zailani vd. (2016) Malezya'da yaptıkları çalışmada İslam dostu hastanelerde sağlık hizmeti alan 243 Müslüman turiste anket uygulamışlardır. Araştırmada Müslüman turistlerin memnuniyetini etkileyen faktörleri ve klinik deneyimlerini incelemek amaçlanmıştır. Çalışmada Müslüman turistlerin tutumlarının, hastanenin helal uygulaması ile Müslüman turistlerin memnuniyeti arasında aracı bir rol oynadığını tespit etmişlerdir.

Rahman vd. (2018) Malezya'da özel hastanede görev alan 152 Müslüman doktora anket uygulamışlardır. Araştırmada Müslüman dostu özel hastanelerdeki Müslüman doktorların İslami tıbbi bakım uygulamalarında algılanan rolünü araştırmayı amaçlamışlardır. Araştırma bulgularında Müslüman doktorların İslam dostu hastanede tıbbi bakım hizmeti sağlamadaki rolünün önemli olduğunu belirtmişlerdir. Rahman vd. (2021) Malezya'da yaptıkları çalışmada 15 İslam dostu hastanedeki 379 hastaya anket uygulamışlardır. Araştırmacılar, Müslüman hastaların Malezya'daki özel hastanelerde daha ileri tedavi için sadakat niyetlerini etkileyen sağlık hizmetleriyle ilgili psikolojik faktörlerini araştırmayı amaçlamışlardır. İslam hukukunun olanakları, hastane yönetiminin davranışları ve hemşirelerin sunduğu hizmetlerin hasta memnuniyeti üzerinde etkisi olduğunu tespit etmişlerdir.

Karki vd., (2015) Tayvan'da yaptıkları nitel araştırmada 33 yaşlı hasta ve 4 hastane yöneticisi ile görüşmüşlerdir. Çalışmanın amacı, yaşlıların yaşlı dostu bir hastaneye bakış açılarını araştırmaktır. Katılımcıların çoğu sağlık personelinin davranışlarından memnundu. Ancak sağlık personelinin geriatri sağlığı konusunda eğitim almadıklarını ifade etmişlerdir. Kuo ve Chen, (2019) Tayvan'da 163 sağlık çalışanına anket uygulayarak yaptıkları çalışmada Kotter'in değişim modelini yaşlı dostu hastane sertifikasyon sürecinde yer alan unsurlara uygulamayı ve çalışanların yaşlanma konusundaki bilgilerindeki değişiklikleri ve yaşlılara karşı tutumlarını değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Çalışanların yaşlı dostu hastane sertifikasyon sürecinden sonra yaşlanma konusundaki bilgileri ve yaşlılara karşı tutumları gelişmiştir. Arakawa-Martins vd., (2020) Avustralya'da yaptıkları araştırmada 65 yaş üstü bireylerden oluşan 16 kişi araştırmaya katılmıştır. Araştırma verileri anket, gözlem ve görüşme yöntemleri ile elde edilmiştir. Araştırmada hastanelerin fiziksel çevre ve alanlarının tasarımı ile yaşlıların ayakta tedavi deneyimi arasındaki ilişki araştırılmıştır. Hastane ortamında bulunan çeşitli unsurların yaşlı bireylerin sağlık hizmeti kullanımının önündeki engeller ve kolaylaştırıcılar olarak tanımlanmıştır.

## **V. TARTIŞMA**

Bu sistematik derlemeye dahil edilen araştırmaların genelinde dost hastane türlerinin hastalar, sağlık çalışanları vb. üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırmalarda sağlık çalışanları açısından, hasta, yaşlı ve demanslı olan kişiler hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları ve yaklaşım değiştirdikleri, göçmen, demans, yaşlı, Müslüman vb. hasta gruplarının memnuniyetini artırdığı, hastanelerdeki fiziksel ortamı daha rahat ve samimi buldukları, yaşlı ve demans hastalarıyla daha iyi iletişim kurduklarını belirtilmiştir. Hastalar açısından ise hastanenin fiziksel ortamını daha samimi buldukları, sağlık çalışanlarından ve kurumdan memnuniyetlerinin arttığı ifade edilmiştir.

Sağlık çalışanları, dost hastanelerin farklı özellikleri olan hastalar için oldukça önemli olduğunu ve dost hastane eğitim ve belgelendirme sürecinden sonra yaşlı ve demansa sahip bireylere karşı yaklaşımlarının önemli ölçüde değiştiğini ve dost hastane unvanı alan hastanelerin göçmen, demans, yaşlı, Müslüman vb. hasta gruplarının memnuniyetini artırdığını vurgulamışlardır. Hastalar ise dost hastanelerin fiziksel ortamının diğer hastanelere göre daha samimi görüldüğünü ve dost hastanede görev yapan çalışanlardan memnun kaldıklarını ifade etmişlerdir. Bazı katılımcılar ise dost hastane niteliği olmayan hastanelerin fiziksel çevresinin ve ortamının farklı özellikleri olan hastalara uygun olmadığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde Müslüman hastalar tedavi için İslam dostu hastaneleri tercih etmişlerdir (Rahman vd., 2021; Rahman vd., 2018). Bu sistematik derlemede dost hastane unvanı alan veya dost hastane ilkelerine sahip hastanelerde hasta memnuniyetinin daha iyi olduğu görülmüştür. Benzer şekilde dost hastane ilke ve kurallarına yönelik eğitim alan personelin bazı grup ve bireylere karşı farkındalığının arttığı tespit edilmiştir.

Araştırmanın amacına uygun olarak yenilikçi dost hastane türlerine yönelik yapılan çalışmalar incelendiğinde; literatürde farklı dost hastane türlerinin olduğu ve bu türlerin ele aldığı gruplar üzerinde etkisi söz konusudur. Araştırılan konu açısından Hobday vd. (2017), Brooke ve Semlyen (2017), Toubol vd. (2020) ve Xidou vd. (2020) demans eğitim programına değinmiştir ve bu programın sağlık çalışanlarına yansıyan olumlu etkisinden söz etmişlerdir. Hobday vd. (2017) tarafından hemşire asistanları ve destek hizmet personeli üzerinde yapılan çalışmada katılımcıların, demans dostu hastane eğitiminin ardından demanslı bireylerin bakımına dair bilgilerinin arttığı ve eğitim sonrasında demanslı bireyler ile daha iyi ve rahat iletişim kurdukları vurgulanmıştır. Katılımcılar demans dostu hastane bakım programının yararlı olduğunu belirtmişlerdir. Brooke ve Semlyen (2019) tarafından gerçekleştirilen araştırmada, personelin demans dostu bakım servislerini daha samimi ve rahat gördüğü ve demanslı bireyler ile iletişimi artırdığı ifade edilmiştir. Toubol ve diğerleri (2020) demans dostu bir hastanenin paydaşlarına yönelik yaptığı araştırmada, katılımcılar dostça ve kişi merkezli yaklaşımın önemini vurgulamışlardır ve demanslı bireylerin de verilen kararlara katılması gerektiğini ifade etmişlerdir. Xidou ve diğerleri (2020) tarafından yapılan hastalar ve yakınlarının katılımı ile gerçekleştirdiği çalışmada, hastalar ve yakınları hastanenin fiziksel ortamının demans hastası bireyler için uygun olmadığını ve yön bulmada zorluklarla karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

Rahman ve diğerleri (2021) İslam dostu hastanelerde hasta memnuniyeti ve sadakatini ölçmek amacıyla Müslüman hastalar üzerinde yaptığı çalışmada hastane idaresinin davranışları, İslam hukukunun sunduğu olanaklar ve hemşirelerin sunduğu hizmetin hasta memnuniyetini etkilediği tespit edilmiştir. Hastane yönetiminin tutum ve davranışları, hekimin sunduğu hizmet şekli ve sağlık hizmetlerinin tekniksel boyutu (zamanında hizmet, güncel ve uygun ekipman, yeterli muayene odaları, kayıt ve belgelerin doğru tutulması vb.) ile hasta sadakati arasında ve benzer şekilde İslam hukukunun sunduğu olanaklar ile hasta memnuniyeti arasında olumlu ve pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Rahman ve diğerleri (2018) İslam dostu hastanede Müslüman doktorların sağlık hizmetini sunmada algılanan rolünü araştırdığı çalışmada Müslüman doktorların tıbbi bakım uygulamada rolünün önemli olduğu vurgulanmıştır. Zailani ve diğerleri (2016) araştırmasına göre doktorların Müslüman turistlerin dini inanışlarına göre uyguladıkları hizmetin, hasta memnuniyetine olumlu etki ettiği belirlenmiştir.

Chou ve diğerleri (2018) cinsiyet dostu hastanelerde müşteri algılarını ölçmek amacıyla yaptığı çalışmada; cinsiyet dostu hastanelerin, müşteri sadakatini ve ödeme yapma istekliliğini etkilediği sonucuna varmıştır. Kuo ve Chen (2019)'in yaşlı dostu hastane sertifikasyonu sürecinden sonra, sağlık çalışanlarına yönelik yaptığı bir çalışmada sertifikasyon sürecinden sonra sağlık çalışanlarının yaşlanma konusundaki bilgileri ve yaşlı hastalara karşı tutumlarında iyileşmeler olduğu görülmüştür. Karki ve diğerleri (2015) yaşlı bireylerin, yaşlı dostu hastane ortamlarına bakış açılarını değerlendirmek amacıyla yaptığı araştırmada yaşlı bireylerin sağlık çalışanlarından memnun oldukları ancak sağlık çalışanlarının geriatri eğitiminde yetersiz olduklarını belirtmişlerdir. Al-Mandharı ve diğerleri (2018) Umman'daki hastaneleri DSÖ'nün hasta güvenliği dostu hastane kriterlerine göre değerlendirmek amacıyla yaptığı bir çalışmada değerlendirmelerin hasta güvenliğini arttırdığını ifade etmiştir. Özellikle hastanelerin güvenli kanıta dayalı klinik uygulamalar kriterinde yüksek puan görülürken; yaşam boyu öğrenme kriterinde ise en düşük puanı aldığı ortaya çıkarılmıştır.

**Tablo 2. Sistematik Derlemeye Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri ve Önemli Bulguları**

Yazar	Araştırmanın Yapıldığı Ülke	Araştırmanın Yöntemi	Örneklem	Önemli Bulgular
<b>Cinsiyet Dostu Hastane</b>				
Chou vd. (2018)	Tayvan	Nicel	Hastalar/203 kişi	Cinsiyet dostu hastane ortamlarının müşterilerin sadakatini ve ödeme istekliliğini etkilediğini belirtmişlerdir.
<b>Demans Dostu Hastane</b>				
Hobday vd., (2017)	ABD	Karma	Hemşirelik asistanları ve Yardımcı çalışanlar / 25 kişi	Katılımcıların eğitimden sonra demans bakım bilgisinin arttığı tespit edilmiştir. Katılımcılar eğitim sonrasında demanslı bireylerle iletişimde kendilerini daha güvenli ve rahat hissettiklerini belirtmişlerdir.
Brooke ve Semlyen, (2019)	İngiltere	Nitel	Hemşireler ve sağlık bakım asistanları/38 kişi	Personel, demans dostu servis ortamlarının daha az klinik olarak görüldüğünü, samimi ve arkadaşça olduğunu ve hastalar ile yakınları için etkileşimli olduğunu belirtti.
Xidous vd., (2020)	İrlanda	Karma	Hastalar / 99 kişi Refakatçiler / 24 kişi	Katılımcılar hastane ortamlarının demanslı bireyler için karmaşık gözüktüğünü belirtmişlerdir. Aynı zamanda hastanedeki işaret ve göstergelerin demansa sahip yaşlı bireyler için yeterli olmadığını ifade etmişlerdir.
Toubol vd., (2020)	Danimarka	Nitel	Paydaşlar (demanslı kişiler, hastane personeli, demanslı kişilerin akrabaları, Alzheimer Derneği temsilcileri) / 16 kişi	Kişi merkezli bakımın demanslı bireylerin üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Katılımcılar, demanslı bireylere karşı gösterilen davranışların ve yapılan uygulamaların, kişilerin kendini daha iyi hissedeceğini ifade etmişlerdir.
Allegri vd., (2021)	İtalya	Nicel	Bilişsel bozukluğu olan ve hastanede yatan 65 yaş ve üstü bireyler / 68 kişi	Müdahale grubu, kontrol grubuna oranla hastanede kalış süresinin daha kısa olduğunu ve taburcu olurken fonksiyonel durumun korunduğunu tespit etmişlerdir. İki grup arasında bilişsel yetenekte fark gözlemlenmiştir ve müdahale grubunda endişeli semptomların azalmasına yönelik bir eğilim gözlemlenmiştir.

**Tablo 2. Sistematik Derlemeye Dahil Edilen Çalışmaların Özellikleri ve Önemli Bulguları – Devamı**

Yazar	Araştırmanın Yapıldığı Ülke	Araştırmanın Yöntemi	Örneklem	Önemli Bulgular
<b>Hasta Güvenliği Dostu Hastane</b>				
<b>Al-Mandharı vd., (2018)</b>	Umman	Nitel	Hasta Güvenliği Dostu Hastane Girişimini uygulayan hastaneler / 4 hastane (2 devlet hastanesi ve 2 özel hastane)	Hasta güvenliği dostu hastaneler DSÖ hasta güvenliği standartlarına göre incelendiğinde hastanelerin daha iyi kalite yönetimi ve hasta güvenliği sistemi geliştirdiği görülmüştür. Hastanelerin tümünün hasta güvenliği hasta dostunun kriterlerini sağladığı özellikle kritik standartların %100'ünü karşıladıkları tespit edilmiştir. Farklı olarak PSFHI standartlarından en düşük puanı yaşam boyu öğrenme standardı almıştır.
<b>Müslüman Dostu Hastane</b>				
<b>Zailani vd., (2016)</b>	Malezya	Nicel	Sağlık hizmeti alan Müslüman turistler / 243 kişi	Bu araştırma, doktorların Müslüman hastalara olan uygulamalarının, hastaların memnuniyeti üzerinde olumlu etkisinin olduğunu göstermiştir. Hemşirelerin uygulamalarının memnuniyet üzerinde etkisinin olmadığı tespit edilmiştir.
<b>Rahman vd., (2018)</b>	Malezya	Nicel	25 özel hastanedeki Müslüman doktorlar / 152 kişi	Müslüman doktorların İslam dostu hastanede tıbbi bakım hizmeti sağlamadaki rolünün önemli olduğu tespit edilmiştir. İslam dostu özel hastanelerde tıbbi bakım sağlayan Müslüman doktorların sağlık hizmeti düzeyini artırmada yardımcı olduğu görülmüştür.
<b>Rahman vd., (2021)</b>	Malezya	Nicel	15 İslam dostu özel hastanedeki Müslüman hastalar / 379 kişi	İslam hukukunun olanakları, hastane yönetiminin davranışları ve hemşirelerin sunduğu hizmetlerin hasta memnuniyeti üzerinde etkisi olduğu tespit edilmiştir. İslam hukukunun olanakları ve hasta memnuniyeti arasında anlamlı pozitif ilişki bulunmuştur ancak İslam hukukunun olanakları ile hasta sadakati arasında anlamlı negatif bir ilişki bulunmuştur. Hekimlerin ve hemşirelerin sunduğu hizmet kalitesi, hastanenin çevresel altyapı hizmetlerinin kalitesi ile hasta memnuniyeti arasında ilişki bulunmuştur. Hastane yönetiminin davranışları, hekimin sunduğu hizmet şekli ve sağlık hizmetlerinin tekniği hasta sadakati ile olumlu bir ilişkiye sahiptir.
<b>Yaşlı Dostu Hastane</b>				
<b>Karki vd., (2015)</b>	Tayvan	Nitel	Yaşlı hastalar (33) ve hastane yöneticileri (4)	Yaşlılar yaşlı dostu hastanedeki sağlık çalışanlarından memnun olduklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda sağlık personelinin geriatri eğitimi almadıklarını ve hastanenin fiziksel çevresinin yaşlı bireylere uygun olmadığını vurgulamışlardır.
<b>Kuo ve Chen, (2019)</b>	Tayvan	Nicel	Sağlık çalışanları / 163 kişi	Çalışanların yaşlanma konusundaki bilgileri ve yaşlılara karşı tutumları yaşlı dostu hastane sertifikasyonu sürecinden sonra iyileşmiştir.
<b>Arakawa-Martins vd., (2020)</b>	Avustralya	Karma	65 yaş üstü bireyler /16 kişi	Yaşlı bireyler, hastanede yön bulmada güçlük çektiği ve ulaşımında zorlandıklarını ifade etmişlerdir. Yaşlı bireyler hastanenin fiziksel ortamının kendilerine uygun olmadığını ifade etmişlerdir. Hastanede, yaşlı dostu hastane standartlarının göz önünde bulundurulmasına dikkat çekilmiştir.

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hizmeti alan kişiler, hastalıklarına dair tedavi süreçlerinde tıbbi gerekliliklerin yerine getirilirken bir yandan da farklılıklarına saygı ve ilgi gösterilmesini de beklemektedir. Dost hastaneler, hastanelerin fiziksel ortamını, verilen hizmetin kalitesini, personelin, hastalara ve refakatçilerine karşı davranış şeklini ele almaktadır. Hastaneye gelen kişilerin memnuniyetini sağlamada önemli rol

oynamaktadır. Hasta memnuniyetinin sağlanması ise kurumun varlığını devam ettirebilmesinin ve sağlık piyasasındaki konumunu yükseltebilmesinin anahtarıdır.

Bu çalışma ile dost hastane türlerinin giderek arttığı ve ülkelerin hasta memnuniyeti ve kaliteli hizmet alma konusunda, sağlık kurumlarını dost ortamlara dönüştürdüğü söylenebilir. Dost hastane uygulamaları çeşitli hasta gruplarının (yaşlı hastalar, demansa sahip hastalar, göçmen konumundaki hastalar vb.) memnuniyetini sağlamaktadır. Aldığı hizmetten memnun kalan hasta, farklı bir sağlık kurumuna başvurma ihtiyacı duymamakta ve kurumu yakınlarına tavsiye edebilmektedir. Bu sayede gereksiz sağlık kullanımının ve maliyetlerin de azalması mümkün olabilmektedir.

Ulusal literatüre özellikle bebek dostu ve anne dostu kavramının yeterince yerleştiği anlaşılmıştır. Ayrıca yaşlı dostu hastaneler üzerine çalışmalar olduğu da görülmüştür. Ancak uluslararası literatürde yer alan göçmen dostu, demans dostu vb. kavramların henüz tanınmadığı fark edilmiştir. Daha kaliteli hizmet ve hasta memnuniyeti için diğer dost hastane türlerine dair standartların da tanınması ve uygulanması faydalı olacaktır. Sağlık kurumlarına dost hastane girişimlerinin yerleştirilmesi ve dost hastane kriterlerinin bir kültür haline gelmesi sağlanmalıdır. Otoritelerin, sağlık kurumlarının dost hastane niteliğine gelmesi için teşvik edici politikalar geliştirmesi tavsiye edilmektedir. Hasta merkezli, yüksek kalitede düşük maliyetli ve kanıta dayalı dost hastane modellerinin yaygınlaştırılması önerilmektedir. Ayrıca dost hastane modellerinin yalnızca ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerine değil, birinci basamak sağlık hizmetlerinde de uyarlanması beklenmektedir. Bakanlık öncülüğünde dost hastane türlerine dair kriterlerin, standartların ve sertifikasyon süreçlerinin belirlenmesi ve eğitim programlarının hazırlanması gerekmektedir. Aynı zamanda en üstten en alta kadar tüm personele bu eğitimlerin verilmesi yarar sağlayacaktır. Araştırmacıların bundan sonra yenilikçi dost hastane türlerinin Türkiye'deki sağlık kurumlarında kullanılabilirliğine eğilmesi literatüre fayda sağlayacaktır.

### **6.1. Araştırmanın Kısıtlılıkları**

Bu sistematik derlemede yalnızca yenilikçi dost hastane türleri analiz edilmiştir. Dost hastane türlerinden anne dostu ve bebek dostu hastane kavramı literatürde oldukça fazla sayıda yayının konusunu oluşturduğundan ve yeterince anlaşıldığı düşünüldüğünden sistematik derlemeye dahil edilmemiştir. Ayrıca İngilizce dili dışındaki çalışmaların kapsama alınmaması da bir sınırlılık oluşturmaktadır.

**Etik Kurul İzni:** Doküman inceleme yöntemiyle yapılan bu çalışmada etik kurul izni gerekmemektedir.

## KAYNAKLAR

- Ahlfeldt, H., Borin, L., Grabar, N., Hallett, C., Hardcastle, D., Kokkinakis, D., & Willis, A. (2006). Literature review on patient-friendly documentation systems. *Semantic Mining*, 27(1), 1-109.
- Allegri, N., Rosi, A., Del-Signore, F., Cremascoli, R., Cappa, S., Tassorelli, C., & Govoni, S. (2021). Dementia-friendly intervention for hospitalized older adults with cognitive impairments: Results of the Italian dementia-friendly hospital trial (IDENTITÀ). *Aging & Mental Health*, 26(4), 716-724.
- Al-Mandhari, A., Al-Farsi, S., Al-Barwani, S., Al-Salmani, N., Al-Rabhi, S., Al-Saidi, S., Abulmajd, K., & Al-Adawi, S. (2018). Developing patient safety system using WHO tool in hospitals in Oman. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(6), 423-428.
- Alzheimer's Society. (2016). *Fix dementia care: Hospitals*. Alzheimer's Society. London  
fix\_dementia\_care\_-\_hospitals.pdf (alzheimers.org.uk)
- Arakawa - Martins, B., Barrie, H., Visvanathan, R., Daniel, L., Arakawa - Martins, L., Ranasinghe, D., Wilson, A., & Soebarto, V. (2020). A multidisciplinary exploratory approach for investigating the experience of older adults attending hospital services. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 14(1), 141-163.
- Aslan, A. (2018). Sistematik derleme ve meta-analizi. *Acta Medica Alanya*, 2(2), 62-63.
- Başgöl, Ş., & Oskay, Ü. (2014). Ana çocuk sağlığı hizmetlerinin geliştirilmesinde anne dostu hastane modeli. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 17(2), 126-128.
- Brooke, J., & Semlyen, J. (2019). Exploring the impact of dementia-friendly ward environments on the provision of care: A qualitative thematic analysis. *Dementia*, 18(2), 685-700.
- Brveenberger, J., Tylleskär, T., Sontag, K., Peterhans, B., & Ritz, N. (2019). A systematic literature review of reported challenges in health care delivery to migrants ve refugees in high-income countries-the 3C model. *BMC public health*, 19(1), 1-11.
- Bükecik, E., Şahin, S., Abay, H., Kaplan, S., & Düzgün, A. A. (2019). Mülteci kadınlar ve üreme sağlığı: Sağlık hizmetlerine ulaşmalarını etkileyen faktörler, engeller ve çözüm önerileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(4), 460-464.
- Chapman, M., & Chapman, A. (2011). Greening critical care. *Critical Care*, 15(2), 302.
- Chou, Y. C., Dang, V. T., Yen, H. Y., & Hsu, P. S. (2018). Developing a measurement scale of gender-friendly hospital environments: An exploratory study of customer perceptions in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*, 15(10), 2227.
- Çınar, N. (2021). İyi bir sistematik derleme nasıl yazılmalı?. *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 310-314.
- Dilmen, B. (2016). *Hemşirelik öğrencileri ve hemşirelerin hasta güvenliği kültürü algılamalarının değerlendirilmesi* [Yayınlanmamış Doktora Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Dinç., A., & Aşkın, A. (2018). Determining ergonomic risks and hazards in delivery rooms. *Journal of Awareness*, 3(5), 59-68.

- Douglas, C.H., & Douglas, M. R. (2004). Patient-friendly hospital environments: Exploring the patients' perspective. *Health Expectations*, 7(1), 61-73.
- Doyal, L. (2004). Gender ve the 10/90 gap in health research. *Bull World Health Organ*, 82(3), 162.
- Dönmez-Candan Y., Aslan, A., & Yavuz-Giersbergen, M. (2019). Environment-friendly practices in operating rooms in Turkey. *Journal of Nursing Research*, 27(2), 1-7.
- Ekerkil, V., & Savaş, A. B. (2019). Yeşil hastanelerde çevre maliyetleri ve maliyet hesaplarının sınıflandırılması, *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (83), 45-60.
- Er, F., & Sökmen, S. (2018). Investigation of the working conditions of nurses in public hospitals on the basis of nurse-friendly hospital criteria. *Int J Nurs Sci.*, 5(2), 206-212.
- Erbaş, N., & Demirel, G. (2019). Babaların doğum sonu güvenlik hisleri ve etkileyen faktörler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 12(3), 179-185.
- Erbaydar, N. (2021). Mother-friendly hospital programme of Turkey: National intervention to improve the quality of maternity services. *East Mediterr Health J.*, 27(2), 202-210.
- Fitzpatrick, L. (2018). Practical strategies to help develop dementia-friendly hospital wards. *Nurs Older People*, 30(2), 30-34.
- Galvin, J. E., Kuntemeier, B., Al-Hammadi, N., Germino, J., Murphy-White, M., & McGillick, J. (2010). "Dementia-friendly hospitals: Care not crisis": An educational program designed to improve the care of the hospitalized patient with dementia. *Alzheimer Disease ve Associated Disorders*, 24(4), 372-379.
- Gesler, W., Bell, M., Curtis, S., Hubbard, P., & Francis, S. (2004). Therapy by design: Evaluating the UK hospital building program. *Health Place*, 10(2), 117-128.
- Gür, Ş. Ö., & Zorlu, T. (2002). *Çocuk mekânları*. YEM Yayınları
- Güven, H., & Oktay, S. (2009). Bakım dostu hastanelerin standartlarının belirlenmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 17(2), 103-114.
- Haque, Y. A., & Clarke, J. M. (2002). The woman friendly hospital initiative in Bangladesh setting: Stveards for the care of women subject to violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 78, 45-49.
- Hebert, C. A., & Scales, K. (2017). Dementia friendly initiatives: A state of the science review. *Dementia(London)*, 18(5), 1858-1895.
- Hobday, J. V., Gaugler, J. E., & Mittelman, M. S. (2017). Feasibility ve utility of online dementia care training for hospital staff: the CARES dementia-friendly hospital program. *Res Gerontol Nurs.*, 10(2), 58-65.
- Huisman, E. R. C. M., Marales, M., Hoof, J. V., & Kort, H. S. M. (2012). Healing environment: A review of the impact of physical environmental factors on users. *Build. Environ*, 58, 70-80.
- Kamassi, A., Manaf, A. N. H., & Omar, A. (2020). The need of international Islamic standards for medical tourism providers: a Malaysian experience. *Journal of Islamic Marketing*, 12(1), 113-123.



- Karaçam, Z. (2013). Sistematik derleme metodolojisi: Sistematik derleme hazırlamak için bir rehber. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 6(1), 26-33.
- Karayurt, Ö., Çömez, S., & Ceylan, H. (2014). Cerrahi kliniklerde çevre dostu uygulamalar. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(4), 337-344.
- Karki, S., Bhatta, D. N., & Aryal, U. R. (2015). Older people's perspectives on an elderly-friendly hospital environment: An exploratory study. *Risk Manag Healthc Policy*, 3(8), 81-89.
- Kaup, M. L., & Abushousheh, A. (2021). Dementia-friendly hospitals: applications ve limitations to evidence-based design. *The Gerontologist*, 61(8), 1354-1355.
- Kaypak, Ş. (2016). *İnsanlar için kente bakış; dost kentler*. Ragıp Pehlivanlı, Selçuk Demirkılınç (Eds.), 2. Uluslararası Çin'den Adriyatik'e Sosyal Bilimler Kongresi, Kongre Kitabı, Uluslararası İlişkiler-Kamu Yönetimi-Hukuk Özel Sayısı, (ss. 134-146), İKSAD Yayını, Adıyaman. [https://www.academia.edu/download/53403825/Insan.icin\\_kent.dost\\_kentler.pdf](https://www.academia.edu/download/53403825/Insan.icin_kent.dost_kentler.pdf).
- Kılıç, T., & Bostan, S. (2021). Sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde, hasta odaklı yaklaşım: Hasta dostu ölçeği tasarımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 24(3), 555-570.
- Kocakoc, N., Şahin, S., & Akcicek, F. (2020). Elderly friendly hospital concept first application in our country: Izmir model. *Int J Sci Technol Res*, 3(6), 158-70.
- Kocakoç, N., & Şahin, S. (2021). Yaşlı Sağlığı ve Sorunları İçinde. Uçku, Ş. R., & Şimşek-Keskin, H. (Eds.), *Yaşlı dostu sağlık kurumları* (1. Baskı, ss. 55-61). Türkiye Klinikleri.
- Krajic, K., Straßmayr, C., Karl-Trummer, U., & Novak-Zezula, T. (2005). Improving ethnocultural competence of hospital staff by training: Experiences from the European 'Migrant-friendly hospitals' project. *Diversity in Health ve Social Care*, 2(4),279–290.
- Krishnamurthy, B. (2012). Making our hospitals patient friendly. *Ann. SBV*, 1(2), 3-4.
- Kuo, Y., & Chen, I. J. (2019). Facilitating a change model in age-friendly hospital certification: Strategies ve effects. *Plos One*, 14(4),1-14.
- Leung, D., & Todd, J. (2010). Dementia care in the acute district general hospital. *Clinical Medicine*, 10(3), 220-222.
- Mate, K. S., Fulmer, T., Berman, A., Pelton, L. J., & Gilmartin, M. (2019). 20 Moving to age-friendly health systems. *NICHE: Nurses Improving Care for Healthsystem Elders*, 275-285.
- Mate, K., Berman, A., Laderman, M., Kabcenell, A., & Fulmer, T. (2018). Creating age-friendly health systems—A vision for better care of older adults. *Healthcare*, 6(1), 4–6.
- Meraviglia, M., Grobe, S. J., Tabone, S., Wainwright, M., Shelton, S., Miner, H., & Jordan, C. (2009). Creating a positive work environment. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 39(2), 64–70.
- Meraviglia, M., Grobe, S. J., Tabone, S., Wainwright, M., Shelton, S., Yu, L., & Jordan, C. (2008). Nurse-friendly hospital project. *Journal of Nursing Care Quality*, 23(4), 305–313.
- Moyle, W., Olorenshaw, R., Wallis M., & Borbasi, S. (2008). Best practice for the management of older people with dementia in the acute care setting: a review of the literature. *International Journal of Older People Nursing*, 3(2), 121-130.

- Nur, Ö. (2019). *Kamuda çağdaş yaklaşımlar temelinde sağlık sektöründe dönüşüm örneği olarak anne dostu hastane İslâhiye devlet hastanesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Gaziantep Üniversitesi.
- Ovalı, F. (2010). Hasta güvenliği yaklaşımları. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 1(1), 33-43.
- Öymen-Gür, Ş., & Yalçınkaya, Ş. (2022). Çocuk dostu hastane. Rabiye Güney, Esin Sezgin (Eds), *Çocuk dostu hastane tasarımı* (1. Baskı., ss. 806-827). Nobel Uluslararası Yayıncılık.
- Özkan, H., Çelebioğlu, A., Üst, Z. D., & Kurudirek, F. (2016). Doğum sonu dönemde babaların ebeveynlik davranışlarının incelenmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 6(3), 191-196.
- Padela, A., Shanawani, H., Greenlaw, J., Hamid, H., Aktas, M., & Chin, N. (2008). The perceived role of Islam in immigrant Muslim medical practice within the USA: An exploratory qualitative study. *Journal Of Medical Ethics*, 34(5), 365-369.
- Pinnock, D. (2012). The role of the ward manager in promoting patient safety. *British Journal of Nursing*, 21(9), 1144- 1149.
- Rahman, M. K., Bhuiyan, M. A., & Zailani, S. (2021). Healthcare services: patient satisfaction ve loyalty lessons from islamic friendly hospitals. *Patient Prefer Adherence*, 23(15), 2633-2646.
- Rahman, M. K., Zailani, S., & Musa, G. (2017). Tapping into the emerging Muslim-friendly medical tourism market: Evidence from Malaysia, *Journal Of Islamic Marketing*, 8(4), 514-532.
- Rahman, M. K., Zailani, S., & Musa, G. (2018). The perceived role of Islamic medical care practice in hospital: the medical doctor's perspective. *Journal of Islamic Marketing*, 9(1), 2-18.
- Reiling, J., Hughes, R. G., & Murphy, M. R. (2008). The impact of facility design on patient safety. *Agency for Healthcare Research ve Quality*, 24(8), 1011-1012.
- Saadeh, R. J. (2012). The baby-friendly hospital initiative 20 years on Facts, progress ve the way forward, *Journal Of Human Lactation*, 28(3), 272-275.
- Sağlık Bakanlığı. (2023a, Şubat 7). Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kadın ve Üreme Sağlığı Dairesi Başkanlığı, <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kadin-ve-ureme-sagligi-programlari/anne-dostu-hastane-program%C4%B1.html>.
- Sin, S., & Şener, E. (2019). *Örgütsel düzeyde bir kavram analizi: bebek dostu hastane*. Sedat Bostan, Haydar Sur (Eds.). 4. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yönetimi Kongresi e-Bildiri Kitabı, (ss. 255- 259).
- Spath, P. (2007). Tips to make your hospital patient-friendly environment. *Hospital Peer Review*, 32(5), 60-62.
- Stevens, T. (2014). *30 Most environmentally friendly hospitals in the world*. Healthcare Administration Degree Programs.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2022, Haziran 8). Altın bebek dostu il ödül töreni. [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2021). *Türkiye sağlıklı yaşlanma eylem planı 2021-2026*. Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Matbaası.

- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023b, Şubat 11). Anne dostu hastane listesi. [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023c, Şubat 6). Anne dostu hastane kriterleri. [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).
- T.C. Sağlık Bakanlığı. (2023d, Şubat 11). Bebek dostu hastaneler. [www.saglik.gov.tr](http://www.saglik.gov.tr).
- Tavares, J., Santinha, G., & Rocha, N. P. (2021). Age-friendly health care: A systematic review. *Healthcare*, 9(1), 83.
- Toubol, A., Moestrup, L., Ryg, J., Thomsen, K., & Nielsen, D. S. (2020). Stakeholder perspectives of the dementia-friendly hospital: A qualitative descriptive focus group study. *Dementia*, 20(5), 1501-1517.
- Turan, A. İ., & Erdem, R. (2021). Helal medikal turizm ve Müslüman dostu hastane uygulamalarının dünyadaki örnekleri üzerine bir çalışma. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(22), 517-533.
- Türk Dil Kurumu. (TDK)(2022, Haziran 25). Dost TDK sözlük anlamı. [www.sozluk.gov.tr](http://www.sozluk.gov.tr).
- Weldingh, N. M., Mellingsæter, M. R., Hegna, B. W., Benth, J. S., Einvik, G., Juliebø, V., Thommessen, B., & Kirkevold, M. (2022). Impact of a dementia-friendly program on detection ve management of patients with cognitive impairment ve delirium in acute-care hospital units: A controlled clinical trial design. *BMC Geriatrics*, 22(1), 1-14.
- World Health Organization (WHO). (2011). Eastern Mediterranean Regional Office. Safer patient for safer care. Policy Brief No. 2, Cairo
- World Health Organization (WHO). (2020). *Introducing the patient safety-friendly hospital framework (No. WHO-EM/HCD/132/E)*. World Health Organization. Regional Office for the Eastern Mediterranean.
- World Health Organization (WHO). (2022a, Temmuz 27). Demantia.
- World Health Organization (WHO). (2022b, Temmuz 23). Patient safety.
- World Health Organization (WHO). (2022c, Temmuz 30). World Health Assembly Update, 25 May 2019.
- World Health Organization. (WHO) (2022d, Haziran 8). Ageing ve health.
- Wouk, K., Tully, K. P., & Labbok, M. H. (2016). A systematic review of evidence for baby-friendly hospital initiative step 3. *Journal of Human Lactation*, 33(1), 50-82.
- Xidous, D., Grey, T., Kennelly, S. P., McHale, C., & O'Neill, D. (2020). Dementia friendly hospital design: key issues for patients ve accompanying persons in an Irish acute care public hospital. *HERD: Health Environments Research & Design Journal*, 13(1), 48-47.
- Zailani, S., Ali, S. M., Iranmanesh, M., Moghavvemi, S., & Musa, G. (2016). Predicting Muslim medical tourists' satisfaction with Malaysian Islamic-friendly hospitals. *Tourism Management*, 57, 159-167.



ARAŞTIRMA MAKALESİ

# İŞYERİ YALNIZLIĞI İLE İŞE YABANCILAŞMA ARASINDA DAMGALAMANIN ARACILIK ROLÜ

Mehmet Ali CANBOLAT\*  
Kubilay ÖZER\*\*


## ÖZ

Son zamanlarda sağlık sektöründe yaşanan teknolojik gelişmelere rağmen hala hizmetlerin çoğu insan eliyle verilmektedir. Sağlık örgütlerinde insan ilişkilerinin düzeyi yüksektir. Sağlık hizmetlerinin çıktıları direkt insan hayatını ilgilendiren maliyetli işlerdendir. Sağlık çalışanları arasında yaşanan örgütsel çarpıklıklar istenmeyen bireysel ve kurumsal sonuçlara yol açmaktadır. Araştırmanın amacı, sağlık çalışanlarının işyeri yalnızlıkları ile yabancılaşıma arasında damgalamanın aracılık rolünün araştırılmasıdır. Araştırmanın örneklemini 27.12.2022-17.01.2023 tarihleri arasında katılmayı kabul eden 359 kişi oluşturmaktadır. Nicel desen ve kesitsel tipte planlanan araştırmanın verileri yüz yüze anket tekniği ile elde edilmiştir. Veri toplama formu demografik değişkenler, iş yaşamında yalnızlık ölçeği, damgalama ölçeği ve işe yabancılaşıma ölçeğinden oluşturulmuştur. Veriler Process Makro-Model 4 vasıtası ile aracılık testine tabi tutulmuştur. Aracılık etkisinin yorumlanmasında ise Bootstrap tekniğinden yararlanılmıştır. Analiz sonuçlarına göre tüm değişkenlerin birbirileri ile istatistiksel olarak pozitif yönde ve anlamlı ilişki içerisinde oldukları tespit edilmiştir. İşyeri yalnızlığının işe yabancılaşıma ve damgalamaya etki ettiği, damgalamanın işe yabancılaşıma etki ettiği ve işyeri yalnızlığının işe yabancılaşıma etkisinde damgalamanın orta düzeyde aracılık rolü olduğu görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** İşyeri yalnızlığı, işe yabancılaşıma, damgalama.

## MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğr. Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokulu, Yönetim ve Organizasyon Bölümü, mcanbolat@kmu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1235-9013>

\*\* Dr. Öğr. Üyesi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, kubilayozer@kmu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4043-5047>

Gönderim Tarihi: 27.02.2023

Kabul Tarihi: 25.07.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Canbolat, M. A. & Özer, K. (2023). İşyeri yalnızlığı ile işe yabancılaşıma arasında damgalamanın aracılık rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 745-760

## MEDIATING ROLE OF STIGMATIZATION BETWEEN WORKPLACE LONELINESS AND WORK ALIENATION

Mehmet Ali CANBOLAT \*  
Kubilay ÖZER \*\*

### ABSTRACT

Despite the technological developments in the health care system recently, most of the health services are still provided by human hands. Human relations are high in health organizations. The outputs of health services directly concern human life and costly jobs. Organizational distortions among health workers lead to undesirable individual and institutional consequences. The aim of the study is to investigate the mediation role of stigmatization between workplace loneliness and alienation of health workers. The sample of the study consists of 359 people who agree to participate between 27.12.2022 and 17.01.2023. The data of the research planned in quantitative and sectional type were obtained by face-to-face survey technique. Data collection form consist of, demographic variables, workplace loneliness scale, stigma scale, the scale of alienation from work. Data were subjected to a mediation test with Process Macro-Model 4. In the interpretation of the mediation effect, Bootstrap technique was used. According to the results of the analysis, it has been determined that all variables have a statistically positive and significant relationship with each other. The effect of workplace loneliness on job alienation and stigmatization, the effect of stigma on job alienation and it has been seen that stigmatization plays a mediating role at a moderate level in the effect of workplace loneliness on job alienation.

**Keywords:** Workplace loneliness, work alienation, stigmatization.

### ARTICLE INFO

\* Assist. Prof. Karamanoğlu Mehmetbey University, Vocational School of Social Sciences, Department of Management and Organization, mcanbolat@kmu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1235-9013>

\*\* Assist. Prof. Karamanoğlu Mehmetbey University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, kubilayozzer@kmu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4043-5047>

Received: 27.02.2023

Accepted: 25.07.2023

### Cite This Paper:

Canbolat, M. A. & Özer, K. (2023). İşyeri yalnızlığı ile işe yabancılaşma arasında damgalamanın aracılık rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 745-760

## **I. GİRİŞ**

Örgütler, insanların üretici çabalarını koordine ederek amaçlarını elde etmeye çalışmaktadırlar. Tarihsel süreçte insan emeği üretim faktörlerinin içinde önemini hiç kaybetmemiştir. 21. Yüzyılın çalışma koşulları örgütlerde insan kaynaklarını daha önemli hale getirmiştir. Amaçların elde edilmesindeki başarı örgüt içindeki personelin etkili yönetilmesi ve onlardan yararlanma derecesine bağlıdır. Hemen her sektörde personelin etkili yönetimi büyük bir önem arz etse de sağlık sektöründe bu durum hayati bir öneme sahiptir. Nitekim günümüzdeki teknolojik gelişmelere rağmen sağlık sektöründe iş ve işlemlerin çoğu insanlar tarafından yapılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin çıktıları insan sağlığını ve hayatını doğrudan etkilemektedir.

Sağlık sektöründe diğer sektörlerden farklı olarak çok hızlı, teknik ve teknolojik değişim ve gelişim yaşanmaktadır (Barsbay, 2019). Bu hızlı değişimler farklı dallarda ileri uzmanlaşmayı ve maliyetleri artırmaktadır. Ardışık süreçlerden oluşan işlemler, kariyer meslek gruplarından oluşan iş gücü, hasta beklentilerinin artması, yoğun çalışma saatleri, vardiya sistemi gibi nedenlerle sağlık sektöründe çalışanların stres düzeyleri yüksektir (Atasoy ve Yorgun, 2013). Stresli çalışma ortamı ise örgütsel çatışmalara ve örgütsel çarpıklıklar gibi olumsuz örgütsel davranışlara yol açabilmektedir (Sivuk ve Seyhan, 2021). Sağlık kuruluşlarındaki örgütsel çarpıklıklar iş yaşamını olumsuz etkileyerek hizmet kalitesinin düşmesine neden olmakta ve her türden maliyetin artmasına yol açmaktadır (Layne vd., 2019). Bu durum iş doyumunda azalmaya ve üretkenlikte düşüşe neden olarak hasta güvenliğine tehdit oluşturabilmektedir (Esmer vd., 2018). İşe devamsızlık, ihmal, tükenmişlik, işe ilgisizlik, kayıtsızlık ve işten ayrılma niyeti gibi olumsuz tutumlara yol açabilmektedir (Deniz, 2019; Özişli, 2022). Zira işten ayrılma niyetindeki artışlar personel devir oranlarını yükseltmektedir (Erdirencelebi ve Ertürk 2018).

Günümüzde sağlık kuruluşlarındaki örgütsel çarpıklıklar arasında işyeri yalnızlığı, işe yabancılaşma ve damgalama değişkenleri öne çıkan değişkenler arasında sayılır hale gelmiştir (Yetiş, 2013; Ay, 2015; Ayhan ve Yağcı, 2021). Değişkenleri birlikte ele alan ortak bir kuram bulunmamakla birlikte değişkenlerin farklı kuramlar ile ele alındığı görülmüştür. Yalnızlık kavramı, bilişsel süreç kuramı ve davranışsal kuram olmak üzere iki alt kurama dayandırılmaktadır. Bilişsel süreç kuramına göre yalnızlık, sosyal çevreyle geçirilen zamandan daha çok sosyal çevreyle alakalı bilişsel beklentilerin karşılanma düzeyini ifade etmektedir. Kişiler, sosyal çevreleri üzerindeki kontrolü kaybettikçe kendilerini yalnız hissedebilmektedirler. Davranışsal kurama göre de yalnızlık, kişinin sosyal ilişki kabiliyeti ile ilişkilendirilmektedir. Sosyal ilişki kabiliyeti düşük olan kişiler daha fazla kendilerini yalnız hissetmektedirler (Pehlivanlı, 2022). İşe yabancılaşma kavramı ise Karl Marx'ın yabancılaşma kuramına dayandırılmaktadır. Kuramın işle ilgili boyutu emeğe yabancılaşmadır. Emeğe yabancılaşma, çalışanın iş süreci üzerindeki kontrol kaybını ifade etmektedir (Ferguson ve Lavalette, 2004). Son olarak damgalama kavramı etiketleme kuramına dayandırılmaktadır. Becker (1963) kuramında, kurallara uymayan kişilerin sapkın olarak etiketlendiğini ve böylelikle diğerlerinin etiketlenen kişi hakkında farkındalık oluşmasıyla etiketlenenin sistem dışına atılmaya çalışıldığını ileri sürmektedir (Becker, 1963, aktaran Özmen ve Erdem, 2018).

Araştırmanın problemi sağlık çalışanlarında işyeri yalnızlığı ve işe yabancılaşma gibi önemli iki örgütsel çarpıklığın damgalama ile aracılık düzeyinin belirlenmeye çalışılmasıdır. Literatürde işyeri yalnızlığı, işe yabancılaşma ve damgalama konularını ayrı ayrı ele alan araştırmalar bulunmakla birlikte bu üç çarpıklığın ilişkilerini birlikte araştıran herhangi bir araştırma ile karşılaşılmamıştır. Buradan hareketle araştırmada işyeri yalnızlığının işe yabancılaşma üzerindeki etkisinde damgalamanın aracı rolü test edilerek bütüncül bir bakış açısı ile literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır. Araştırma kapsamında ilk olarak kavramsal çerçeve ele alınmış ve araştırma modeli ile hipotezler oluşturulmuştur. Daha sonra araştırmanın yöntemi ve bulgularına yer verilerek hipotezler test edilmiştir. Son olarak tartışma, sonuç ve önerilerde bulunulmuştur.

## II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. İşyeri Yalnızlığı

Yalnızlık, kişinin endişeli ve depresif olduğu zamanlarda, sosyal destek bulamadığını hissetmesi durumudur (Akdeniz, 2022). Yalnızlık sadece kişinin genel yaşamıyla sınırlı olmayıp iş yaşamında da karşısına çıkabilmektedir (Özdemir, 2021). İşyeri yalnızlığı ise kişinin iş ortamında yaşadığı yalnızlığı ifade etmektedir (Gümüş Dönmez ve Topaloğlu, 2020). Diğer bir ifade ile işyeri yalnızlığı, kişinin duygusal olarak kendisini yalnız hissetmesinden ziyade sosyal çevreden kaynaklanan tek başına kalma halidir (Cindiloğlu vd., 2017). İşyeri yalnızlığı kişinin, yaptığı işi ve örgüte yönelik tutum ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyen bir durumdur (Seçkin, 2017). İşyeri yalnızlığının kökeninde kişilerarası yetersiz ilişkiler ya da sosyalleşme yönündeki engelleyici davranışlar yer almaktadır (Wright vd., 2006). Burada söz konusu olan yüksek kalitedeki ilişkilerin eksikliğidir. Kişi kabalıklar içerisinde de olsa yalnızlık hissi duyabilmektedir (Orhan, 2023). Kişilerin kişilik özelliklerinden kaynaklanan özgüven yetersizliği ya da çevresindeki kişilerle iletişiminin az olması da kişiyi yalnızlığa itebilmektedir (Koçer vd., 2018). Ancak işyeri yalnızlığının yalnızca kişinin kişilik özellikleri ile gelişmediği aynı zamanda örgütsel bazı sorunların da işyeri yalnızlığına neden olduğu söylenebilir (Orhan, 2023). Literatürde işyeri yalnızlığı ile tükenmişlik (Wood vd., 2022), iletişim iklimi (Akdeniz, 2022), yönetici desteği (Siddiqui ve Sangwan, 2022), örgütsel güven, psikolojik iyi oluş (Taşpınar ve Eryeşil, 2021), örgütsel sinizm (Hoşgör ve Cin, 2020), örgütsel destek, iş tatmini (Gümüş Dönmez ve Topaloğlu, 2020), işkoliklik ve işe cezp olma (Akyol, 2019), örgütsel dedikodu (Akduru ve Semerciöz, 2017), istismarcı yönetim (Ay, 2015) ve sosyal fobi (Mercan vd., 2012) arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalar mevcuttur.

### 2.2. İşe Yabancılaşma

Kökenine Hegel, Rousseau, Locke, Smith ve Feuerbach'ın eserlerinde rastlanan yabancılaşma kavramı büyük ölçüde Karl Marx öncülüğünde iş yaşamına uyarlanmıştır (Ayhan ve Yağcı, 2021). Marx'a göre kişilerin yaratıcı yeteneklerini geliştirememeleri işe yabancılaşmalarına neden olmaktadır (Özbek, 2011). İşe yabancılaşma, gerçek benlikle modern örgütsel yaşamın istekleri arasındaki gerilimin yaşandığı kişisel bir kimlik krizi şeklinde tanımlanabilir (Ayhan ve Yağcı, 2021). İşe yabancılaşma, kişinin işine karşı güçsüzlük hissi ve işini önemli ölçüde etkileyen şeylerin kontrolünün dışında olduğu hissidir (Pearlin, 1962). Moch (1980) ise işe yabancılaşmayı; kişinin işi çok az önemseydiği, işe çok az enerjiyle yaklaştığı ve öncelikle dışsal ödüller için çalıştığı bir tutum şeklinde tanımlamaktadır (Moch, 1980, aktaran Agarwal, 1993). İşe yabancılaşma, tutumsal bir yapı olmasına rağmen yine de iş çabalarına ve ortamlarına hevesiz ve ilgisiz bir şekilde yanıt verme yönünde genel bir eğilimi temsil etmektedir. Ancak işe yabancılaşmanın kişide var olan bir yatkınlık olduğu söylenemez (Hirschfeld vd., 2000). Yabancılaşma sadece işe karşı değil örgütsel, kentsel ya da aileden yabancılaşma şeklinde de karşımıza çıkabilmektedir (Kanungo, 1979). Literatürde işe yabancılaşma ile psikolojik şiddet (İnce Ayaydın, 2021), serbest bırakıcı liderlik (Usman vd., 2020), işyeri yalnızlığı (Amarat vd., 2019), duygusal emek (Zaganjori, 2016), lider-üye etkileşimi (Tanrıverdi ve Kahraman, 2016) ve örgütsel güven (Özbek, 2011) arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalarla karşılaşılmıştır.

### 2.3. Damgalama

Damga (Stigma) kavramı köken olarak Antik Yunana kadar uzanmakta ve kavramın o dönemde delik, yara ya da iz anlamlarında kullanıldığı bilinmektedir (Goffman, 1963). Antik Yunanda özellikle geniş çaplı etkiye sahip bulaşıcı hastalık ya da ruhsal hastalıklarda damgalama eğiliminin yaygın olduğu görülmüştür (Ertem, 2020). Asırlar önce dövme gibi çeşitli fiziki uygulamalarla başlanan damgalama (stigmatizasyon) eylemi günümüzde fiziki özellikten çıkıp soyut bir kavram haline dönüşmüştür (Canbolat, 2022). Damgalama ya da damgalanma artık yalnızca bulaşıcı hastalıklar ya da psikiyatri alanında değil hemen her alanda görülebilen sorunları kapsayan bir olgu olarak görülebilir. Çünkü önyargıların ve ayrımcılığın olduğu her yerde bu olgudan da söz edebilmek mümkündür (Ayhan ve Yağcı, 2021). Türk Dil Kurumu, “damgalamak” kavramını; “bir şeyin üzerine damga ile



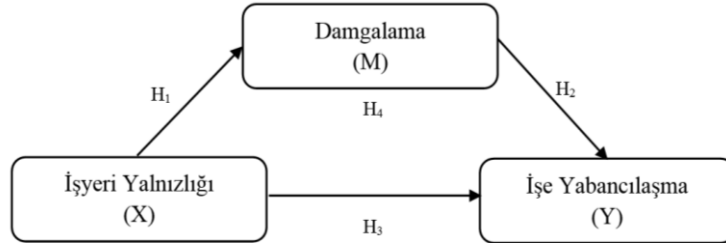
işaret yapmak, damga vurmak”, “bir kimseye, gerçeğe dayanmadan herhangi bir özellik veya nitelik yüklemek” ve “birine yüz kızartıcı bir suç yüklemek” olmak üzere üç şekilde tanımlanmaktadır (TDK, 2023). Damgalama, bir kişiyi başka kişilerden ayıracak şekilde gözden düşürme, diğerlerinin aşağı görmesi ve genel olarak kötülemesi şeklinde de ortaya çıkabilmektedir (Cihan, 2019). Literatürde çeşitli damgalama başlıkları ile işe yabancılaşma (Ayhan ve Yağcı, 2021), dış pazarlara giriş (Ritvala vd., 2021), etik ifşa (Portfliet, 2020), Covid-19 (Mostafa vd., 2020), sedef hastası olan kişiler (Kowalewska vd., 2020) ve örgüt kültürü (Yaman ve Güngör, 2013b) ilişkisini inceleyen araştırmalar mevcuttur.

### III. YÖNTEM

#### 3.1. Araştırmanın Amacı, Modeli ve Hipotezleri

Literatürde sağlık çalışanlarının; işyeri yalnızlığını (Ay, 2015; Koçak ve Yener, 2019; Hoşgör ve Cin, 2020; Özişli, 2022; Wood vd., 2022) işe yabancılaşmasını (Amarat vd., 2019) ve damgalama olgusunu (Özmen, 2018) inceleyen araştırmalar bulunmaktadır. Bu durum sağlık sektöründe bu üç değişkenin önemine işaret etmektedir. Ayrıca Orhan (2021), işyeri yalnızlığı ile işe yabancılaşmayı birlikte değerlendirdiği araştırmasında değişkenler arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğunu tespit etmiştir. Ayhan ve Yağcı (2021) ise araştırmalarında damgalama ile işe yabancılaşma arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit etmişlerdir. Bütün bu araştırmalar değişkenlerin birbirleri ile ilişki ve etkileşim içerisinde olduklarına işaret etmektedir. Buradan hareketle araştırmanın amacı sağlık çalışanlarının işyeri yalnızlığı algısının işe yabancılaşmaya etkisinde damgalamanın aracılık rolünün test edilmesidir. Bu bilgiler doğrultusunda geliştirilen araştırma modeli Şekil 1’deki gibidir.

#### Şekil 1. Araştırmanın Kavramsal Modeli



Şekil 1’de yer alan kavramsal model doğrultusunda ileri sürülen hipotezler aşağıdaki gibidir:

H<sub>1</sub>: İşyeri yalnızlığının damgalama üzerinde etkisi vardır.

H<sub>2</sub>: Damgalamanın işe yabancılaşma üzerinde etkisi vardır.

H<sub>3</sub>: İşyeri yalnızlığının işe yabancılaşma üzerinde etkisi vardır.

H<sub>4</sub>: İşyeri yalnızlığının işe yabancılaşmaya etkisinde damgalamanın aracılık rolü vardır.

#### 3.2. Evren ve Örneklem

Araştırma İç Anadolu Bölgesinde faaliyet gösteren bir tıp fakültesinde yürütülmüştür. Kurumda çalışan personel (öğretim üyesi, araştırma görevlisi, hemşire ve yardımcı hizmetler personeli) sayısı 3700’ün üzerindedir. Basit tesadüfi örnekleme yöntemine göre %95 güven düzeyinde ve %5 güven aralığında gerekli örneklem büyüklüğü 348 olarak tespit edilmiştir. Bu bağlamda kurumdan alınan 16.12.2022 tarih ve 282983 sayılı yasal izin neticesinde 27 Aralık 2022-17 Ocak 2023 tarihleri arasında araştırmacılar tarafından araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli 400 personele ulaşılmıştır.

Katılımcılardan elde edilen formlardan eksik ve geçersiz formlar çıkarıldıktan sonra geçerli 359 veri toplama formu ile veri analizleri gerçekleştirilmiştir.

### 3.3 Veri Toplama Aracı

Araştırmada veri toplama tekniklerinden olan anket yönteminden yararlanılmıştır. Anket yönteminde veri toplama formu olarak dört bölümden oluşan form kullanılmıştır. Formun ilk kısmında katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi, medeni hali ve iş tecrübe süresini ele alan 5 adet demografik bilgi sorusu yer almaktadır. İkinci kısmında ise İş Yaşamında Yalnızlık Ölçeği (16 madde), İşe Yabancılaşma Ölçeği (8 madde) ve Damgalama (Stigma) Ölçeği (22 madde) yer almaktadır. Ölçekler, 1-Kesinlikle katılmıyorum'dan 5-Kesinlikle Katılıyorum'a beşli Likert tipinde kullanılmıştır.

İşyeri yalnızlığını ölçümlenmek amacıyla Wright, Burt, ve Strongman (2006) tarafından "Loneliness at Work Scale" ismiyle geliştirilen ve Doğan, Çetin, ve Sungur (2009) tarafından "İş Yaşamında Yalnızlık" ismiyle Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği gerçekleştirilen ölçekten yararlanılmıştır. Ölçek, duygusal yoksunluk (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 ve 9. maddeler) ve sosyal arkadaşlık (10, 11, 12, 13, 14, 15 ve 16. maddeler) olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Maddelerden 5, 6, 10, 11, 12, 14, 15 ve 16 ters yönlü maddelerdir. Bu araştırmada Cronbach alpha değeri 0,89 olarak saptanmıştır.

İşe yabancılaşmayı ölçümlenmek amacıyla Maddi, Kobasa, ve Hoover (1979) tarafından geliştirilen ve Hirschfeld, Field, ve Bedeian (2000) tarafından son şekline dönüştürülen ölçekten yararlanılmıştır. Ölçek orijinalinde 10 maddeden oluşmaktadır. Ancak Kanten ve Er Ülker (2013) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında ölçeğin yapı geçerliliğini 8 madde olarak doğrulamışlardır. Araştırmada Donatbayan (2017) tarafından kamu kurumlarında çalışanlara yönelik güvenilirliği yeniden değerlendirilen ölçekten yararlanılmıştır. Ölçek, tek boyuttan oluşmaktadır. Bu araştırmada Cronbach alpha değeri 0,90 olarak saptanmıştır.

Damgalamayı ölçümlenmek amacıyla Yaman ve Güngör (2013a) tarafından "Damgalama (Stigma) Ölçeği" ismiyle Türkçe geliştirilen ölçekten yararlanılmıştır. Ölçek, ayrımcılık ve dışlanma (10, 17, 18, 19, 20 ve 21. maddeler), etiketleme (3, 4, 5, 7, 8 ve 9. maddeler), psikolojik sağlık (11, 12, 13, 16 ve 22. maddeler) ve önyargı (1, 2, 6, 14 ve 15. maddeler) olmak üzere 4 boyuttan oluşmaktadır. Bu araştırmada Cronbach alpha değeri 0,85 olarak saptanmıştır.

### 3.4. Veri Analizleri

Temin edilen veriler tanımlayıcı istatistikler, güvenilirlik analizleri, korelasyon analizi, doğrulayıcı faktör analizi ve Hayes (2018)'in geliştirmiş olduğu Process Makro-Model 4 vasıtası ile aracılık testine tabi tutulmuştur. Aracılık etkisinin yorumlanmasında ise bootstrap tekniğinden yararlanılmıştır.

## IV. BULGULAR

### 4.1. Temel İstatistikler

Uygulanan frekans analizi sonucunda katılımcıların (N=359) çoğunluğunun 31-40 yaş aralığında (%35,4), erkek (%61,3), lisans mezunu (%34,3), evli (%65,5) ve 11-20 yıl aralığında iş tecrübesine sahip olduğu (%32,0) görülmüştür. Katılımcıların demografik özelliklerine yönelik detaylı bilgiler Tablo 1'deki gibidir.

**Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri Tablosu**

Demografik Özellikler	Sayı (%)	Demografik Özellikler	Sayı (%)
<b>Yaş</b> 19 ve altı 20-30 31-40 41-50 51 ve üstü	10 (2,8)	<b>Cinsiyet</b> Kadın Erkek	139 (38,7)
	96 (26,7)		220 (61,3)
	127 (35,4)	<b>Medeni Durum</b> Evli Bekâr	235 (65,5)
	82 (22,8)		124 (34,5)
	44 (12,3)		
<b>Eğitim Düzeyi</b> İlköğretim Lise Önlisans Lisans Lisansüstü	33 (9,2)	<b>İş Tecrübesi (yıl)</b> 0-1 2-5 6-10 11-20 21 ve üzeri	26 (7,2)
	79 (22,0)		67 (18,7)
	43 (12,0)		65 (18,1)
	123 (34,3)		115 (32,0)
	81 (22,6)		86 (24,0)

Ölçekler ve ölçek alt boyutlarının birbirleriyle arasındaki ilişki düzey ve yönleri korelasyon analizi sonuçlarına göre Tablo 2'deki gibidir.

**Tablo 2. Korelasyon Analizi Bulguları**

Ölçekler ve Alt Boyutlar	Ort.	S.S.	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1-İş Yaşamında Yalnızlık Ölçeği	2,27	0,70	(0,89)								
2-Duygusal yoksunluk	2,24	0,74	0,900**	(0,84)							
3-Sosyal arkadaşlık	2,27	0,83	0,893**	0,618**	(0,84)						
4-İşe Yabancılaşıma Ölçeği	2,26	0,89	0,447**	0,485**	0,309**	(0,90)					
5-Damgalama (Stigma) Ölçeği	2,54	0,54	0,413**	0,443**	0,301**	0,355**	(0,85)				
6-Ayrımcılık ve Dışlanma	1,98	0,75	0,372**	0,353**	0,326**	0,328**	0,755**	(0,81)			
7-Etiketleme	2,54	0,70	0,353**	0,368**	0,269**	0,244**	0,805**	0,531**	(0,66)		
8-Psikolojik Sağlık	2,66	0,74	0,231**	0,268**	0,136**	0,238**	0,724**	0,449**	0,440**	(0,65)	
9-Önyargı	3,07	0,83	0,227**	0,286**	0,123*	0,212**	0,612**	0,159**	0,349**	0,273**	(0,79)

\*. Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır.

\*\* . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır.

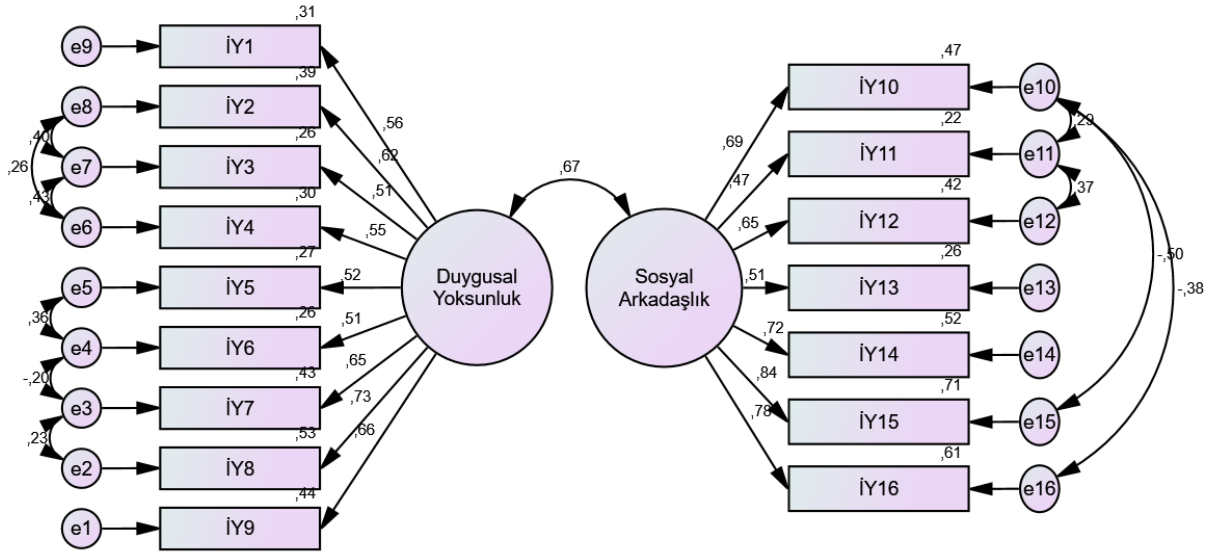
Not: Parantez içerisinde yer alan rakamlar değişkenlerin Cronbach Alpha değerleridir. Ort. = Ortalama, S.S. = Standart Sapma

Tablo 2'de görüldüğü üzere analize dahil olan tüm değişkenler ve alt boyutları birbirleri ile çeşitli düzeylerde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki içerisindedirler. Bu durumda işyeri yalnızlığını ile işe yabancılaşıma ve damgalama arasında orta düzeyde, işe yabancılaşıma ile damgalama arasında ise düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir. Diğer bir ifade ile sağlık çalışanlarının işyeri yalnızlığı, işe yabancılaşıma ya da damgalama düzeyleri arttıkça bu durum diğer değişkenlerdeki eğilimin de artmasına neden olmaktadır.

#### 4.2. Doğrulayıcı Faktör Analizi

Elde edilen verilerin yapı geçerliliğinin test edilmesi amacı ile her bir ölçeğe doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır. Bu doğrultuda Şekil 2'de iş yaşamında yalnızlık ölçeğine ait DFA modeli yer almaktadır.

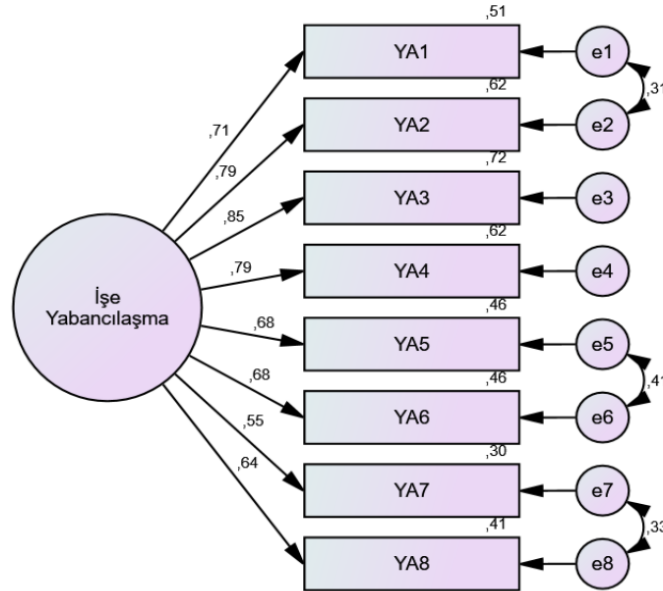
**Şekil 2. İş Yaşamında Yalnızlık Ölçeği DFA Modeli**



Başar (2016), standart katsayıların 0,40'ın üzerinde yer alması durumunda ilgili maddenin, ait olduğu boyuta iyi düzeyde uyum sağladığını ifade etmektedir.

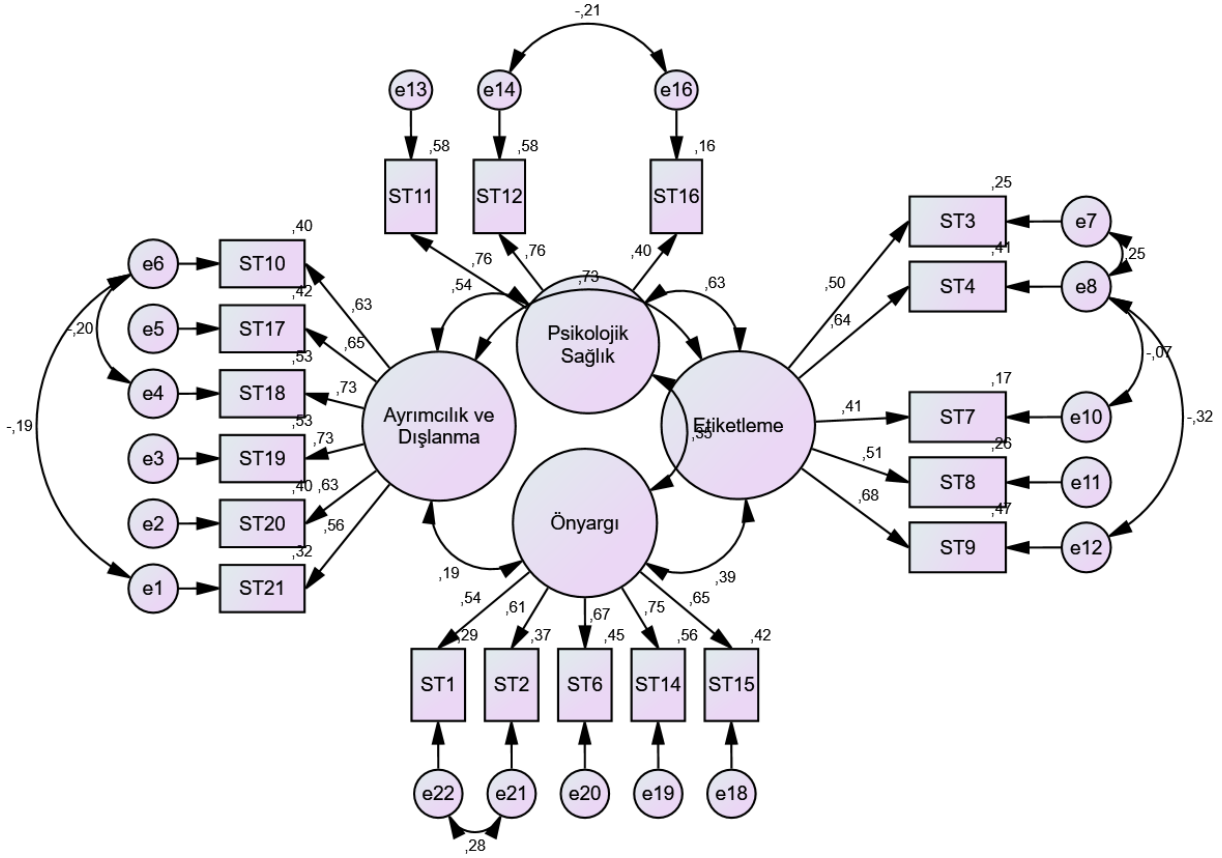
Şekil 2'de yer aldığı şekli ile ölçek maddelerinin standart katsayıları 0,47 ile 0,84 değerleri arasında değişen değerler aldığından her bir maddenin ait olduğu boyutla iyi düzeyde uyum sağladığı kabul edilmiştir. Şekil 3'de İşe Yabancılaşma ölçeğine ait DFA modeli yer almaktadır.

**Şekil 3. İşe Yabancılaşma Ölçeği DFA Modeli**



Şekil 3'te görüldüğü üzere ölçekte yer alan maddelerin standart katsayıları 0,55 ile 0,85 değerleri arasında değişmektedir. Bu değerler yine ölçek maddelerinin ait oldukları boyuta iyi düzeyde uyum sağladıklarının işaretidir. Şekil 4'de ise Damgalama ölçeğine ait DFA modeli yer almaktadır.

Şekil 4. Damgalama (Stigma) Ölçeği DFA Modeli



Şekil 4'te görüldüğü üzere ölçekte yer alan maddelerin standart katsayıları 0,40 ile 0,76 değerleri arasında değişmektedir. Standart katsayıların 0,40'ın üzerinde olması, yine ölçek maddelerinin ait oldukları alt boyuta iyi düzeyde uyum sağladıklarına işarettir (Başar, 2016). Ancak psikolojik sağlık alt boyutundan 13 ve 22. maddeler ile etiketleme alt boyutunda 5. maddenin standart katsayıları 0,40 değerinin altında kaldığından ilerleyen analizlere dahil edilmemişlerdir. Her üç ölçeğe ait uyum iyiliği indeks değerleri ise Tablo 3'teki gibidir.

Tablo 3. Ölçekler DFA Modeli Uyum İndeksleri

İndeks Adı	İş Yaşamında Yalnızlık Ölçeği	İşe Yabancılaşma Ölçeği	Damgalama (Stigma) Ölçeği	İyi Uyum Değerleri	Kabul Edilebilir Uyum Değerleri
X <sup>2</sup> /df	3,6	2,5	2,1	<3	3 < (X <sup>2</sup> /df) < 5
SRMR	0,07	0,03	0,06	<0,05	<0,08
CFI	0,90	0,98	0,92	>0,95	>0,90
RMSEA	0,08	0,06	0,05	<0,05	<0,08
TLI	0,87	0,97	0,90	>0,95	>0,90
IFI	0,90	0,98	0,92	>0,95	>0,90
GFI	0,90	0,97	0,92	>0,95	>0,90

Kaynak: Gürbüz (2021a:38)

Tablo 3'e göre tüm ölçeklere ait indekslerin kabul edilebilir ya da iyi uyum değerleri arasında yer aldığı görülmektedir. Böylelikle tüm ölçeklerin yapı geçerliliğinin doğrulandığı kabul edilmiştir.

### 4.3. Hipotez Testleri

Şekil 1'deki kavramsal modelde görüldüğü üzere aracı değişken damgalama, yordayıcı değişken işyeri yalnızlığı, yordanan değişken ise işe yabancılaşmadır. Korelasyon analizi sonuçları, yordayıcı değişken işyeri yalnızlığı ve yordanan değişken işe yabancılaşma ile aracı değişken damgalama arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde ilişkiler olduğunu ortaya koymuştur. Bu durum işyeri yalnızlığının işe yabancılaşmaya etkisinde, damgalamanın aracı rolünün incelenebileceğini göstermektedir (Güldü, 2019). Bu amaçla araştırma hipotezlerinin test edilmesi için Hayes (2018) tarafından geliştirilen Process Macro eklentisi Model 4'den yararlanılmıştır. Analizlerde bootstrap tekniği ile 5000 yeniden örneklem seçeneği kullanılmıştır. Bootstrap tekniği ile gerçekleştirilen aracılık etki analizlerinde, hipotezlerin desteklenebilmesi için elde edilen %95 güven aralığındaki değerlerin eşit yönde olması (negatif-negatif ya da pozitif-pozitif) diğer bir ifade ile bu değerlerin sıfır değerini kapsamaması gerekmektedir (MacKinnon vd., 2004; Gürbüz, 2021b). Analiz sonucunda elde edilen sonuçlar Tablo 4'teki gibidir.

**Tablo 4. Hipotez Testlerine Yönelik Regresyon Analiz Sonuçları (N=359)**

Tahmin Değişkenleri	Sonuç Değişkenleri										
	M (Damgalama)					Y (İşe Yabancılaşma)					
	β	S.H.	%95 GA		β	S.H.	%95 GA				
			LLCI	ULCI			LLCI	ULCI			
<b>X (İş Yaşamında Yalnızlık)</b>	a	0,301*	0,037	0,2281	0,3737	c'	0,459*	0,064	0,3338	0,5849	
<b>M (Damgalama)</b>	-	-	-	-	-	b	0,362*	0,084	0,1975	0,5272	
<b>Sabit</b>		1,832*	0,087	1,66	2,004		0,316*	0,207			
		$R^2 = 0,017$					$R^2 = 0,241$				
		$F_{(1; 357)} = 66,041; p < 0,001$					$F_{(2; 356)} = 56,305; p < 0,001$				
		Toplam Etki					c	0,568*	0,061	0,4502	0,6865
		Dolaylı Etki					a.b	0,109*	0,032	0,0533	0,1758

Not: \*  $p < .001$ ; S.H.: Standart Hata. GA: Güven Aralığı.  $R^2$ : aracılık modelinin açıkladığı varyansı temsil eder. Standardize edilmemiş beta katsayıları ( $\beta$ ) raporlanmıştır. a: X->M etkisi, b: M->Y etkisi, c': doğrudan etki (X->Y), c: toplam etkidir.

Buna göre işyeri yalnızlığının damgalamayı pozitif yönde ve istatistiki olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilmiştir ( $\beta = 0,301$ , %95 GA [0,2281, 0,3737],  $t = 8,1265$ ,  $p < 0,001$ ). Standardize olmayan beta değerinin ( $\beta$ ) anlamlı olduğu  $p$  değerinin 0,001'den küçük olmasından ve güven aralığı değerlerinin sıfır değerini kapsamamasından anlaşılmaktadır (MacKinnon vd., 2004; Gürbüz, 2021b:). Bu durumda iş yerinde yalnızlık değişkeninin damgalamadaki değişimin yaklaşık %2'sini ( $R^2 = 0,017$ ) açıkladığı tespit edilmiştir. Böylelikle  $H_1$  hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca aracı değişken olan damgalamanın işe yabancılaşmayı, pozitif yönde ve istatistiki olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilmiştir ( $\beta = 0,362$ , %95 GA [0,1975, 0,5272],  $t = 4,3231$ ,  $p < 0,001$ ). Buna göre katılımcıların damgalama düzeyleri arttıkça işe yabancılaşma düzeyleri de artmaktadır. Bu durumda araştırmanın  $H_2$  hipotezi kabul edilmiştir. İşyeri yalnızlığı da işe yabancılaşma üzerinde anlamlı düzeyde ve pozitif yönde bir etkiye sahiptir ( $\beta = 0,459$ , %95 GA [0,3338, 0,5849],  $t = 7,1946$ ,  $p < 0,001$ ). Bu durumda  $H_3$  hipotezi kabul edilmiştir. İşyeri yalnızlığı ve damgalama, işe yabancılaşmadaki değişimin yaklaşık %24'ünü ( $R^2 = 0,241$ ) açıklamaktadır.

Tablo 4'te işyeri yalnızlığının (X), aracı değişken damgalama (M) ile işe yabancılaşma (Y) üzerindeki dolaylı etkisi yer almaktadır. Bootstrap tekniği ile elde edilen güven aralıkları göz önünde bulundurularak işyeri yalnızlığının işe yabancılaşma üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; diğer bir ifade ile sağlık çalışanlarının damgalama eğilimleri işyeri yalnızlığı ile işe yabancılaşma arasındaki etkiye aracılık etmektedir ( $\beta = 0,109$ , %95 GA [0,0533, 0,1758]). Bu durumda  $H_4$  hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca tam standardize etki büyüklüğü 0,086 ve kısmi standardize etki büyüklüğü ise 0,128'dir. Bu durumda test edilen modeldeki aracılık etkisinin "orta" değerde (Gürbüz, 2021b) olduğu tespit edilmiştir.

## **V. TARTIŞMA**

Literatürde araştırma modelinde bulunan her üç değişkenin birlikte ele alındığı araştırmaya rastlanmamıştır. Değişkenlerin ikili ilişkisini incelemeye yönelik sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır.

Araştırma bulgularına göre işyeri yalnızlığı damgalamayı pozitif yönde ve anlamlı şekilde etkilemektedir. Literatürde işyeri yalnızlığının damgalamaya etkisini ölçümleyen bir araştırma ile karşılaşılmamıştır. Ancak damgalamanın kişilerin iş ve özel yaşamlarında yıpratıcı etkilerinin olduğu ve ruhsal bozukluklarla ilişkilendirildiği görülmektedir (Ersoy ve Varan, 2007; Baysal 2013). Semerci (2023) damgalamanın yalnızlığa mahkum edilmek olduğunu bildirmektedir. Ay (2015) ise işyeri yalnızlığının sağlık çalışanlarında örgütsel sinizmi artırdığını tespit etmiştir. Böylelikle işyeri yalnızlığının çeşitli olumsuz örgütsel davranış değişkenlerini etkilediği sonucuna ulaşılabilir.

Araştırmanın bir diğer bulgusu damgalamanın işe yabancılaşımayı pozitif yönde ve anlamlı şekilde etkilediğidir. Ayhan ve Yağcı (2021) da araştırmalarında damgalama ile işe yabancılaşıma arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit etmişlerdir. Bu durum araştırma bulguları ile örtüşmektedir.

Araştırmada ayrıca işyeri yalnızlığının işe yabancılaşımayı pozitif yönde ve anlamlı şekilde etkilediği tespit edilmiştir. Bağ (2023) araştırmasında iş yeri yalnızlığının işe yabancılaşıma üzerinde artırıcı etkisinin olduğunu bildirmektedir. Orhan (2021) ise işyeri yalnızlığı ile işe yabancılaşımayı birlikte değerlendirdiği araştırmasında değişkenler arasında yüksek düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğunu tespit etmiştir. Araştırma bulguları literatür ile benzerlik göstermektedir. Böylelikle işyeri yalnızlığının işe yabancılaşıma sağlık sektöründe de etki edebileceği öngörülmektedir.

Son olarak işyeri yalnızlığının işe yabancılaşıma etkisinde damgalamanın aracılık rolü üstlendiği tespit edilmiştir. Ancak literatürde bu durumu karşılaştırabilecek herhangi bir araştırma ile karşılaşılmamıştır.

## **VI. SONUÇ**

Sağlık çalışanlarının işyeri yalnızlıklarının işe yabancılaşıma etkisinde damgalama eğilimlerinin aracılık rolünün test edildiği araştırma 359 kişi ile yürütülmüştür. Nicel desen ve kesitsel tipte planlanan araştırmanın verileri anket tekniği ile elde edilmiştir. Uygulanan frekans analizi sonucunda katılımcıların çoğunluğunun 31-40 yaş aralığında, erkek, lisans mezunu, evli ve 11-20 yıl aralığında iş tecrübesine sahip olduğu görülmüştür. Korelasyon analizi bulgularına göre işyeri yalnızlığı ile işe yabancılaşıma ve damgalama arasında orta düzeyde, işe yabancılaşıma ile damgalama arasında ise düşük düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir.

Hipotez testlerine göre işyeri yalnızlığının damgalamayı pozitif yönde ve istatistiki olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Böylelikle araştırmanın H<sub>1</sub> hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca aracı değişken olan damgalamanın işe yabancılaşımayı, pozitif yönde ve istatistiki olarak anlamlı düzeyde etkilediği tespit edilmiştir. Buna göre katılımcıların damgalama düzeyleri arttıkça işe yabancılaşıma düzeyleri de artmaktadır. Bu durumda araştırmanın H<sub>2</sub> hipotezi kabul edilmiştir. İşyeri yalnızlığı da işe yabancılaşıma üzerinde anlamlı düzeyde ve pozitif yönde bir etkiye sahiptir. Araştırmanın H<sub>3</sub> hipotezi kabul edilmiştir. Son olarak işyeri yalnızlığının işe yabancılaşıma üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu; diğer bir ifade ile sağlık çalışanlarının damgalama eğilimleri işyeri yalnızlığı ile işe yabancılaşıma arasındaki etkiye aracılık etmektedir. H<sub>4</sub> hipotezi kabul edilmiştir. Ayrıca tam standardize etki büyüklüğü 0,086 ve kısmi standardize etki büyüklüğü ise 0,128'dir. Bulgulara göre test edilen modeldeki aracılık etkisinin "orta" değerinde olduğu belirlenmiştir.

Sağlık kuruluşlarında yaşanan örgütsel çarpıklıklar kalitesiz kişiler arası ilişkilerin bir sonucudur ve sağlık çalışanlarının özel ve iş yaşamlarına olumsuz etkilerinin olduğu söylenebilir. Olumsuz etkiler

nedeniyle hizmet kalitesinde düşmeler ve maliyetlerde artışlar olabileceği öngörülmektedir. Araştırma sonuçlarına göre sağlık yöneticilerine aşağıdaki önerilerde bulunulabilir.

- İşyerinde olumsuz örgütsel davranışları engelleyecek tedbirler geliştirmelidirler.
- Çalışanların damgalama eylemlerinin önlenmesi için gereken tedbirlerin alınması ile işe yabancılaşmanın gelişimi en aza indirilebilir.
- İşyeri yalnızlığı yaşayan kişilerin bu algılarının ortadan kaldırılabilmesi için grup etkinlikleri, rotasyon, iş geliştirme ve iş genişletme vb. gibi insan kaynakları uygulamalarından yararlanılabilir.
- Araştırmada kullanılan modelin farklı sağlık kurumlarında ve diğer sektörlerde uygulanması ile değişkenlerin etkileri daha derinlemesine incelenebilir.

**Araştırmanın Sınırlılıkları:** Bütçe ve zaman kısıtları nedeniyle tek bir sağlık kuruluşunda yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

**Etik kurul İzni:** Araştırma için Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Bilimsel Araştırma ve yayın etik kurulundan 17.05.2022 tarihli ve 4/67 sayılı karar ile onay alınmıştır. Araştırma Helsinki Bildirgesi (2013) ilkelerine göre yürütülmüştür.

## KAYNAKLAR

- Agarwal, S. (1993). Influence of formalization on role stress, organizational commitment, and work alienation of salespersons: A cross-national comparative study. *Journal of International Business Studies*, 24, 715-739.
- Akdeniz, F. (2022). *İletişim iklimi ve işyeri yalnızlığı ilişkisinde temel psikolojik ihtiyaçların aracılık rolü*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir.
- Akduru, H. E. & Semerciöz, F. (2017). Kamu kurumlarında örgütsel dedikodu ve işyeri yalnızlığına dair bir araştırma. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 13(13), 106-119.
- Akyol, A. (2019). *İşkoliklik ve işe cezbolma ile işyeri yalnızlığı ve stres arasındaki ilişkilerin incelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sabahattin Zaim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Amarat, M., Akbolat, M., Ünal, Ö., & Güneş Karakaya, B. (2019). The mediating role of work alienation in the effect of workplace loneliness on nurses' performance. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 553-559.
- Atasoy, A., & Yorgun, S. (2013). Sağlık çalışanlarında iş gerilimi ve iş stres düzeyinin değerlendirilmesi, *Sağlıkta Kalite ve Performans Dergisi*, 6(2), 71-88.
- Ay, A. F. (2015). İstismarcı yönetim, işyeri yalnızlığı ve örgütsel sinizm arasındaki ilişkiler: Sağlık çalışanlarına yönelik bir çalışma. *Journal of International Social Research*, 8(41), 1116-1126.
- Ayhan, E. E., & Yağcı, H. (2021). İşyerinde damgalanmanın işe yabancılaşma açısından değerlendirilmesi: Bir kamu kurumu örneği. *Fırat Üniversitesi. İİBF Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 5(2), 167-187.
- Başar, E. E. (2016). *Hane halklarının sürdürülebilir tüketim davranışlarının ölçülmesine yönelik bir ölçek geliştirme çalışması*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Erzurum.



- Bağ, Ç. (2023). *İşyeri yalnızlığı ile işe yabancılaşma arasındaki ilişkiye yönelik bir çalışma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karabük Üniversitesi, Karabük.
- Barsbay, M. Ç. (2019). Sağlık hizmetlerini yönetmek neden zordur?: Teorik tartışmalar. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(3), 247-253.
- Baysal, G. Ö. D. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Archives Medical Review Journal*, 22(2), 239-251.
- Canbolat, M. A. (2022). Örgütlerde damgala(n)ma (stigmatizasyon). (Editör: Mehmet Ali Canbolat ve Ahmet Burhan Çakıcı), *Örgütlerin Karanlık Yüzü: Negatif Davranışlar* (ss. 221-236), Ankara: Gazi Kitabevi.
- Cihan, G. (2019). *Obez bireylerde damgalanma hissi ile yeme davranışları ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Cindiloğlu, M., Polatçı, S., Özçalık, F., & Gültekin, Z. (2017). İşyeri yalnızlığının iş ve yaşam tatminine etkisi: Lider-üye etkileşiminin aracılık rolü. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 17(2), 191-200.
- Deniz, S. (2019). Effect of loneliness in the workplace on employees' job performance: A study for hospital employees. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 4(3), 214-224.
- Doğan, T., Çetin, B., & Sungur, M. Z. (2009). İş yaşamında yalnızlık ölçeği Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 271-277.
- Donatbayan, İ. H. (2017). *Örgütsel yabancılaşma ve örgütsel sessizlik ilişkisi: Gaziantep'te bir alan araştırması*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep.
- Erdirençelebi, M., & Ertürk E. (2018). Çalışanların örgütsel yalnızlık algısının iş tatmini ve işten ayrılma niyeti üzerine etkileri. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(2), 603-617.
- Ersoy, M. A., & Varan A. (2007). Ruhsal hastalıklarda içselleştirilmiş damgalanma ölçeği türkçe formu'nun güvenilirlik ve geçerlik çalışması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Ertem, M. (2020). COVID-19 pandemisi ve sosyal damgalama. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 5(2), 135-138.
- Esmer, Y., Özdaşlı, K., & Kandemir, H. (2017). *Sağlık sektörü örgütlerinde üretkenlik karşısı iş davranışlarına yönelik bir değerlendirme*, Uluslararası Taşköprü Pompeipolis Bilim Kültür Sanat Araştırmaları Sempozyumu Tam Metin Kitabı, 983-991
- Ferguson, I., & Lavalette, M. (2004). Beyond power discourse: Alienation and social work. *British Journal of Social Work*, 34(3), 297-312. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bch039>
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. London: Penguin Group.
- Güldü, Ö. (2019). Konaklama işletmesi çalışanlarının algıladıkları sosyal desteğin işe bağlılık düzeylerine etkisi: Uzlaşabilirlik kişilik özelliğinin aracılık rolü. *Turizm Çalışmaları Dergisi*, 1(1), 17-28.

- Gümüş Dönmez, F., & Topaloğlu, C. (2020). Otel çalışanlarında algılanan örgütsel destek, iş yeri yalnızlığı ve iş tatmini ilişkisi. *İş ve İnsan Dergisi*, 7(2), 311-324.
- Gürbüz, S. (2021a). *AMOS ile yapısal eşitlik modellemesi*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gürbüz, S. (2021b). *Aracı, düzenleyici ve durumsal etki analizleri*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (Second Edition). New York: The Guilford Press.
- Hirschfeld, R. R., Field, H. S., & Bedeian, A. G. (2000). Work alienation as an individual-difference construct for predicting workplace adjustment: A test in two samples. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(9), 1880-1902.
- Hoşgör, H., & Cin, S. (2020). İşyeri yalnızlığı ile örgütsel sinizm ilişkisi: Bir eğitim ve araştırma hastanesinde uygulama. *Turkish Studies*, 15(5), 2449-2461.
- İnce Ayaydın, Ç. (2021). İşyerinde psikolojik şiddetin iş tatmini, işe yabancılaşma ve işten ayrılma niyeti ile ilişkisi. *IBAD Sosyal Bilimler Dergisi*, (9), 143-176.
- Kanten, P., & Er Ülker, F. (2013). Yönetim tarzının üretkenlik karşıtı iş davranışlarına etkisinde işe yabancılaşmanın aracılık rolü. *21. Ulusal Yönetim ve Organizasyon Kongresi Bildiriler Kitabı*. Kütahya: Nobel Akademik Yayıncılık, 624-629.
- Kanungo, R. N. (1979). The concepts of alienation and involvement revisited. *Psychological Bulletin*, 86(1), 119-138.
- Koçak, Ö. E., & Yener, S. (2019). Lidere güven algısının işyeri yalnızlığı üzerindeki etkisinde psikolojik rahatlık algısının aracı rolü. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 26(3), 937-954.
- Koçer, C., Yeşil, E., & Yürüyen, H. (2018). Sanallık algısının, iş yeri yalnızlığı ve örgütsel iletişim üzerindeki etkisi. *Uluslararası Turizm Ekonomi ve İşletme Bilimleri Dergisi*, 2(2), 561-577.
- Kowalewska, B., Cybulski, M., Jankowiak, B., & Krajewska-Kułak, E. (2020). Acceptance of Illness, Satisfaction with Life, Sense of Stigmatization, and Quality of Life among People with Psoriasis: A Cross-Sectional Study. *Dermatology and Therapy*, 10(3), 413-430.
- Layne, D. M., Nemeth, L. S., Mueller, M., & Martin, M. (2019). Negative behaviors among healthcare professionals: Relationship with patient safety culture. *Healthcare*, 7(1), 23.
- MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, 39, 99-128.
- Maddi, S. R., Kobasa, S. C., & Hoover, M. (1979). An alienation test. *Journal of Humanistic Psychology*, 19(73), 73-76.
- Mercan, N., Oyur, E., Alamur, B., Gül, S., & Bengül, S. (2012). İşyeri yalnızlığı ve sosyal fobi arasındaki ilişkiye yönelik bir araştırma. *Organizasyon ve Yönetim Bilimleri Dergisi*, 4(1), 213-226.
- Moch, M. K. (1980). Job involvement, internal motivation, and employees' integration into networks of work relationships. *Organizational Behavior and Human Performance*, 25(February), 15-31.

- Mostafa, A., Sabry, W., & Mostafa, N. S. (2020). COVID-19-related stigmatization among a sample of Egyptian healthcare workers. *PLoS ONE*, 15(12), 1-15.
- Orhan, A. T. (2021). *Örgüt ikliminin çalışan performansına etkisinde iş yeri yalnızlığı ve işe yabancılaşmanın aracı rolü*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Beykent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Orhan, A. T. (2023). İş yeri yalnızlığının çalışan performansına etkisi: Akademisyenler üzerine bir uygulama. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 24(1), 463-476.
- Özbek, M. F. (2011). Örgüt içerisindeki güven ve işe yabancılaşma ilişkisinde örgüte uyum sağlamanın aracı rolü. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(1), 231-248.
- Özdemir, B. (2021). İşyerinde yalnızlığın örgütsel sinizm üzerindeki etkisinde tükenmişliğin aracı rolünün incelenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(5), 1421-1439.
- Özişli, Ö. (2022). The effect of workplace ostracism on organizational silence and workplace loneliness: A study on healthcare workers. *International Journal of Health Services Research and Policy*, 7(3), 300-308.
- Özmen, S. (2018). *Hastane Çalışanları Arasında Damgalama (Stigmatizasyon) Olgusu Üzerine Keşifsel Bir Çalışma*, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Pearlin, L. I. (1962). Alienation from work: A study of nursing personnel. *American Sociological Review*, 27(3), 314-326.
- Pehlivanlı, E. A. (2022). Yalnızlık, Sosyal İzolasyon ve İşyeri Yalnızlığı. (Editör: Mehmet Ali Canbolat ve Ahmet Burhan Çakıcı), *Örgütlerin Karanlık Yüzü: Negatif Davranışlar* (159-174), Ankara: Gazi Kitabevi.
- Portfliet, M. V. (2020). Resistance will be futile? The stigmatization (or not) of whistleblowers. *Journal of Business Ethics*, 1-14.
- Ritvala, T., Granqvist, N., & Piekkari, R. (2021). A processual view of organizational stigmatization in foreign market entry: The failure of Guggenheim Helsinki. *Journal of International Business Studies*, 52, 282-305.
- Seçkin, Ş. N. (2017). Algılanan örgütsel politika, işyeri yalnızlığı ve içsellik statüsü ilişkisinde politik yeteneğin rolü: Kamu çalışanları üzerine bir araştırma. *Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 2(4), 1-15.
- Semerci, B. (2023, Şubat 26). *Yalnızlığa mahkum edilmenin adı: Damgalanmak*. <https://bengisemerci.com/yalnizliga-mahkum-edilmenin-adi-damgalanmak/>
- Siddiqui, S., & Sangwan, A. (2022). The catalytic role of perceived psychological safety on the relationship between 'support from supervisor' and 'workplace loneliness'. *Journal of Positive School Psychology*, 6(6), 8401-8412.
- Sivuk, D., & Seyhan, F. (2021). Örgütsel çatışma, örgütsel stres, iş yaşam kalitesi, iş tatmini ve işten ayrılma niyeti arasındaki ilişki: Sağlık çalışanlarının verimliliği üzerine bir araştırma. *Verimlilik Dergisi*, (4), 185-201.

- Tanrıverdi, H., & Kahraman, O. C. (2016). 5 Yıldızlı otel işletmelerinde lider-üye etkileşimi ve işe yabancılaşma ilişkisi: Marmaris ve İstanbul destinasyonlarında bir araştırma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(3), 463-493.
- Taşpınar, Y., & Eryeşil, K. (2021). Örgütsel güvenin psikolojik iyi oluş ve işyeri yalnızlığı üzerindeki etkisine ilişkin bir alan araştırması: Konya ilinde bir yerel yönetim örneği. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, 13(24), 250-265.
- TDK (2023, Şubat 14), "Türk Dil Kurumu", <http://www.tdk.gov.tr>
- Usman, M., Ali, M., Yousaf, Z., Anwar, F., Waqas, M., & Khan, M. A. S. (2020). The relationship between laissez-faire leadership and burnout: Mediation through work alienation and the moderating role of political skill. *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 37(4), 423-434.
- Wood, R. E., Brown, R. E., & Kinser, P. A. (2022). The connection between loneliness and burnout in nurses: An integrative review. *Applied Nursing Research*, 66(151609).
- Wright, S. L., Burt, C. D. B., & Strongman, K. T. (2006). Loneliness in the workplace: Construct definition and scale development. *New Zealand Journal of Psychology*, 35(2).
- Yaman, E., & Güngör, H. (2013a). Damgalama (stigma) ölçeği'nin geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 11(25), 251-270.
- Yaman, E., & Güngör, H. (2013b). Relationship between Stigma Tendencies of School Administrators' and Teachers' and Organizational Culture. *International Online Journal of Educational Sciences*, 5(3), 783-797.
- Yetiş, Z. (2013). *Kamu hastanelerinde çalışan hemşirelerde yabancılaşma*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Zaganjori, O. (2016). *An empirical research on the relationship between emotional labor and work alienation*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.

RESEARCH ARTICLE

# FINANCIAL PERFORMANCE ANALYSIS OF A MINISTRY OF HEALTH HOSPITAL IN THE AEGEAN REGION BEFORE AND AFTER AFFILIATION <sup>1</sup>

Meryem DEMİRTAŞ\*  
Ömer GİDER\*\*

## ABSTRACT

Effective management of both financial and operational performance is crucial for achieving high performance in health institutions. Effective performance management can lead to improved service delivery, patient recovery, and overall performance improvement. This study aims to assess the financial performance of a Ministry of Health hospital located in the Aegean region that was affiliated with a university hospital at the end of 2011. The study also aims to compare the financial performance data with the operational performance data of the hospital. The Ratio analysis method, which is widely accepted for measuring the financial performance of hospitals, is utilized in this study. Twelve ratio analysis methods used to measure financial performance were examined, and the financial performance of the hospital before and after the affiliation was compared and evaluated. Spearman correlation analysis was performed between the financial performance data and operational performance data of the hospital during the six-year operating period between 2009-2014. In conclusion, the healthcare institution faced challenges in meeting its short-term debt obligations and experienced cash shortages. The use of liabilities and debt was reduced after the affiliation, and the institution became profitable with successful management and health service delivery. Results from Spearman correlation analysis showed a positive correlation between the number of outpatients and return on equity and return on total assets. Similarly, the number of emergency admissions, surgeries, non-physician healthcare personnel, and childbirths were positively correlated with net profit margin, return on total assets, and return on equity. The number of radiological examinations and laboratory tests had significant correlations with the inventory turnover ratio.

**Keywords:** Affiliation, ratio analysis, financial performance

## ARTICLE INFO

<sup>1</sup> This study was derived from the dissertation titled "Financial Performance Analysis of a Ministry of Health Hospital in the Aegean Region Before and After Affiliation" which was written by Meryem DEMİRTAŞ, at the Master Program of Health Management Department, Muğla Sıtkı Koçman University the Institute of Health Sciences, under the supervision of Prof. Dr. Ömer GİDER.

\*Dr., Istanbul Medipol University, Institute of Health Sciences, Department of Health Management, İstanbul, meryem.demirtas@std.medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0790-8471>

\*\* Prof. Dr., Muğla Sıtkı Koçman University, Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, Muğla, omegider@mu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0838-8754>

Received: 02.03.2023

Accepted: 07.07.2023

## Cite This Paper:

Demirtaş, M., & Gider, Ö. (2023). Financial performance analysis of a ministry of health hospital in the aegean region before and after affiliation. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 761-780

# EGE BÖLGESİNDE BİR SAĞLIK BAKANLIĞI HASTANESİNİN AFİLİASYON ÖNCESİ VE SONRASI FİNANSAL PERFORMANS ANALİZİ<sup>1</sup>

Meryem DEMİRTAŞ\*  
Ömer GİDER\*\*

## ÖZ

Sağlık kurumlarının yüksek düzeyde bir performans göstermesi genellikle finansal ve operasyonel performansların yönetimine bağlıdır. İyi performans yönetimi sonucu iyi hizmet sunumu, iyileşmiş hasta ve performans geliştirme oluşacaktır. Çalışmanın amacı, Ege bölgesinde faaliyet gösteren ve 2011 yılı sonunda, bir üniversite hastanesi ile afiliye olan bir Sağlık Bakanlığı hastanesinin afiliasyondan önceki ve sonraki dönemde finansal performansının değerlendirilmesi ve hesaplanan finansal performans verileri ile hastanenin operasyonel performans verilerinin karşılaştırılmasıdır. Çalışmada, hastanelerin finansal performans ölçümünde kullanılması genel kabul görmüş Rasyo analiz yöntemi ele alınmıştır. Finansal performans ölçülürken kullanılan, 12 rasyo analizi yöntemi incelenmiş, hastanenin, afiliye olmadan önceki ve afiliye olduktan sonraki, finansal performans durumu karşılaştırılarak değerlendirilmiştir. Hastanenin, 2009-2014 yılları arasındaki altı yıllık faaliyet dönemleri arasındaki finansal performans verileri ile operasyonel performans verileri arasında Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Sonuç olarak, kurumun genel olarak kısa vadeli borçlarını ödemede zorluk yaşadığı ve nakit sıkıntısı yaşadığı gözlemlenmiştir. Kurum afiliasyon öncesinde daha fazla yabancı kaynak kullanırken afiliasyondan sonra kurumda yabancı kaynak kullanımı azalmış, borç düzeyi düşmüştür. Kurum afiliasyon öncesinde zararlar çalışırken afiliasyon sonrasında kâra geçmiştir, yönetimde ve sağlık hizmetinin üretilip dağıtılmasında başarı elde edilmiştir. Diğer taraftan, finansal performans verileri ile operasyonel performans verileri arasında yapılan Spearman korelasyon analizi sonuçlarına göre, poliklinik hasta sayısı açısından bu sayı ile öz sermaye getiri oranı ve toplam aktiflerin getiri oranı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Acil müracaat sayısı, ameliyat sayısı, hekim dışı sağlık personeli sayısı ve doğum sayısı açısından, bu sayılarla, net kâr marjı, toplam aktiflerin getiri oranı ve öz sermaye getiri oranı arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki, ayrıca, radyolojik tetkik sayısı ve laboratuvar tetkik sayısı açısından bu sayılar ile stok devir hızı arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Afiliasyon, rasyo (oran) analizi, finansal performans

## MAKALE HAKKINDA

<sup>1</sup> Bu çalışma, Meryem DEMİRTAŞ'ın, Prof. Dr. Ömer GİDER danışmanlığında, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Programı'nda hazırladığı, "Ege Bölgesinde Bir Sağlık Bakanlığı Hastanesinin Afiliasyon Öncesi ve Sonrası Finansal Performans Analizi" adlı tez çalışmasından üretilmiştir.

\*Dr., İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, İstanbul, meryem.demirtas@std.medipol.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0790-8471>

\*\*Prof. Dr., Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Muğla, omegider@mu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0838-8754>

Gönderim Tarihi: 02.03.2023

Kabul Tarihi: 07.07.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Demirtaş, M., & Gider, Ö. (2023). Financial performance analysis of a ministry of health hospital in the aegean region before and after affiliation. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 761-780

## **I. INTRODUCTION**

Health and healthcare investments play a crucial role in improving the quality of life and extending the lifespan of individuals within society (Hall & Jones, 2007). Investing in healthcare is not only a desirable option but is also a necessary priority for most societies (Frenk, 2015). Generally, health investments are realized through health service institutions, which have diverse functions that determine their structural characteristics and service boundaries. Apart from their primary role as therapeutic units, health institutions serve as research facilities, educational institutions, and major employers in the community (Sultz & Young, 2014). Health institutions, such as hospitals, provide services at three distinct levels known as primary, secondary, and tertiary healthcare facilities (Mulligan & Fox-Rushby, 2003).

**Primary health institutions:** They are the initial point of contact for individuals seeking healthcare services. These institutions typically do not specialize in any particular medical field and offer both preventive and therapeutic healthcare services. Examples of primary health institutions include Family Health Centers (Čučković et al., 2021; Doshi et al., 2021).

**Secondary health institutions:** They provide a higher level of expertise than primary care facilities for patients who require more advanced treatment. Typically, these hospitals have between 200-800 beds and offer services that cannot be provided by primary care institutions. Examples of secondary health institutions include state hospitals that are not affiliated with a university, private branch hospitals, and social security institution (SSI) hospitals (Mulligan & Fox-Rushby, 2003; World Health Organization [WHO], 2022).

**Tertiary health institutions:** These hospitals are characterized by their advanced level of specialization and technical resources. These health institutions have a range of 300 to 1500 hospital beds and offer specialized clinical services, such as intensive care units and specialized imaging facilities, in addition to providing training services. These hospitals employ highly specialized personnel and utilize advanced technical equipment. Examples of such hospitals include maternity hospitals, children's hospitals, chest diseases hospitals, bone diseases hospitals, oncology hospitals, physical therapy and rehabilitation centers, and psychiatric hospitals (Mulligan & Fox-Rushby, 2003; WHO, 2022).

The health service process and hospitals can be analyzed from various viewpoints, including biological, ethical, political, and economic perspectives. Nonetheless, the economic perspective holds a distinct significance among these approaches as it influences the incentives and actions of both healthcare providers and patients (Fuchs, 2015). The healthcare industry mostly consists of national, regional, and local economies. Differences and sometimes contradictions in medical technology, national policy changes, and local market factors can cause pressure and lack of support for health institutions, their staff, and resource providers (Bernstein, 2009).

A high level of performance of a health institution traditionally depends on the management of financial and operational performances. A more appropriate way to manage performance is by taking into account the basic principles of performance management, that is, by linking the data generated by operational and financial performance indicators to the service providers and users. This will result in good service delivery, good patient outcomes, and improved performance (Walburg et al., 2006). Therefore, management and financial management in health institutions have a great role and importance in this regard. Financial resources play a decisive role in the continuity of the functional operations of hospitals and the continuation of service provision. The expectation that gathers investors, partners, and the state on a common denominator is to reach the desired profit level by using the financial resources of the health institution efficiently and effectively (Gider, 2004).

According to Cleverley and Harley (1992), profitability should be the main performance criterion. Cleverley argues that today's health institutions can no longer survive and continue to exist without

making a profit. According to Cleverley's (1990) research, hospitals that prioritize acquiring items at the lowest possible cost, maintain low levels of investment in fixed assets and receivables, use debt moderately, allocate resources for institutional renewal, and have a high market share operate at a higher level in the market. Cleverley also emphasized that financial performance is a critical factor for hospitals to remain viable (Cleverley, 1990).

This study discusses an affiliated organizational structure formed by a university hospital and a state hospital, which contributes to the healthcare service process by incorporating education, research, and treatment services of the four functions of health institutions such as treatment services, education services, preventive and developmental health services, and research services. The impact of this organizational structure on the economic structure of the institution was calculated using financial efficiency measurement ratios. In addition, the ratios before and after the affiliation process were compared and interpreted.

## **II. CONCEPTUAL FRAMEWORK**

### **2.1. Affiliation**

Shortell et al. (1996) define affiliated healthcare as a collaborative approach that prioritizes meeting the healthcare needs of the community. This approach involves adjusting service capacity in response to community needs, coordinating and integrating healthcare, establishing information systems that connect health service providers with users and payers, and providing stakeholders with information about cost, outcomes, consumer satisfaction, and quality. Affiliated healthcare also utilizes financial incentives and organizational structures to facilitate collaboration between physicians, management, and other service providers, as well as to improve the quality of health services and overcome difficulties. According to the report published by WHO in 2008, affiliation is defined as the organization and management of health services for individuals to receive the health service they need at the time they need it, to achieve the desired outcomes, and to receive the health service at the most affordable price with maximum benefit (WHO, 2008).

In Turkey, affiliation is legalized by Amendments 1 and 9 of the Health Services Basic Law dated 07.05.1987 and numbered 3359. These articles were subjected to various amendments and the "Regulation on the Procedures and Principles of Joint Use and Collaboration between Health Institutions under the Ministry of Health and Related Units of Universities" numbered 27850 was published in the Official Gazette dated 18.02.2011. This regulation is implemented with the article *"In provinces with a total provincial population of up to 850,000 according to the results of the address-based population registration system, training, and research services may be provided by only one of the Ministry's training and research hospitals or university health practice and research centers, and in these provinces, the Ministry and the university shall enter into joint use and cooperation for medical undergraduate education and/or medical specialty education"* (T.R. Ministry of Health, 2011).

### **2.2. Performance**

If there is a need for quality improvement, cost control, and improved patient-physician relationships in the competitive environment, in which the healthcare institution operates, then health institutions must implement, a well-defined quality measurement to inform the market it serves. Achieving the desired level of managerial healthcare and managerial competition depends on performance indicators that provide valuable information (Davies & Lampel, 1998). The performance criterion for the patient is the quality of the service provided in the health institution, the performance criterion for the physician providing the service is the achievement of the targeted clinical outcomes, the performance criterion for the hospital is financial capacity, and the performance criterion for the payers is low cost. Performance indicators are used due to two basic principles. One is external accountability and the other is internal quality improvement (Li & Benton, 1996). One of them is the operational performance of the health institution, and the other is the financial performance of the institution. In hospital organizations,



indicators such as the number of hospital beds, occupancy rate and number of outpatients, the number of inpatients, the number of personnel, the number of service delivery types, the number of laboratory tests, and the number of radiological examinations are also considered operational performance indicators. In addition to quantitative indicators, some indicators are considered operational performance indicators in hospitals. These include the presence of highly skilled physicians, good patient-physician relationships, access time to services, waiting times, prices of services, quality of medical care, perceived quality of healthcare, number of insurance companies with which agreements are made, the scope of policies with insurance companies, projected hospital admission rate, cost per capita per month, and number of outpatient examinations (Gider, 2011; Nerenz & Neil, 2001). The operational indicators of hospitals have a direct impact on their financial performance. Effective management of a hospital's financial performance enhances efficiency, prolongs the hospital's operational lifespan, and ensures the continuous provision of healthcare services (Dubas-Jakóbczyk et al., 2020). Financial performance plays a crucial role in the sustainability of both private and public hospitals. Furthermore, improved financial performance enhances the quality of care and enables access to innovations, facilities, and opportunities (Aksoylu & Çavmak, 2023). Key components of financial performance include operating profit, operating expenses, total margin, operating margin, asset turnover ratio, and various other indicators (Nerenz & Neil, 2001). The strategic points that hospitals should consider to increase their financial performance can be listed as increasing their market share, and system affiliation (for example, when a hospital has a certain number of beds, it can functionally merge with another hospital to increase its bed capacity and thus its market share), as well as avoiding overcharging, controlling costs, avoiding excessive borrowing, increasing profit share, and income diversification (Cleverly, 1990).

### **2.3. Financial Analysis**

The financial performance of health institutions is assessed using financial analysis methods. Conducting a comprehensive financial analysis of hospitals provides authorities with valuable information regarding their financial status, facilitates resource allocation decisions, and enables them to identify potential opportunities. The financial analysis serves as a robust tool for ensuring the long-term sustainability of organizations. Therefore, it is a widely favored analytical approach to obtain critical insights into the financial aspects of an organization (Aksoylu & Çavmak, 2023). The financial analysis employs several key tools that offer convenience to finance managers. These tools include Ratio Analysis, Comparative Analysis, Trend Percentages Analysis, Profit Transition Analysis, Operating Leverage, Financial Leverage, Fund Flow Analysis (Fund Sources and Uses), Distributable Fund Analysis, and Cash Flow Analysis Generated as a Result of Operations (Akgüç, 1998). According to Cleverley (1993), financial ratio analysis methods are considered appropriate for evaluating the financial status of health institutions. These analyses are widely accepted and utilized in the literature for assessing the financial performance of hospitals and other healthcare organizations. The study focuses on the ratio analysis method, which is one of the most commonly employed tools in financial analysis. While there are various academic studies on financial performance analysis of public and private hospitals in the healthcare industry, there is no universally accepted set of standard ratios. Consequently, the 12 financial ratios proposed by Cleverley (1993) are regarded as the standard ratios commonly used in financial ratio analysis.

#### **2.3.1. Ratio Analysis**

In the ratio analysis technique, the relationship between the financial statement items is calculated by taking the ratio of the figures. In other words, in this method called "Ratio Analysis", the financial structure, liquidity strength, profitability, and the ability to use assets effectively are measured by establishing mathematical relationships between accounts or account groups (Akdoğan & Tenker, 2007).

Cleverley mentioned that 34 ratios are useful for the financial analysis of health institutions due to their characteristics. Under the structure of the study, Cleverley's 12 financial ratios presented under four categories were used. These financial ratios are as follows: Liquidity ratios are listed as financial

structure ratios, Activity (efficiency) ratios, and Profitability ratios (Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

### 2.3.1.1 Liquidity Ratios

In the study, the current ratio, acid test ratio, and cash ratio are considered liquidity ratios.

**Current Ratio:** It is the ratio that shows that the current assets of the health institution are at a level to pay its short-term debts under normal conditions. It shows the solvency of the institution. For hospital institutions, a ratio of 2 in developed countries and 1.5 in developing countries is considered positive. This ratio is calculated by dividing current assets by short-term liabilities (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Current Ratio} = \frac{\text{Current Assets}}{\text{Short term Liabilities}}$$

**Acid Test Ratio:** This is another ratio used in liquidity analysis. This ratio determines whether the institution can pay short-term debts by using other current assets, especially in cases where inventories cannot be converted into cash. An acid test ratio of 1 in developed countries and a value between 0.65-0.80 in developing countries is considered positive (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Acid Test Ratio} = \frac{(\text{Current Assets} - \text{Inventories})}{\text{Short term Liabilities}}$$

**Cash Ratio:** It is used to determine whether the health institution can pay its short-term debts with its cash and cash equivalents such as bank and free securities. This ratio is expected not to fall below 0.20 (Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Cash Ratio} = \frac{\text{Liquid Assets}}{\text{Short term Liabilities}}$$

### 2.3.1.2 Financial Structure Ratios

These ratios reveal the extent to which liabilities are used in the financing of the institution (Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011). Among the financial structure ratios, equity to total assets ratio, leverage ratio, and debt/equity ratio were considered in the study.

**Equity to Total Assets Ratio:** This ratio shows how much of the health institution's assets are financed by equity. An equity to total assets ratio of 0.50 (50%) is considered positive and is calculated as follows (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Equity to Total assets Ratio} = \frac{\text{Equity}}{\text{Total Assets}}$$

**Leverage Ratio:** It is the ratio that shows how much of the health institution consists of debt and how much equity is. It is considered positive when this ratio does not exceed 0.50 (Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Leverage Ratio} = \frac{\text{Short term Liabilities} + \text{Long term Liabilities}}{\text{Total Assets}}$$

**Debt to Equity Ratio:** This ratio shows the relationship between the liabilities provided by the health institution through borrowing and equity capital. In developed countries, this ratio should be at most 1:1

(100%). A ratio between 1.50 (150%) and 2 (200%) can be considered sufficient for Turkey (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Depts/Equity Ratio} = \frac{\text{Depts}(\text{Short term Liabilities} + \text{Long term Liabilities})}{\text{Equity}}$$

### 2.3.1.3. Activity (Efficiency) Ratios

These ratios show how effectively and efficiently health institutions use their assets in the service-rendering process (Cleverley, 1993). Among the operating ratios in the study, inventory turnover ratio, asset turnover ratio, and average collection period of receivables were taken into account.

**Inventory Turnover Ratio:** It is the ratio that shows how fast stocks are sold in an institution. For health institutions, it is a ratio that shows how long it takes to replenish stocks. Although there is no standard ratio for inventory turnover, it is acceptable for this ratio to be 50 in the hospital industry. It is calculated as follows (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Turnover Ratio} = \frac{\text{Cost of Sales}}{\text{Inventory Average}}$$

**Asset Turnover Ratio:** It is used to evaluate the efficiency and effectiveness of the assets owned by the institution. This ratio was taken as 1.75 in a study conducted in the US. The asset turnover ratio is calculated by dividing net sales by total assets (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Asset Turnover Ratio} = \frac{\text{Net Sales}}{\text{Total Assets}}$$

**Average Collection Period of Receivables:** In US hospitals, this period is 57 days, and is calculated as follows (Cleverley, 1993).

$$\text{Average Collection Period of Receivables} = \frac{\text{Trade Receivables}}{(\text{Gross Sales})/360}$$

### 2.3.1.4. Profitability Ratios

These ratios are used to measure the success achieved as a result of operations. These ratios help to seek an answer to the following questions: Is the profit obtained as a result of the services provided by the institution satisfactory? Is it at a sufficient level? (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011). In this study, net profit margin, return on total assets, and return on equity ratios are considered profitability ratios.

**Net Profit Margin:** It is the ratio that gives the profitability percentage of net sales. A high ratio is considered positive. In US hospitals, this ratio is around 0.027 and is calculated by dividing net profit by net sales (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Net Profit Margin} = \frac{\text{Net Profit}}{\text{Net Sales}}$$

**Rate of Return on Total Assets:** This ratio determines the profitability of the investment made by the institution, that is, how efficiently the current and fixed assets of the health institution are used in providing health services. In US hospitals, this ratio is around 0.038 and is calculated by dividing net profit by total assets (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Rate of Return on Total Assets} = \frac{\text{Net Profit}}{\text{Total Assets}}$$

Return on Equity Ratio: This ratio is used to assess how much capital is invested, and how much profit is generated in return. This ratio is around 0.074 in US hospitals. This ratio is formulated as follows (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Cleverley et al., 2011).

$$\text{Return on Equity Ratio} = \frac{\text{Net Profit}}{\text{Equity}}$$

### III. MATERIALS AND METHOD

#### 3.1. Aim

This study aims to assess the financial performance of a Ministry of Health hospital in the Aegean region before and after its affiliation with a university hospital at the end of 2011. Additionally, this study aims to compare the financial performance data with the operational performance data of the hospital. The primary focus of the study is to examine the impacts of organizational structural changes, such as affiliation, on hospitals with a matrix management structure.

#### 3.2. Methodological Model

In this study, financial data from the revolving fund balance sheet and income statements of an affiliated Ministry of Health hospital with a full integration model in the Aegean region for the past six activity periods between 2009 and 2014 were used to determine the level of success of the integration of a Ministry of Health hospital and a university hospital, which use common resources to increase the effectiveness and efficiency of hospitals and also to fulfill educational missions.

The ratio analysis method was used for analysis since it is frequently used in the financial performance measurement of hospital organizations. This study uses the calculation of 12 financial ratios proposed by Cleverley, (1993), which are included in ratio analysis and accepted as a reference in hospital financial performance measurement. In the analysis of the data, firstly, the balance sheets and income statements between 2009 and 2014 were used in the Excel program to calculate the financial ratios specified in the literature section.

Descriptive statistics for the continuous variables were presented as mean, and standard deviation, while count and percentages for categorical variables. Spearman correlation coefficients were computed to determine relationships between the variables. The statistical significance level was considered as 5% and SPSS (ver:21) statistical program was used for all statistical computations.

The Spearman correlation test was used in the SPSS package program to examine whether there is a correlation between the operational performance indicators that are likely to affect financial performance and the financial ratios obtained. The main reason for choosing the Spearman correlation test is to determine the dependence between financial indicators and operational indicators, as well as the direction and level of this dependence. It allows us to determine whether the link between any two variables is positive (+) or negative (-) and whether the link between these two variables is strong or weak.

#### 3.3. Study Population and Sampling

The study population consists of the financial data of a Ministry of Health hospital operating in the Aegean region, which has been affiliated with a university hospital at the end of 2011. To evaluate the financial data of the above-mentioned hospital, revolving fund balance sheets and income statements

for the years 2009-2014, as well as 12 operational performance indicators such as the number of hospital beds, occupancy rate, and the number of outpatients in the same period were used.

### **3.4. Data Sources**

The data source used were the balance sheet and income statement financial records of the relevant hospital for the past 6 activity periods between 2009-2014, obtained from its revolving fund financial system. In addition, the operational indicators of the institution for 3 years before the affiliation (2009-2011) and 3 years after the affiliation (2012-2014) were obtained from the statistics unit.

The operational indicators used in the study include the number of beds, number of physicians, number of non-physician personnel, average length of stay, bed occupancy rate, number of outpatients, number of inpatients, number of surgeries, number of childbirths, number of radiological examinations, number of laboratory examinations, and number of emergency service admissions.

### **3.5. Limitations**

The study is limited to the balance sheet and income statement financial data of a Ministry of Health hospital between 2009 and 2014, and operational performance indicators covering the same period.

### **3.6. Ethical Approval**

Ethical approval for the research was obtained from the Scientific Research and Publication Ethics Committee of Muğla Sıtkı Koçman University (Date: 21.03.2016, number: 55), and permission for gathering financial and operational data for the study was obtained from the Public Hospitals Administration of Turkey (Date: 19.04.2016, number: 31261031/774.99).

## **VI. RESULTS**

In the study, financial data for the years 2009-2014, current ratio, acid test ratio, and cash ratio used in Liquidity Analysis, equity to total assets ratio, debt to equity ratio and leverage ratio used in Financial Structure Analysis, inventory turnover, asset turnover and average collection period of receivables used in Activity Analysis, net profit margin, return on total assets and return on equity ratio used in Profitability Analysis were used in performance analysis. Although there are some academic studies on the financial performance analysis of public or private hospitals in the healthcare industry, there are no generally accepted standard ratios. Consequently, the 12 financial ratios proposed by Cleverley (1993) are regarded as the standard ratios commonly used in financial ratio analysis. Moreover, operational indicators such as the number of beds, number of physicians, number of other personnel, the average length of stay, bed occupancy rate, number of outpatients, number of inpatients, number of surgeries, number of childbirths, number of radiological examinations, number of laboratory examinations, and number of emergency service admissions were used.

In this study, we assess the financial performance of hospitals based on their affiliation, using financial ratios as indicators. It is important to note that multiple factors influence the financial and operational performance of a hospital. From a theoretical perspective, affiliated hospitals have the advantage of accessing consultations from specialists, engaging in discussions about treatment options, and utilizing a wider range of resources such as equipment, healthcare professionals, treatment protocols, and knowledge. Consequently, these hospitals can enhance the quality of care, leading to fewer medical errors, more accurate decision-making in diagnosis and treatment, and improved patient outcomes. On one hand, it is expected that affiliation with other institutions has a positive financial impact on hospitals. On the other hand, factors such as the competitive environment, financial and operational strategies, the organizational structure of the hospital, and government policies also play a significant role in shaping financial performance outcomes (Jin & Nembhard, 2022).

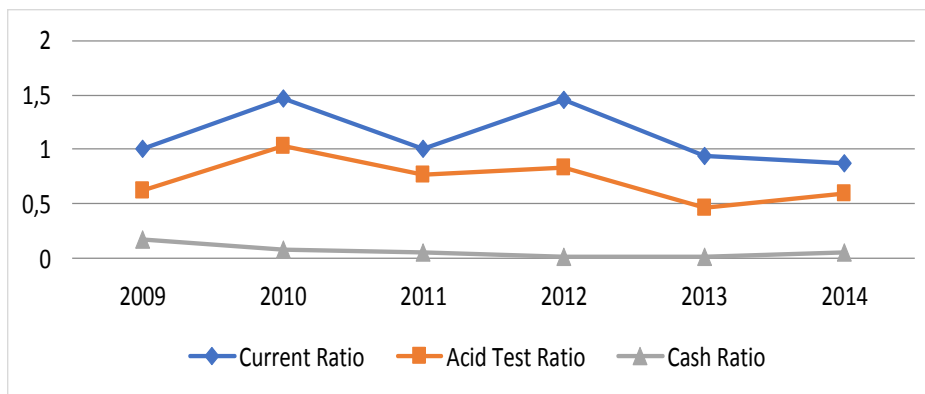
This study primarily focuses on the affiliation policy, which has been implemented in the Turkish healthcare industry in recent years. The aim is to examine whether this policy has an impact on the financial performance of hospitals using financial ratio analysis. It is important to acknowledge that multiple factors can influence the financial performance of hospitals. These factors may include the cost of healthcare services, supply terms, employee compensation, and the presence of any extraordinary conditions during the relevant years. In this analysis, the objective is to assess the financial situation of the hospital during two specific periods: the pre-affiliation period and the post-affiliation period. To achieve this, universally recognized financial ratios are utilized. It should be noted that the focus of this study is limited to the influence of the affiliation policy on financial performance while considering that various other factors may also contribute to the overall financial outcomes of hospitals.

#### 4.1. Calculations for the Related Operating Cycle

##### 4.1.1. Liquidity Analyses

The current ratio, Acid test ratio, and Cash ratio were used as liquidity analyses. According to Figure 1, the data from the university hospital used in the study show that the current ratio fluctuated between 0.8-1.6 from 2009-2014. During the same period, the acid test ratio fluctuated between 0.4-1.1, rising to a level of 1 only in 2010 but remaining below in all other years. The cash ratio showed a generally decreasing trend in the range of 0-0.2. In general, it can be concluded that the hospital had difficulties in paying its short-term debts, and was unable to use its funds in a balanced manner. Moreover, it can also be stated that the institution is generally experiencing a cash shortage. It started to improve after 2013.

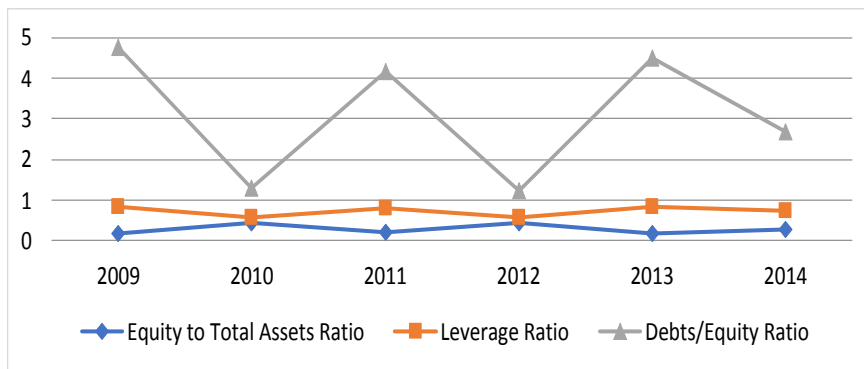
**Figure 1: Liquidity Analysis**



It can be stated that the institution had difficulties in paying its short-term debts before and after the affiliation. Moreover, while the hospital held more liquid assets before the affiliation, the liquid assets held after the affiliation decreased. This means that there may be limited resources and interruptions in the provision of healthcare services. This continued until 2013 but started to improve after 2013.

##### 4.1.2. Financial Structure Analyses

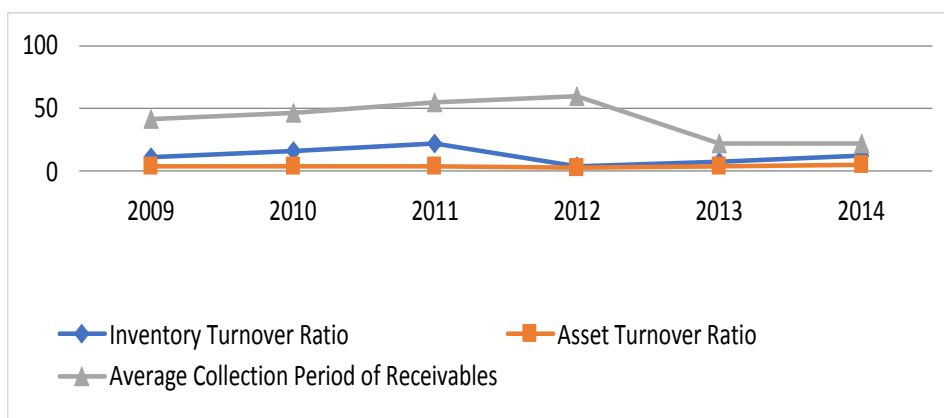
Among the financial structure analyses, equity to total assets ratio, leverage ratio, and debt to equity ratio was used. According to Figure 2, the data of the university hospital used in the study show that the equity-to-total assets ratio fluctuated between 0.15-0.50, the leverage ratio between 0.50-0.85, and the debt-to-equity ratio between 1-4.75 in 2009-2014. In general, it can be stated that the health institution is experiencing financial difficulties in payments, liabilities are used more in the institution, and the safety margin of the institution is low.

**Figure 2: Financial Structure Analyses**

Affiliated in 2011, the hospital was mainly financed by liabilities before and after the affiliation. In general, the financial status started to improve after 2013, i.e. the health institution started to use more equity after 2013. In summary, while the hospital used more liabilities before the affiliation, after the affiliation, the use of liabilities decreased, the level of debt decreased, and the use of equity increased; in other words, the financial strength of the institution started to increase after the affiliation.

#### 4.1.3. Activity Ratio Analysis

Among the activity analyses, inventory turnover ratio, asset turnover ratio, and average collection period of receivables were used. According to Figure 3, the inventory turnover ratio of the university hospital used in the study varies between 4 and 22 in 2009-2014, which is below the standard figures determined for the hospital industry, meaning that there is not much mobility of pharmaceuticals and medical supplies in the health institution. The asset turnover ratio fluctuates between 2-5, and the average collection period of receivables fluctuates between 22-60 days for the studied period. In general, it can be stated that the rate of risk in the health institution is low, and equity is used efficiently, that is, the hospital can generate a high level of income with the available assets and is profitable. In addition, the fact that the collection period of the receivables shows a declining trend shows that credit receivables can be collected regularly and in short periods.

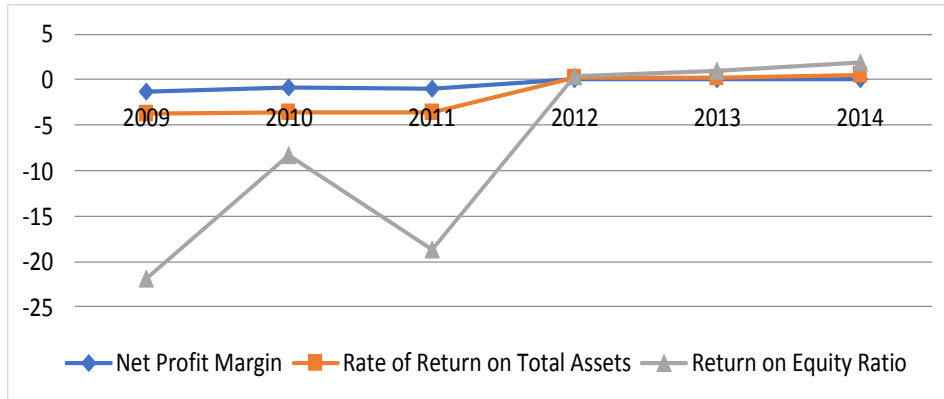
**Figure 3: Activity Ratio Analysis**

When compared to the affiliation, while the hospital had problems in collecting overdraft receivables before the affiliation, this situation improved afterward. Productivity in the institution did not change much before and after the affiliation, but it can still be interpreted that the institution served more efficiently in the post-affiliation period. The inventory turnover ratio decreased after the affiliation, meaning that the service operations in the institution did not increase after the affiliation.

#### 4.1.4. Profitability Ratio Analysis

Among the profitability ratio analyses, net profit margin, return on total assets, and return on equity were used. According to Figure 4, net profit margin, return on total assets and return on equity generally increased between 2009 and 2014.

**Figure 4: Profitability Ratio Analysis**



According to the ratios, the hospital's ratios in the period before the affiliation, i.e. between 2009 and 2011, were below the ratios set for the hospital industry, which means that the hospital was making a loss before the affiliation. After 2011, i.e. after the affiliation, the ratios exceeded the standard ratios, indicating that the hospital started to make a profit after the affiliation. From another point of view, an increasing trend of hospital profitability ratios in general shows that hospital management and health institution are successful in health service production and provision. While the hospital was operating at a loss before the affiliation, after the affiliation, assets were used efficiently and effectively, profit was made, and success was achieved in management and the production and provision of health services.

#### 4.2. Operational Performance Indicators for the Relevant Operating Cycle

**Table 1. Operational Performance Indicators between 2009-2014**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Number of Beds	501	501	501	501	501	501
Number of Physicians	80	91	99	124	81	212
Number of Non-Physician Personnel	587	591	600	603	850	1.111
Average Length of Stay	4.30	4.40	4.20	4.70	5.20	4.40
Bed Occupancy Rate	59.2%	61.4%	60.8%	57.5%	62.3%	54.4%
Number of Outpatients	613.224	631.300	654.010	649.735	704.399	757.335
Number of Inpatients	23.692	24.112	24.266	23.944	24.743	24.179
Number of Surgeries	32.046	33.264	34.100	35.907	41.335	41.482
Number of Childbirths	648	793	860	873	1037	1041
Number of Radiological Examinations	268.237	309.592	319.556	244.344	283.178	293.141
Number of Laboratory Tests	669.741	784.413	861.760	603.584	718.951	784.975
Number of Emergency Service Admissions	110.226	114.210	118.647	121.267	147.037	155.049

Table 1 presents the operational performance indicators examined during the study period of 2009-2014. The analysis encompasses a total of 12 operational performance indicators, which are discussed in this study.



### 4.3. Financial Performance Indicators for the Relevant Operating Cycle

**Table 2. Financial Performance Indicators between 2009-2014**

Years	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Liquidity Analyses</b>						
Current Ratio	1	1.47	1	1.45	0.94	0.88
Acid Test Ratio	0.62	1.03	0.77	0.83	0.46	0.6
Cash Ratio	0.18	0.08	0.06	0.01	0.01	0.05
<b>Financial Structure Analyses</b>						
Equity to Total Assets Ratio	0.17	0.43	0.19	0.44	0.18	0.27
Leverage Ratio	0.83	0.57	0.81	0.56	0.82	0.73
Debt to Equity Ratio	4.75	1.3	4.16	1.24	4.5	2.68
<b>Activity Ratio Analysis</b>						
Inventory Turnover Ratio	11	16	22	4	7	12
Asset Turnover Ratio	3.05	4.04	3.54	2.55	4.09	4.88
Average Collection Period of Receivables	41	46	55	59	22	22
<b>Profitability Ratio Analysis</b>						
Net Profit Margin	-1.24	-0.89	-1.02	0.06	0.04	0.11
Rate of Return on Total Assets	-3.8	-3.62	-3.61	0.17	0.17	0.52
Return on Equity Ratio	-21.87	-8.33	-18.64	0.37	0.93	1.91

Table 2 provides an overview of the financial performance indicators for the period of 2009-2014. These metrics encompass the 12 indicators proposed by Cleverley, which are widely recognized and utilized in the literature to assess the financial performance of the hospitals.

**4.4. Correlation Matrix between Operational and Financial Indicators\*\*\***

**Table 3. Correlation Matrix between Operational Indicators and Financial Indicators**

		Current Ratio	Acid Test Ratio	Cash Ratio	Equity to Total Assets Ratio	Leverage Ratio	Debt to Equity Ratio	Inventory Turnover Ratio	Asset Turnover Ratio	Average Collection Period of Receivables	Net Profit Margin	Rate of Return on Total Assets	Return on Equity Ratio
Number of outpatients	r	-0.754	-0.600	-0.667	0.086	-0.086	-0.086	0.029	0.714	-0.464	0.714	<b>0.899*</b>	<b>0.829*</b>
	p	0.084	0.208	0.148	0.872	0.872	0.872	0.957	0.111	0.354	0.111	0.015	0.042
Number of Emergency Admissions	r	-0.667	-0.543	<b>-0.812*</b>	0.257	-0.257	-0.257	-0.257	0.600	-0.406	<b>0.886*</b>	<b>0.986**</b>	<b>0.943**</b>
	p	0.148	0.266	0.050	0.623	0.623	0.623	0.623	0.208	0.425	0.019	0.000	0.005
Number of Surgeries	r	-0.667	-0.543	<b>-0.812*</b>	0.257	-0.257	-0.257	-0.257	0.600	-0.406	<b>0.886*</b>	<b>0.986**</b>	<b>0.943**</b>
	p	0.148	0.266	0.050	0.623	0.623	0.623	0.623	0.208	0.425	0.019	0.000	0.005
Bed occupancy rate	r	0.162	-0.087	0.000	-0.377	0.377	0.377	0.174	0.116	-0.088	-0.464	-0.353	-0.232
	p	0.759	0.870	1.000	0.461	0.461	0.461	0.742	0.827	0.868	0.354	0.493	0.658
Average Number of Days of Hospitalization	r	-0.088	-0.261	-0.765	0.290	-0.290	-0.290	-0.754	0.203	-0.250	0.638	0.529	0.696
	p	0.868	0.618	0.077	0.577	0.577	0.577	0.084	0.700	0.633	0.173	0.280	0.125
Number of Inpatients	r	-0.493	-0.486	-0.493	-0.143	0.143	0.143	0.257	0.657	-0.377	0.257	0.493	0.49%
	p	0.321	0.329	0.321	0.787	0.787	0.787	0.623	0.156	0.461	0.623	0.321	0.33%
Number of Physicians	r	-0.174	0.143	-0.464	0.714	-0.714	-0.714	0.086	0.200	0.203	0.771	0.754	0.60%
	p	0.742	0.787	0.354	0.111	0.111	0.111	0.872	0.704	0.700	0.072	0.084	0.208
Number of Other Health Personnel	r	-0.667	-0.543	<b>-0.812*</b>	0.257	-0.257	-0.257	-0.257	0.600	-0.406	<b>0.886*</b>	<b>0.986**</b>	<b>0.943**</b>
	p	0.148	0.266	0.050	0.623	0.623	0.623	0.623	0.208	0.425	0.019	0.000	0.005
Number of Childbirths	r	-0.667	-0.543	<b>-0.812*</b>	0.257	-0.257	-0.257	-0.257	0.600	-0.406	<b>0.886*</b>	<b>0.986**</b>	<b>0.943**</b>
	p	0.148	0.266	0.050	0.623	0.623	0.623	0.623	0.208	0.425	0.019	0.000	0.005
Number of Radiology Examinations	r	-0.029	0.143	0.319	-0.029	0.029	0.029	<b>0.943**</b>	0.486	-0.058	-0.200	-0.087	-0.086
	p	0.957	0.787	0.538	0.957	0.957	0.957	0.005	0.329	0.913	0.704	0.870	0.872
Number of Laboratory Tests	r	-0.319	-0.086	0.203	-0.086	0.086	0.086	<b>0.886*</b>	0.600	-0.203	-0.029	0.145	0.086
	p	0.538	0.872	0.700	0.872	0.872	0.872	0.019	0.208	0.700	0.957	0.784	0.872

\*: Significant correlation at 0.05 margin of error (pairwise), \*\*: Significant correlation at 0.01 margin of error (pairwise), \*\*\*: Spearman correlation test

The association between financial performance indicators and operational performance indicators was investigated using the non-parametric Spearman correlation test, as presented in Table 3. This choice was based on the limited number of observations and the non-normal distribution of the data. The obtained results are as follows:

In terms of the number of outpatients, there is a significant relationship between this number and the rate of return on total assets ( $r=0.899$ ,  $p<0.05$ ), and the rate of return on equity ( $r=0.829$ ,  $p<0.05$ ). There is a significant positive correlation between the number of outpatients and the rates of return on total assets and equity. This implies that an increase in the number of outpatients is associated with a higher rate of return on total assets and equity.

In terms of the number of emergency admissions, there is a significant relationship between this number and net profit margin ( $r=0.886$ ,  $p<0.05$ ), return on total assets ( $r=0.986$ ,  $p<0.01$ ), and return on equity ( $r=0.943$ ,  $p<0.01$ ). There is a significant positive correlation between the number of emergency admissions and the net profit margin, return on total assets, and return on equity. This suggests that an increase in the number of emergency admissions leads to a corresponding increase in the net profit margin, return on total assets, and return on equity.

Concerning the number of operations, a significant relationship was observed with the net profit margin ( $r=0.886$ ,  $p<0.05$ ), return on total assets ( $r=0.986$ ,  $p<0.01$ ), and return on equity ( $r=0.943$ ,  $p<0.01$ ). This indicates a strong positive correlation between the number of operations and the net profit margin, return on total assets, and return on equity. Consequently, an increase in the number of operations is associated with an improvement in the net profit margin, return on total assets, and return on equity.

Regarding the number of non-physician healthcare personnel, a significant relationship was found with the net profit margin ( $r=0.886$ ,  $p<0.05$ ), return on total assets ( $r=0.986$ ,  $p<0.01$ ), and return on equity ( $r=0.943$ ,  $p<0.01$ ). These findings indicate a strong positive correlation between the number of non-physician healthcare personnel and the net profit margin, return on total assets, and return on equity. Therefore, an increase in the number of non-physician healthcare personnel is associated with an increase in the net profit margin, return on total assets, and return on equity.

In terms of the number of radiological examinations and laboratory examinations, significant relationships were observed with the inventory turnover ratio ( $r=0.943$ ,  $p<0.01$ ) and ( $r=0.886$ ,  $p<0.05$ ), respectively. These findings indicate a strong positive correlation between the number of radiological examinations and laboratory examinations with the inventory turnover ratio. Therefore, an increase in the number of radiological examinations and laboratory examinations is associated with an increase in the inventory turnover ratio.

## **V. DISCUSSION AND CONCLUSION**

The financial condition of a hospital is directly influenced by the operational performance indicators that shape the hospital's environment. Factors such as the number of inpatients, outpatients, medical personnel (physicians, nurses, etc.), and the volume of patient examinations, which are indicative of operational performance, play a crucial role in maintaining the financial sustainability of hospitals. Higher levels of operational efficiency are associated with increased profitability, allowing hospitals to generate profits that can be reinvested in equipment and workforce, thereby enhancing their competitiveness within the healthcare market. Consequently, hospitals can allocate resources to equipment and personnel, leading to increased competitiveness in the healthcare market (Wu, 2023).

Based on the literature, it can be asserted that analyzing changes in the business environment requires examining the financial status. Accordingly, this study employs information on liquidity, financial position, operational status, and profitability. The study aims to shed light on the intricate nature of healthcare services and to explore the impact of affiliation on financial and operational performance in

this context. Hence, the study aims to assess the degree to which the affiliation process affects the financial performance of a university hospital in the Aegean region.

Analyzing the financial position of a hospital through financial ratio analysis provides a robust method for assessing health service provision. Cleverley and Harvey (1992) conducted a comprehensive study comparing the financial data of 470 companies from non-healthcare industries with that of 1200 hospitals spanning the period from 1885 to 1990. In their analysis, they employed various financial ratios including measures of profitability, liquidity, return on investment, borrowing capacity, asset and technology replacement, accounts receivable turnover, and average collection period of accounts receivable. Additionally, Cleverley (1990), conducted a financial analysis of 50 hospitals and identified eight key strategic factors that are important for hospitals to maintain high financial performance, such as high market share, affiliation, pricing, cost management, avoidance of excessive borrowing, capital intensity, investment in accounts receivable, and revenue diversification. They concluded that maintaining low levels of investment in fixed assets and accounts receivable, along with acceptable levels of debt and a high market share, can contribute to achieving good financial performance for hospitals, ensuring their long-term viability and sustainability. Moreover, Cleverley (1990) suggested that hospital affiliation is a factor that is expected to improve the financial status of hospitals. In line with this, our study also observed an improvement in the financial status of the hospital following affiliation.

Lee (2015) investigated the financial performance of 10 university hospitals in Korea from 2008 to 2011 and found that several universities experienced a decline in their financial position and operating performance during this period. The study showed an overall decrease in total assets, debt, and total medical revenue, with many hospitals having persistent account deficits. In contrast, our study found an increase in the total assets and a decrease in the debt of the institution. Based on the findings of the financial ratio analysis, it was observed that following the affiliation, there was a decrease in the utilization of liabilities, a reduction in the level of debt, and an increase in the utilization of equity. These results indicate an improvement in the financial strength of the institution after the affiliation.

Gider (2011) analyzed the financial ratios of a private healthcare institution, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Corp., for the period 1998-2003 and used Spearman correlation analysis to examine the correlation between these ratios and factors that may affect financial performance. The results of the study indicated that most of the financial ratios reached desired levels and that these ratios were affected by both financial and operational factors. The economic crises of November 2000 and February 2001 had a negative impact on the hospital, but this impact did not persist in subsequent years, according to the study. Alparslan et al. (2015), conducted a ratio analysis of working capital and financial performance indicators of 118 hospitals in the provincial center of the Ministry of Health from 2008 to 2012. The study found that 29.15% of hospitals had negative net working capital, while 70.85% had positive net working capital. Furthermore, 59.49% of the hospitals had low financial performance, while 40.51% had high financial performance. Furthermore, a study conducted by Aksoylu and Çavmak (2023) investigated the financial sustainability of hospital services in Turkey using financial ratios. Their findings indicated that hospitals in Turkey still face significant challenges in effectively managing the growth of hospitals and ensuring profitability, which hinders their financial sustainability. In contrast, our study revealed that the financial performance of the hospital improved, and its financial strength increased after affiliation. The results of the financial and correlation analyses suggest that debt levels decreased, the use of equity increased, and the inventory turnover ratio improved. The enhanced financial strength of the institution can be attributed to the improved service production of the hospital and the optimal allocation of resources following affiliation. Consequently, the hospital has enhanced its profitability and financial standing.

Using the ratio analysis method and Spearman correlation test, Avcı (2014), examined the relationship between financial and operational performance indicators of a private branch training and research hospital in the provincial center of Ankara during the period 2005-2011. The findings of the analysis showed that the hospital had a low utilization rate of short-term liabilities, was generally equity-

weighted in its financial structure, operated with losses since 2007 except for 2010, and was not financially well managed. Similarly, a study conducted by Ercan et al. (2013) assessed the financial performance of 12 public health institutions in Kastamonu province between 2008 and 2012. The analysis revealed that while the operating ratios, which reflect the efficiency of asset utilization, improved over the five years, there was no corresponding improvement in the profitability ratios, which indicate the efficiency of resource utilization. In contrast, our study demonstrated that the hospital operated at a loss before the affiliation. However, after the affiliation, there was a notable enhancement in the efficiency and effectiveness of asset utilization, leading to increased profitability and successful management, production, and delivery of health services. One of the main factors contributing to the hospital's newfound profitability post-affiliation may be the institution's effective management of health service production, provision, and resource allocation.

Overall, this study revealed that the healthcare institution encountered challenges in meeting its short-term debts and struggled to maintain a balanced fund utilization, leading to a cash shortage. Additionally, the institution faced difficulties in collecting receivables. However, a positive development was observed in the institution's liquidity situation after the implementation of an equity-based financing policy in 2013. As a result, the hospital's risk ratio has decreased, and its equity is being utilized efficiently, leading to increased income generation and profitability. Furthermore, the decreasing trend in the collection period of receivables indicates that the hospital can consistently collect credit receivables within shorter periods.

Generally, when hospital profitability ratios increase, it is an indication of successful hospital management and efficient delivery of health services. In the study, positive correlations were found between operational indicators such as the number of outpatients, emergency admissions, surgeries, health personnel, and childbirths and profitability ratios such as net profit margin, return on total assets, and return on equity.

Moreover, significant positive relationships were observed between the number of radiological and laboratory examinations and inventory turnover ratio, as an increase in these figures led to a higher turnover ratio.

To summarize, comparing the data before and after the affiliation of the hospital leads to the following conclusions:

- Before the affiliation, the hospital had more liquid assets, but after the affiliation, the liquid assets decreased. This suggests that there may be a risk of interruptions to medical activities and limited resources available for the provision of healthcare services.
- Before the affiliation, the hospital relied more on debt financing, but after the affiliation, the use of debt decreased, and equity financing increased. As a result, the financial strength of the institution started to increase.
- Before the affiliation, the hospital had difficulties collecting on overdrafts, but after the affiliation, the financial position of the hospital improved, and productivity increased.
- Previously, the hospital operated at a loss, but after the affiliation, assets were utilized efficiently, profits were generated, and successes were achieved in the management and delivery of health services.

The financial indicators suggest that the hospital's financial behavior improved after the affiliation. It is expected that the operational performance indicators, such as the number of patients, surgeries, and other health personnel, would be positively correlated with the profitability ratios, such as net profit

margin, return on total assets, and return on equity, as they ultimately affect the hospital's financial position.

Despite the improvements observed after the affiliation, the hospital still faces liquidity shortages and struggles to pay short-term debts. While the situation has improved, the liquidity and financial analysis ratios are still lower than desired. Therefore, it is recommended that steps be taken to enhance the institution's financial structure, reduce reliance on borrowing, and position the hospital as a preferred healthcare service provider.

The organization should aim to turn these shortcomings and risks into opportunities and objectives. This means that the healthcare institution should view these criticisms as constructive feedback and use them to enhance its financial performance positively.

**Ethical Approval:** Ethical approval for the research was obtained from the Scientific Research and Publication Ethics Committee of Muğla Sıtkı Koçman University (Date: 21.03.2016, number: 55), and the permission for gathering financial and operational data of the study was obtained from Public Hospitals Administration of Turkey (Date: 19.04.2016, number: 31261031/774.99).

## REFERENCES

- Akdoğan, N., & Tenker, N. (2007). *Finansal Tablolar ve Mali Analiz Teknikleri*. Gazi Kitapevi.
- Akgüç, Ö. (1998). *Finansal Yönetim*. Avcıol Basım Yayın.
- Aksoyly, S., & Cavmak, D. (2023). Financial Analysis of Hospital Services Sector of Turkey in a Sustainability Approach Using Reports of the Central Bank of the Republic of Turkey. *Journal Of Business Research-Turk*, 15(1), 1-13.
- Alparslan, D., Gençtürk, M., & Özgülbaş, N. (2015). Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde İşletme Sermayesi İle Finansal Performans Göstergeleri Arasındaki İlişkinin Analizi. *Suleyman Demirel University the Journal of Faculty of Economics and Administrative Sciences*, 20(1), 317–338.
- Avcı, K. (2014). Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Finansal ve Operasyonel Performans Göstergeleri Arasındaki İlişki. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 17(1), 1–20.
- Bernstein, J. (2009). Impact of the Economy on Health Care. *Changes in Health Care Financing & Organization*. [http://hcfo.org/files/hcfo/findings0809\\_0.pdf](http://hcfo.org/files/hcfo/findings0809_0.pdf)
- Cleverley, W. O. (1993). *The 1993 Almanac of Hospital Financial & Operating Indicators*. The Center for Healthcare Industry Performance Studies (CHIPS).
- Cleverley, W. O., & Harvey, R. K. (1992). Competitive Strategy for Successful Hospital Management. *Hospital & Health Services Administration*, 37(1), 53–69.
- Cleverley, W. O., Song, P. H., & Cleverley, J. O. (2011). *Essentials of Healthcare Finance* (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Cleverly, W. O. (1990). Improving Financial Performance: A Study of 50 Hospitals. *Hospital & Health Services Administration*, 35(2), 173–187.
- Čučković D, Ćosić I, Delić M, Miškić M, & Ranisavljev Kovačev S. (2021). Influence of Interpersonal Processes on the Performance of Primary Health Care Organizations. *Sustainability*, 13(21),12243. <https://doi.org/10.3390/su132112243>
- Davies, H. T. O., & Lampel, J. (1998). Viewpoints Trust in Performance Indicators? *Quality in Health Care*, 7, 159–162.
- Doshi, P. P., Bhosai, S. J., Goldmann, D., & Udayakumar, K. (2021). Imagining the Future of Primary Care: A Global Look at Innovative Health Care Delivery. *NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery*, 2(1),1-15. <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0481>
- Dubas-Jakóbczyk, K., Kocot, E., & Kozieł, A. (2020). Financial Performance of Public Hospitals: a Cross-sectional Study Among Polish Providers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(7), 2188.
- Ercan, C., Dayı, F., & Akdemir, E. (2013). Kamu Sağlık İşletmelerinde Finansal Performans Değerlemesi: Kamu Hastaneleri Birlikleri Üzerine Bir Uygulama. *Asia Minor Studies-International Journal of Social Sciences*, 1(2), 54–71.
- Frenk, J. (2015, May). *OECD Observer*. OECD. [http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health\\_and\\_the\\_economy:\\_A\\_vital\\_relationship\\_.html](http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html)

- Fuchs, V. R. (2015). Major Concepts of Health Care Economics. *Ann Intern Med*, 162(5), 380–383. <https://doi.org/10.7326/M14-1183>
- Gider, Ö. (2004). *Hastanelerde İndirgenmiş Nakit Akımı Yöntemi İle Firma Değerinin Tespiti ve Ekonomik Katma Değer (EVA) Yöntemine Göre Finansal Performansın Değerlendirilmesi* [Doktora Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Gider, Ö. (2011). Ekonomik Kriz Dönemlerinin Özel Hastanelere Etkileri: Bir Özel Hastanenin Oran Analizleri Yöntemiyle Finansal Performansına Bakış. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öneri Dergisi*, 9(36), 87–103.
- Hall, R. E., & Jones, C. I. (2007). The Value of Life and The Rise in Health Spending. *The Quarterly Journal of Economics*, 122(1), 39–72.
- Jin, B., & Nembhard, I. M. (2022). Effects of Affiliation Network Membership on Hospital Quality and Financial Performance. *Health Services Research*, 57(2), 248-258.
- Lee, M. (2015). Financial Analysis of National University Hospitals in Korea. *Osong Public Health and Research Perspectives*, 6(5), 310–317. <https://doi.org/10.1016/j.phrp.2015.10.007>
- Li, L. X., & Benton, W. C. (1996). Performance Measurement Criteria in Health Care Organizations: Review and Future Research Directions. *European Journal of Operational Research*, 93, 449–468.
- Mulligan, J.-A., & Fox-Rushby, J. (2003). Unit Costs of Health Care Inputs in Low and Middle Income Regions. *Disease Control Priorities Project Working Paper*, 9, 1–56. <https://www.researchgate.net/publication/228582375>
- Nerenz, D. R., & Neil, N. (2001). Performance Measures for Health Care Systems. In *Commissioned Paper for the Center for Health Management Research*.
- T.R. Ministry of Health. (2011). *Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri Ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı Ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik*. Accessed 09 May 2015, <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/02/20110218-3-1.htm>
- Shortell, S. M., Gillies, R. R., Anderson, D. A., Erickson, M. K., & Mitchell, J. B. (1996). *Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery Systems*. Jossey-Bass Publishers.
- Sultz, H. A., & Young, K. M. (2014). Hospitals: Origin, Organization and Performance. In *Hospitals: Origin, Organization and Performance* (8th ed., pp. 69–119). Jones & Bartlett Learning.
- Walburg, J., Bevan, H., Wilderspin, J., & Lemmens, K. (2006). *Performance Management in Health Care: Improving Patient Outcomes: An Integrated Approach*. Taylor & Francis Group.
- World Health Organization. (2008). *Integrated Health Services- What and Why. Technical Brief*. Accessed 18 December 2014, [http://www.who.int/healthsystems/service\\_delivery\\_techbrief1.pdf](http://www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf)
- World Health Organization. (2022). *Guidance on the Analysis and Use of Routine Health Information Systems: Rehabilitation Module*. Accessed 20 May 2023, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240050242>
- Wu, J. S. (2023). Applying Frontier Approach to Measure the Financial Efficiency of Hospitals. *Digital Health*, 9. <https://doi.org/10.1177/20552076231162987orld>



## SAĞLIK OKURYAZARLIK DÜZEYİ İLE SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Gülcan ŞANTAŞ\*  
Fatih ŞANTAŞ\*\*  
Selma KAYA\*\*\*

### ÖZ

Bu çalışmada, Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerin sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Araştırmanın evrenini, Ankara Sincan Mehmet Nurhan Kaynak Aile Sağlığı Merkezi'nde bulunan 12 No'lu Aile Sağlığı Birimi'ne başvuran bireyler oluşturmaktadır. Evrenin 2000 kişi olduğu göz önüne alındığında %95 düzeyinde belirlenen örneklem sayısı 321 olmuştur. Bu çalışmada 320 kişiye ulaşılmış olup, belirlenen örneklem büyüklüğüne ulaşıldığı söylenebilir. Çalışmada veri toplama 30.01.2023-15.02.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Çalışmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçeği, Ishikawa ve diğerleri (2008) tarafından geliştirilmiş olup; Akbolat vd. (2016) tarafından yapılan bir çalışmada kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan Sağlık Arama Davranışı Ölçeği, Kırac (2019) tarafından geliştirilmiş olup; söz konusu ölçek, 12 maddeden oluşmaktadır. Analizler sonucunda sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tamamının ve boyutlarının "orta" düzeyde olduğu görülmüştür. Katılımcıların sağlık arama davranışının düşük düzeyde olduğu ifade edilebilir. Çalışmada sağlık okuryazarlığı için yaş, cinsiyet, kronik hastalık, son bir yılda hekime başvuru sayısı ve genel sağlık durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Ayrıca sağlık arama davranışında ise yaş, eğitim, kronik hastalık ve genel sağlık durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak farklılık olduğu saptanmıştır ( $p<0,05$ ). Sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif, istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki bulunmuştur ( $r=0,121$ ). Buna göre sağlık okuryazarlığındaki artışla sağlık arama davranışının da artacağı söylenebilmekle birlikte bu ilişki zayıf düzeydedir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin profesyonel ve online sağlık arama davranışlarının da artabileceği söylenebilir. Bu sebeple, sağlık okuryazarlığını geliştirmeyi amaçlayan basılı veya yazılı sağlık eğitimi materyalleri hazırlanabilir ve çeşitli sağlık uygulamaları teşvik edilebilir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik ulusal ve uluslararası iş birliklerinin ve eğitimlerin planlanması, toplumun sağlığını geliştirici şekilde katkı sağlayabilir ve sağlıklı yaşam davranışları hakkında farkındalık oluşturabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Okuryazarlık Düzeyi, Sağlık Arama Davranışı, Aile Sağlığı Merkezi

### MAKALE HAKKINDA

\* Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü. gulcan.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0488-9375>

\*\* Doç. Dr. Yozgat Bozok Üniversitesi İİBF Sağlık Yönetimi Bölümü. fatih.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

\*\*\* Yüksek Lisans, Yozgat Bozok Üniversitesi LEE Sağlık Yönetimi ABD, selmareyyan1983@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4821-8597>

Gönderim Tarihi: 08.03.2023

Kabul Tarihi: 13.07.2023

### Atıfta Bulunmak İçin:

Şantaş, G., Şantaş, F. & Kaya, S. (2023). Sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık arama davranışı arasındaki ilişki: Bir alan araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 781-796

## THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTH SEEKING BEHAVIOR: A FIELD RESEARCH

Gülcan ŞANTAŞ\*  
Fatih ŞANTAŞ\*\*  
Selma KAYA\*\*\*

### ABSTRACT

This study aims to examine the relationship between health seeking behavior and health literacy level of individuals who apply to the Family Health Center. The population of the research consists of individuals who applied to the Family Health Unit No. 12 in Ankara Sincan Mehmet Nurhan Kaynak Family Health Center. Considering that the population was 2000 people, the number of samples determined was 321 at the 95% level. In this study, 320 people were reached and it can be said that the determined sample size has been reached. Data collection in the study was carried out between 30.01.2023 and 15.02.2023. A questionnaire was used as a data collection tool in the study. The Health Literacy Level Scale used in the study was developed by Ishikawa et al. (2008) and was used in a study by Akbolat et al. (2016). The Health Seeking Behavior Scale used in the study was developed by Kırac (2019) and consisted of 12 items. As a result of the analyzes, it was seen that the whole and dimensions of the health literacy scale were at the "moderate" level. It can be stated that the health-seeking behavior of the participants was at a low level. In the study, it was determined that there was a statistically significant difference in the variables of age, gender, chronic disease, number of visits to the physician in the last year and general health status for health literacy ( $p<0.05$ ). In addition, it was determined that there was a statistical difference in health-seeking behavior in the variables of age, education, chronic disease and general health status ( $p<0.05$ ). A positive, statistically significant but weak relationship was found between health-seeking behavior and health literacy ( $r=0.121$ ). Accordingly, although it can be said that health-seeking behavior increased with the increase in health literacy, this relationship was weak. It can be said that the professional and online health seeking behaviors of individuals with high health literacy may also increase. For this reason, printed or written health education materials aimed at improving health literacy can be prepared and various health practices can be promoted. Planning national and international collaborations and trainings to improve health literacy can contribute to improving the health of the society and raise awareness about healthy living behaviors.

**Keywords:** Health Literacy Level, Health Seeking Behavior, Family Health Center

### ARTICLE INFO

\* Assoc. Prof., Yozgat Bozok University, Department of Health Management, gulcan..santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0488-9375>

\*\* Assoc. Prof., Yozgat Bozok University, Department of Health Management, fatih.santas@bozok.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-0595-4183>

\*\*\* Msc., Yozgat Bozok University, Department of Health Management, selmareyyan1983@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4821-8597>

Received: 08.03.2023

Accepted: 13.07.2023

### Cite This Paper:

Şantaş, G., Şantaş, F. & Kaya, S. (2023). Sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık arama davranışı arasındaki ilişki: Bir alan araştırması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 781-796

## **I. GİRİŞ**

Dünya Sağlık Örgütü sağlık okuryazarlığı kavramını, bireylerin iyi sağlığı teşvik etmek ve sürdürmek için bilgiye erişme, bilgiyi anlama ve kullanma konusundaki motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen bilişsel ve sosyal beceriler şeklinde tanımlamaktadır (Kickbusch vd., 2013). Bu tanım, sağlık okuryazarlığının sadece okumak, yazmak ve konuşmaktan ibaret olmadığını göstermesi bakımından önemlidir. Sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek olan bir bireyin temel düzeyde sağlık bilgisini okuma ve yazma becerilerine sahip olduğu, temel sağlık eğitimine yönelik materyalleri okuyabildiği, sağlık hizmeti aldığı hekim veya sağlık çalışanından sağlığına yönelik bilgi alabildiği ve bu bilgiyi yorumlayabildiği ve tedaviye eleştirel yaklaşabildiği söylenebilir.

Sağlık okuryazarlığı ayrıca sağlık bilgisini aramak için gerekli bir beceridir. Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgisini anlamada ve sağlık bilgisini davranışsal eyleme dönüştürmede öz yeterliliği içermektedir (Shieh ve Halstead, 2009). Bireyler, bir sağlık sorunu yaşadığında bu soruna çözüm bulmak amacıyla çeşitli arayışlara yönelmektedir. Bu arayışlar bir sağlık kuruluşu veya sağlık profesyonelinin yardım almak şeklinde olabildiği gibi (profesyonel arayış), geleneksel yollarla veya çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı olarak da gerçekleşebilmektedir. Sağlık bilgisine yönelik fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel düzeyde yüksek becerilere sahip olan bireylerin günlük yaşamlarında ne tür sağlık arama davranışlarına yöneldiği sorusu ve sağlık okuryazarlığının sağlık arama davranışları ile ilişkisi bu araştırmanın temel soruları arasındadır. Sağlık hizmetlerine, hastalıklardan korunmaya ve sağlığı geliştirmeye ilişkin bilgilere erişim ile birlikte bu bilgileri anlama, değerlendirme ve uygulama yeteneği olan sağlık okuryazarlık düzeyinin tespiti, toplum sağlığı için oldukça önemlidir. Sağlık okuryazarlığı yüksek bir bireyin doğru sağlık arama davranışlarına yönelmesi daha bilinçli sağlık hizmeti talebine zemin hazırlayacağından, bu konunun araştırılmasının önemli olduğu düşünülmektedir. Bu sebeple bu çalışmada, bir Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerin sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişkilerin incelenmesi hedeflenmektedir.

## **II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE**

### **2.1. Sağlık Okuryazarlığı Kavramı**

Okuryazarlık becerileri (çeşitli formatlarda verilen bilgileri okuma, yazma, konuşma ve anlama) bireyin günlük yaşamdaki işleyişini etkileyebilmektedir. Okuryazarlık becerileri sağlık konularıyla kesiştiğinde sağlık okuryazarlığı olarak tanımlanmaktadır (Shieh ve Halstead, 2009). Sağlık okuryazarlığı bireyin sağlıkla ilgili bilgiye ulaşması, anlaması ve sağlığını geliştirici şekilde bu bilgiyi kullanması için motivasyonunu ve yeteneğini belirleyen sosyal ve bilişsel beceriler olarak tanımlanmaktadır (Nutbeam, 2000). Sağlık okuryazarlığı bireylerin sağlık davranışlarını, sağlık hizmeti kullanmalarını, sağlık çıktılarını ve sağlık maliyetini etkileyebilmektedir. Sağlık okuryazarlığı düzeyinin artması, bireysel özerklik ve güçlenme sağlayarak bireylerin yaşam kalitesinin yükselmesine katkı sunabilmektedir (Taş ve Akış, 2016). Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerde hipertansiyon, diyabet vb. kronik hastalıklara daha az rastlanılmaktadır (Wolf vd., 2005). Bu bireyler aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerini daha sık kullanan bireyler olabilmektedir (Cho vd., 2008). Özetle, sağlık okuryazarlığının yüksek olması, bireyin sağlığına daha fazla önem vermesini ve hastalıklara karşı daha fazla korunmasını sağlayabilmektedir (Kıraç ve Öztürk, 2020).

Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığının olmaması, yüksek kaliteli sağlık hizmeti almanın önünde önemli bir engel oluşturabilmektedir. Hastalardan rutin olarak ilaç etiketlerini, randevu fişlerini, onay formlarını ve sağlık eğitimi materyallerini okuyup anlamaları beklenmektedir (Parikh vd., 1996). Düşük sağlık okuryazarlığı görülen bireylerde sıklıkla randevuları kaçırmak, kayıt formlarını doldurmada başarısızlık, ilaç tedavisinde yetersizlik, ilaçları okuma etiketi yerine görünüşleri ile tanımlama ve testleri veya yönlendirmeleri takip etmede yetersizlik gibi sorunlar görülebilmektedir (Kıraç ve Öztürk, 2020; Mahadevan, 2013). Ayrıca sağlık okuryazarlığı düşük olan bazı hastalar utanç ve mahcubiyet duygusu hissedebilmekte ve sağlık profesyonelinin yardım talep etmede zorlanabilmektedir. Yardım konusunda hissedilen bu mahcubiyet, sağlık hizmeti talebinde psikolojik

bir engel oluşturabilmektedir (Parikh vd., 1996). Bilimsel gelişmelerin ve piyasa güçlerinin hastalara daha fazla teknik ve kendi kendine yönetim talepleri yüklediği bir sağlık sistemi bağlamında, yetersiz sağlık okuryazarlığı kronik hastalığın yönetimi önünde önemli bir engel olabilmektedir (Schillinger vd., 2002). Sağlık okuryazarlığının fonksiyonel okuryazarlık, iletişimsel (interaktif) okuryazarlık ve eleştirel okuryazarlık olmak üzere üç boyutu bulunmaktadır (Schillinger vd., 2002; Shieh ve Halstead, 2009; Inoue vd., 2013; Yalçın Balçık vd., 2014). Bu boyutların öz olarak açıklaması şu şekildedir:

- *Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı*: Basit düzeyde okuma ve yazma becerisidir. Fonksiyonel sağlık okuryazarlığı yüksek olan birey, temel sağlık eğitimine yönelik materyalleri okuyabilmektedir. İşlevsel sağlık okuryazarlığı olarak da bilinen bu boyutta, bireyin sağlık risklerini ve sağlık hizmetlerini anlama becerilerine sahip olduğu düşünülmektedir.
- *İletişimsel (interaktif) sağlık okuryazarlığı*: Sosyal ve bilişsel becerileri kapsayacak şekilde sağlık hizmeti sunucuları ile iletişim kurma becerileridir. Etkileşimsel sağlık okuryazarlığı olarak da bilinen bu boyutta, bireyin bilgiyi ayıklayabildiği, bilgiden anlam çıkarabildiği ve motivasyon ve kendine güveni geliştirmek için bilgiyi kullanabildiği varsayılmaktadır.
- *Eleştirel sağlık okuryazarlığı*: Diğer okuryazarlık boyutlarına göre daha ileri düzeyde bir sağlık bilgisine sahip olmayı gerektirmektedir. Bireyin eleştirel yaklaşabilmesi için hem bilişsel ve sosyal becerilere hem de eleştirel düşünebilme becerisine ihtiyaç duyulmaktadır. Eleştirel sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyin bilgiyi eleştirel bir şekilde analiz etmesi, bilgiyi çevresel değişimler yoluyla yaşam olayları ve durumları üzerinde daha fazla kontrol sağlamak için kullanabilmesi gibi gelişmiş becerilere sahip olması beklenmektedir.

## 2.2. Sağlık Arama Davranışı

Sağlık arama davranışı, bireyin bir sağlık sorunu olduğunda veya hastalandığında uygun bir çare bulmak amacıyla yaptığı herhangi bir eylem veya eylemsizlik olarak tanımlanmaktadır (Latunji ve Akinyemi, 2018). Bir diğer tanımda ise sağlık arama davranışı; bireylerin sağlığını korumak, geliştirmek, sürdürmek ve hastalanmasını önlemek amacıyla gerçekleştirmiş olduğu davranışların tamamı şeklinde ifade edilmektedir (Pender vd., 2002; Esin ve Aktaş, 2012). Sağlık arama davranışı sağlık ihtiyaçları, sağlık kaynakları ve sosyo-ekonomik, kültürel, politik ve ulusal/uluslararası bağlamsal faktörler arasındaki etkileşim ve dengenin bir sonucu olarak bir toplumdaki insanların olağan bir alışkanlığıdır. Kamu veya özel, resmi veya gayri resmi bir sağlık sisteminin kullanımı ve sağlık arama davranışı sosyo-demografik faktörlere, sosyal yapılara, eğitim düzeyine, kültürel inançlar ve uygulamalara, cinsiyet ayrımcılığına, kadının statüsüne, ekonomik ve politik sistemlere, çevre koşulları ve hastalık örüntüsüne ve sağlık sisteminin kendisine bağlı olabilmektedir (Adhikari ve Rijal, 2014). Sağlık arama davranışı ister algılanan bir sağlık sorunu ister gerçek bir hastalık olsun, bir bireyin sağlığının kontrolünü ele almasını sağlayabilmektedir (Gill, 2020). Temel sağlık hizmetlerinin sunulmasına yönelik stratejilerin geliştirmesinde toplumun sağlık arama davranışının belirlenmesi ve anlaşılması önemli rol oynamaktadır (Reddy vd., 2020). Bireylerin sağlık bilgisini hangi kaynaklardan elde ettiği, bir diğer ifadeyle sağlık arama davranışı; hastalıkların teşhisini, tedavisini ve iyileşme sürecini etkileyebilmektedir. Bu sebeple bireylerin sağlık arama davranışı eğilimlerinin belirlenmesi hem toplumsal hem de bireysel açıdan büyük önem taşımaktadır (Deniz ve Çimen, 2021).

Sağlık arama davranışının üç boyutu bulunmaktadır. Bu boyutlar geleneksel sağlık arama davranışı, profesyonel sağlık arama davranışı ve online sağlık arama davranışıdır (Özkorumak vd., 2006; Gallagher ve Doherty, 2009; Kıraç, 2019):

- *Geleneksel sağlık arama davranışı*: Bir sağlık sorunuyla karşılaşan bireyin, bu soruna yönelik alternatif tıp yöntemlerini araştırdığında, falcıya/büyücüye danıştığında, yakın çevresindeki insanların yönlendirmesiyle bitkisel ilaçlar vb. kullanmak istediğinde geleneksel sağlık arama davranışında bulunduğu söylenebilir.
- *Profesyonel sağlık arama davranışı*: Bireyin, profesyonel bir sağlık kuruluşuna başvurarak tedavi olmak istemesi, bu bireyin profesyonel sağlık arama davranışında bulunduğunu ifade etmektedir.

- *Online sağlık arama davranışı:* Bireyin sağlık sorununa yönelik internet kaynaklarını araştırması, internet üzerinden hastalığına yönelik uzman görüşleri alması online sağlık arama davranışı kapsamına girmektedir.

### **2.3. Sağlık Arama Davranışı ile Sağlık Okuryazarlık Düzeyi Arasındaki İlişkileri İnceleyen Çalışmalar**

Bireyin sağlık arama davranışını belirleyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Yaş, medeni durum, gelir, eğitim durumu, sosyal güvence, sağlık ve hastalık algısı, tedavi imkânları, sağlık hizmetine erişim kolaylığı gibi unsurlar bu süreçte etkili olabilmektedir. Bu unsurlardan birisi de sağlık okuryazarlığıdır (Deniz ve Çimen, 2021). Bireyler herhangi bir rahatsızlık yaşadıklarında bu rahatsızlığa çözüm bulmak için arayış içine girmektedir. Kişilerin çözüm arayışında başvurdukları kaynaklar, sağlık okuryazarlık düzeylerine göre değişebilmektedir. Bireylerin sağlık arama biçimi onların bilgiye erişim, eriştikleri bilgileri anlama, anladıkları bilgileri değerlendirebilme ve bilgileri kendilerine faydalı olacak şekilde kullanabilme becerileri ile ilişkilidir (Mansur ve Ülke Şimdi, 2022). Yüksek sağlık okuryazarlık düzeyine sahip bireyler, doğru sağlık bilgisi arama davranışını sergileyerek daha bilinçli bir şekilde sağlık hizmeti talep edebilmektedir. Bir diğer ifadeyle, sağlık okuryazarlığı insanların sağlık bilgilerine erişimini ve bunu etkili bir şekilde kullanma kapasitelerini iyileştirebilmede kritik öneme sahiptir (Nutbeam, 2000).

Bireylerin sağlık arama davranışı eğilimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, sağlık sorunlarıyla karşılaşan bireylerin daha çok profesyonel sağlık arama davranışına yöneldiği bulgusu elde edilmiştir (Deniz ve Çimen, 2021). Scott vd. (2002), sağlık okuryazarlığı yetersiz olan hastaların koruyucu sağlık hizmetlerini kullanma olasılıklarının daha düşük olduğunu belirtmiştir. Bir anlamda sağlık okuryazarlığı düşük olan hastaların profesyonel sağlık arama davranışlarına yönelmediği söylenebilir (Wolf vd., 2005). Alanyazın incelendiğinde sağlık okuryazarlığı ile sağlık arama davranışı arasındaki ilişkiyi araştıran bazı çalışmalar olduğu görülmektedir. Suri vd. (2016) tarafından yürütülen bir çalışmada, sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık bilgisi aramak için internet kaynaklarının kullanımı arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Kıracı (2019) tarafından yapılan tez çalışmasında, sağlık okuryazarlığı ile sağlık arama davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Mansur ve Ülke Şimdi (2022) tarafından yürütülen çalışmada, sağlık okuryazarlığı ve sağlık arama davranışı arasında istatistiksel olarak anlamlı, pozitif yönde ve orta güçte bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

## **III. ARAŞTIRMANIN GEREÇ VE YÖNTEMİ**

### **3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Bu çalışmada, Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerin sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmaktadır. Bilindiği gibi özellikle internetin yaygınlaşması ile birlikte bireyler, sağlık kurumlarına ve sağlık hizmeti sunucularına gitmeden kendileri ya da yakınlarının sağlık sorunları ile ilgili araştırma yapmakta ve kimi zaman ise kendisine söylenenlerin bir sağlamlasını yapmak adına yine konuya ilişkin araştırma yapmakta ya da güvendiği kişilere fikir danışmaktadır. Ancak bu noktada dikkat edilmesi gereken husus yapılan araştırma ya da fikir danışma sonucunda elde edilen tüm bilgilerin doğru olmayabileceği hatta kimi zaman öğrenilen yanlış bilgi sebebiyle bireyin sağlığının bozulabileceğidir. Bu noktada elde edilen bilginin doğruluğunu değerlendirme ve doğru araştırma yapmada önem arz eden kavram sağlık okuryazarlığıdır. Bu çalışmanın çıkış noktası, genel eğitim düzeyinden farklı olarak sağlık alanına özgü bilgilere hâkim olma, sağlıkla ilgili konularda araştırma yapabilme becerisi olarak tanımlanan sağlık okuryazarlığının sağlık arama davranışı ile ilişkili olabileceğinin düşünülmesidir. Bu kapsamda çalışmada sağlık okuryazarlığı ile sağlık arama davranışı arasında ilişkinin varlığı araştırılmıştır. Bu nedenle çalışmanın ilgili alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

### 3.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, Ankara Sincan Mehmet Nurhan Kaynak Aile Sağlığı Merkezi'nde bulunan 12 No'lu Aile Sağlığı Birimi'ne başvuran bireyler oluşturmaktadır. Evrenin 2000 kişi olduğu göz önüne alındığında %95 düzeyinde belirlenen örneklem sayısı 321 olmuştur. Bu çalışmada 320 kişiye ulaşılmış olup, belirlenen örneklem büyüklüğüne ulaşıldığı söylenebilir. Çalışmada veri toplama 30.01.2023-15.02.2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

### 3.3. Veri Toplama Aracı

Çalışmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi Ölçeği, Ishikawa ve diğerleri tarafından geliştirilmiş olup; ölçeğin geçerlik ve güvenilirliği Akbolat vd. (2016) tarafından yapılmıştır. Ölçek, fonksiyonel sağlık okuryazarlığı (5 ifade), iletişimsel sağlık okuryazarlığı (5 ifade) ve eleştirel sağlık okuryazarlığı (4 ifade) olmak üzere üç boyut ve 14 sorudan oluşmaktadır. Ölçek 4'lü Likert tipi bir ölçek olup; 1'den 4'e kadar derecelendirilmektedir (1=Asla, 4=Sık Sık). Ölçeğin güvenilirliği hem genel hem de boyutlar için 0,800'ün üstünde bulunmuştur. Bu çalışmada sağlık okuryazarlığı ölçeği geneli için Cronbach Alpha katsayısı 0,934 ve boyutlar için ise 0,870 ve üzerinde bulunmuştur.

Araştırmada kullanılan Sağlık Arama Davranışı Ölçeği, Kıracı (2019) tarafından geliştirilmiş olup; söz konusu ölçek 12 maddeden oluşmaktadır. Ölçek, online sağlık arama, profesyonel sağlık arama ve geleneksel sağlık arama olmak üzere üç boyuttan oluşmaktadır. Ölçek maddeleri Likert yöntemi ile hazırlanmış olup "Kesinlikle Katılıyorum= 5", "Katılıyorum= 4", "Kararsızım= 3", "Katılmıyorum= 2", "Hiç Katılmıyorum= 1" şeklinde hazırlanmıştır. Ölçeğin geçerliği açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ve güvenilirliği ise Cronbach alpha katsayısı ile değerlendirilmiştir. Analizler sonucunda ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğu sonucuna varılmıştır. Bu çalışmada sağlık arama davranışı ölçeği için yapılan analizler sonucunda, Cronbach alpha katsayısının ölçeğin geneli için 0,784 ve boyutlar için 0,700'ün üzerinde olduğu belirlenmiştir.

### 3.4. Analiz Yöntemi

Çalışmada verileri değerlendirmek için IBM SPSS v.27 programı kullanılmıştır. Çalışma kapsamındaki kişilerin demografik özellikleri frekans ve yüzde dağılımları ile sunulmuştur. Analizler yapılmaya başlanmadan önce gerçekleştirilen normallik testleri sonucunda ve bazı gözlemlere düşen denek sayısının 30'un altında olması nedeniyle çalışmada parametrik olmayan testlerin kullanılmasına karar verilmiştir. Buna göre çalışmanın verilerinin analizinde Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis Varyans Analizi ve değişkenler arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman Korelasyon Analizinden yararlanılmıştır. Analizlerde, 0,05 anlamlılık düzeyi esas alınmıştır.

### 3.5. Araştırmanın Etik Durumu

Araştırmanın yapılabilmesi için 01/10 Karar No'lu ve 25.01.2023 tarihli Etik Komisyonu onayı alınmıştır. Ayrıca araştırma için kurum izni ve ölçekler için kullanım izinleri alınmıştır.

## IV. BULGULAR

Çalışmanın katılımcılarına ilişkin temel özellikler, Tablo 1'de verilmektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların %65'inden fazlasının 33 yaşın üstünde, %70'inin kadın ve yarıya yakınının (%47,2) lisans mezunu olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamında yer alan kişilerin %68'i evli iken büyük çoğunluğunun (%84,7) ise kronik hastalığı bulunmamaktadır. Katılımcıların %50'sinden fazlası son bir yılda 3 ve daha fazla kez hekime başvurduğunu ifade etmiştir. Bireylerin %65'i sağlık durumunu yüksek şeklinde tanımlamıştır.

**Tablo 1.** Çalışmanın Katılımcılarının Kişisel ve Demografik Özellikleri

Değişkenler		Sayı	Yüzde
Yaş	32 yaş ve altı	111	34,7
	33-40 yaş arası	124	38,8
	41 yaş ve üzeri	85	26,6
Cinsiyet	Kadın	222	69,4
	Erkek	98	30,6
Eğitim	Lise	85	26,6
	Ön lisans	49	15,3
	Lisans	151	47,2
	Lisansüstü	35	10,9
Medeni durum	Evli	218	68,1
	Bekar	102	31,9
Kronik hastalık	Var	49	15,3
	Yok	271	84,7
Son bir yılda hekime başvuru sayısı	Hiç	39	12,2
	1-2 kez	92	28,8
	3-5 kez	119	37,2
	6 ve daha fazla kez	70	21,9
Genel sağlık durumu	Düşük	23	7,2
	Orta	88	27,5
	Yüksek	209	65,3
<b>Toplam</b>		<b>320</b>	<b>100,0</b>

Tablo 2’de araştırmada kullanılan ölçeklere ilişkin tanımlayıcı istatistikler yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı ölçeği 1-4 arasında puan almakta ve 1-2,66 düşük; 2,67-3,66 orta; 3,67-5,00 yüksek katılım şeklinde yorumlanmaktadır. Buna göre hem sağlık okuryazarlığı ölçeğinin tamamı hem de boyutları için bu çalışma sonucunda ulaşılan durum için “orta” yorumu yapılabilir. Diğer bir ifadeyle katılımcıların sağlık okuryazarlığının orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Sağlık arama davranışı ölçeği ise 1-5 arasında puan almaktadır. Ölçeğin geneli ve boyutları için hesaplanan ortalamaların 3’ün altında olduğu görülmekte olup, böylece katılımcıların sağlık arama davranışının düşük düzeyde olduğu ifade edilebilir.

**Tablo 2.** Araştırma Ölçeklerine İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Min.	Max.	$\bar{X}$	S
<b>Sağlık okuryazarlığı ölçeği</b>	1,00	4,00	3,12	0,71
Eleştirel okuryazarlık	1,00	4,00	3,00	0,81
Fonksiyonel okuryazarlık	1,00	4,00	3,08	0,80
İletişimsel okuryazarlık	1,00	4,00	3,25	0,76
<b>Sağlık arama davranışı ölçeği</b>	1,00	5,00	2,64	0,57
Online sağlık arama	1,00	5,00	2,52	0,73
Profesyonel sağlık arama	1,00	5,00	2,92	0,83
Geleneksel sağlık arama	1,00	5,00	2,60	0,80

Tablo 3’te sağlık okuryazarlığı ölçeği için yapılan fark analizi sonuçları verilmektedir. Tablo incelendiğinde yaş, cinsiyet, kronik hastalık, son bir yılda hekime başvuru sayısı ve genel sağlık durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre 41 yaş ve üzerindeki kişilerde sağlık okuryazarlığının diğer yaş gruplarında yer alan kişilere göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca kadınlar ve kronik hastalığı olmayanların sağlık okuryazarlık düzeyi erkekler ve kronik hastalığı olanlara göre daha yüksektir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ve boyutları için sıra ortalamasının son bir yılda hekime

başvuru yapmayanlarda ve genel sağlık durumunu düşük olarak ifade edenlerde daha yüksek olduğu görülmektedir.

**Tablo 3.** Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği İçin Yapılan Fark Analizi Sonuçları

Değişkenler	Eleştirel okuryazarlık		Fonksiyonel okuryazarlık		İletişimsel okuryazarlık		Sağlık okuryazarlığı ölçeği	
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.
<b>Yaş (yıl)</b>								
≤32 (1)	111	163,93	111	174,50	111	159,26	111	167,08
33-40 (2)	124	170,92	124	169,16	124	179,07	124	174,88
≥41 (3)	85	140,82	85	129,59	85	132,83	85	128,69
	$\chi^2=6,697$ ; <b>p=0,038</b> 1-3: p=0,001 2-3: p=0,028		$\chi^2=13,282$ ; <b>p=0,001</b> 1-3: p=0,002 2-3: p=0,012		$\chi^2=13,287$ ; <b>p=0,001</b> 1-3: p=0,011 2-3: p=0,021		$\chi^2=13,598$ ; <b>p=0,001</b> 1-3: p=0,018 2-3: p=0,027	
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	222	170,70	222	170,38	222	172,85	222	172,33
Erkek	98	137,40	98	138,11	98	130,59	98	131,78
	Z=-3,002; <b>p=0,003</b>		Z=2,894; <b>p=0,004</b>		Z=-3,865; <b>p=0,001</b>		Z=-3,617; <b>p=0,001</b>	
<b>Eğitim</b>								
Lise (1)	85	157,52	85	155,72	85	154,09	85	155,55
Ön lisans (2)	49	167,18	49	178,73	49	162,08	49	170,60
Lisans (3)	151	160,73	151	151,28	151	158,49	151	155,31
Lisansüstü (4)	35	157,40	35	186,37	35	177,89	35	176,07
	$\chi^2=0,393$ ; p=0,942		$\chi^2=6,449$ ; p=0,092		$\chi^2=1,824$ ; p=0,610		$\chi^2=2,303$ ; p=0,512	
<b>Medeni durum</b>								
Evli	218	168,74	218	172,83	218	167,95	218	170,71
Bekâr	102	156,64	102	154,73	102	156,26	102	154,97
	Z=1,102; p=0,270		Z=1,642; p=0,101		Z=1,084; p=0,278		Z=1,424; p=0,154	
<b>Kronik hastalık</b>								
Var	49	132,22	49	137,93	49	127,35	49	129,27
Yok	271	165,61	271	164,58	271	165,93	271	165,58
	Z=-2,351; <b>p=0,019</b>		Z=-2,868; <b>p=0,032</b>		Z=-2,766; <b>p=0,006</b>		Z=-2,539; <b>p=0,011</b>	
<b>Son bir yılda hekime başvuru sayısı</b>								
Hiç (1)	39	112,83	39	112,85	39	111,59	39	116,96
1-2 kez (2)	92	76,95	92	84,38	92	77,45	92	78,77
3-5 kez (3)	119	93,42	119	84,26	119	79,28	119	84,65
6+ kez (4)	70	71,48	70	74,55	70	95,63	70	77,88
	$\chi^2=16,025$ ; <b>p=0,001</b> 1-2: p=0,003 1-4: p=0,028		$\chi^2=12,243$ ; <b>p=0,007</b> 1-4: p=0,021		$\chi^2=13,593$ ; <b>p=0,004</b> 1-2: p=0,002 1-3: p=0,013		$\chi^2=15,926$ ; <b>p=0,001</b> 1-2: p=0,015 1-4: p=0,019	
<b>Genel sağlık durumu</b>								
Düşük (1)	23	187,59	23	194,78	23	174,37	23	188,59
Orta (2)	88	123,29	88	129,36	88	122,87	88	120,91
Yüksek (3)	209	173,19	209	169,84	208	174,12	208	173,38
	$\chi^2=20,596$ ; <b>p=0,001</b> 1-2: p=0,011 2-3: p=0,017		$\chi^2=15,448$ ; <b>p=0,001</b> 1-2: p=0,019 2-3: p=0,038		$\chi^2=20,768$ ; <b>p=0,001</b> 1-2: p=0,008 2-3: p=0,009		$\chi^2=22,451$ ; <b>p=0,001</b> 1-2: p=0,014 2-3: p=0,020	

Tablo 4'te sağlık arama davranışında katılımcıların kişiler özellikleri açısından farklılık olup olmadığının belirlenmesi amacıyla yapılan analiz sonuçları yer almaktadır. Analiz sonucunda yaş, eğitim, kronik hastalık ve genel sağlık durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak farklılık olduğu



görülmektedir ( $p < 0,05$ ). Buna göre sağlık arama davranışı yaşı 41 ve üzerinde olanlarda en düşük yaşı 33-40 aralığında olanlarda ise en yüksektir. Eğitim değişkeni için yalnızca online sağlık arama davranışı boyutunda anlamlı farklılık olduğu görülmektedir. Online sağlık arama davranışı eğitim düzeyiyle pozitif olarak artmaktadır. Kronik hastalık değişkeni için tüm boyutlarda farklılık olduğu ve kronik hastalığı olanlarda sağlık arama davranışının daha yüksek olduğu görülmektedir. Sağlık arama davranışı, genel sağlık durumu açısından farklılık göstermektedir. Analiz sonuçlarına göre genel sağlık durumunu düşük olarak niteleyenlerde, sağlık arama davranışı daha yüksektir.

**Tablo 4.** Sağlık Arama Davranışı Ölçeği İçin Yapılan Fark Analizi Sonuçları

Değişkenler	Online sağlık arama		Profesyonel sağlık arama		Geleneksel sağlık arama		Sağlık arama davranışı ölçeği	
	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.	n	Sıra Ort.
<b>Yaş (yıl)</b>								
≤32 (1)	111	148,15	111	167,97	111	155,00	111	153,60
33-40 (2)	124	187,64	124	159,28	124	166,13	124	182,81
≥41 (3)	85	137,03	85	152,52	85	159,48	85	136,97
	$\chi^2 = 18,202$ ; <b>p=0,001</b> 2-3: p=0,003		$\chi^2 = 1,404$ ; p=0,496		$\chi^2 = 0,877$ ; p=0,645		$\chi^2 = 13,355$ ; <b>p=0,001</b> 2-3: p=0,004	
<b>Cinsiyet</b>								
Kadın	222	165,89	222	165,86	222	161,36	222	166,30
Erkek	98	148,29	98	148,36	98	158,55	98	147,37
	Z=-1,572; p=0,116		Z=-1,575; p=0,115		Z=-0,253; p=0,801		Z=-1,688; p=0,091	
<b>Eğitim</b>								
Lise (1)	85	141,09	85	162,68	85	155,25	85	148,61
Ön lisans (2)	49	160,32	49	187,30	49	162,68	49	167,73
Lisans (3)	151	163,85	151	154,65	151	163,58	151	160,47
Lisansüstü (4)	35	193,44	35	142,91	35	156,90	35	179,36
	$\chi^2 = 8,416$ ; <b>p=0,038</b> 1-4: p=0,027		$\chi^2 = 6,145$ ; p=0,105		$\chi^2 = 0,530$ ; p=0,912		$\chi^2 = 3,164$ ; p=0,367	
<b>Medeni durum</b>								
Evli	218	159,47	218	155,65	218	160,91	218	157,13
Bekâr	102	162,71	102	170,87	102	159,62	102	167,70
	Z=-0,293; p=0,769		Z=-1,385; p=0,166		Z=-0,118; p=0,906		Z=-0,953; p=0,340	
<b>Kronik hastalık</b>								
Var	49	164,76	49	161,03	49	162,45	49	164,81
Yok	271	136,95	271	147,57	271	149,69	271	136,66
	Z=-2,941; <b>p=0,032</b>		Z=-2,542; <b>p=0,028</b>		Z=-3,448; <b>p=0,039</b>		Z=-2,962; <b>p=0,030</b>	
<b>Son bir yılda hekime başvuru sayısı</b>								
Hiç (1)	39	176,12	39	168,15	39	150,58	39	169,31
1-2 kez (2)	92	140,72	92	145,82	92	147,37	92	156,91
3-5 kez (3)	119	167,11	119	166,26	119	168,86	119	172,05
6+ kez (4)	70	166,56	70	165,74	70	169,08	70	166,95
	$\chi^2 = 6,245$ ; p=0,100		$\chi^2 = 3,333$ ; p=0,343		$\chi^2 = 3,943$ ; p=0,268		$\chi^2 = 4,549$ ; p=0,086	
<b>Genel sağlık durumu</b>								
Düşük (1)	23	187,87	23	176,59	23	184,74	23	171,46
Orta (2)	88	136,69	88	136,21	88	144,02	88	136,28
Yüksek (3)	209	153,02	209	158,96	209	159,21	209	141,69
	$\chi^2 = 11,082$ ; <b>p=0,004</b> 1-2: p=0,013		$\chi^2 = 8,676$ ; <b>p=0,013</b> 1-2: p=0,020		$\chi^2 = 8,190$ ; <b>p=0,034</b> 1-2: p=0,023		$\chi^2 = 9,328$ ; <b>p=0,009</b> 1-2: p=0,018	

Tablo 5'te sağlık okuryazarlığı ölçeği ve boyutları ile sağlık arama davranışı ölçeği ve boyutları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan korelasyon analizi sonuçları verilmektedir. Sağlık okuryazarlığı ölçeği ile boyutları arasında pozitif, yüksek ve anlamlı ilişki bulunmaktadır. Sağlık arama ölçeği ile boyutları arasında ise pozitif, orta-yüksek ve anlamlı ilişki söz konusudur.

Sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif, istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki bulunmaktadır ( $r=0,121$ ). Buna göre sağlık okuryazarlığındaki artışla sağlık arama davranışının da artacağı söylenebilmekle birlikte bu ilişki zayıf düzeydedir. Aynı şekilde sağlık arama davranışı ölçeği boyutları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği boyutları arasında zayıf ilişki bulunmaktadır.

Korelasyon analizi sonucunda değişkenler arasında zayıf ilişki olması ve regresyon analizinin önemli bir varsayımı olan normallik ve doğrusallığın sağlanamaması nedeniyle etki-sonuç ilişkisini belirlemeye yönelik regresyon analizinin yapılması uygun bulunmamıştır.

**Tablo 5.** Sağlık Okuryazarlığı ile Sağlık Arama Davranışı Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Sağlık okuryazarlığı ölçeği (1)</b>	1							
Eleştirel okuryazarlık (2)	0,865**	1						
Fonksiyonel okuryazarlık (3)	0,919**	0,701**	1					
İletişimsel okuryazarlık (4)	0,889**	0,668**	0,740**	1				
<b>Sağlık arama davranışı ölçeği (5)</b>	0,121*	0,069	0,090	0,153**	1			
Online sağlık arama (6)	0,105	0,050	0,081	0,141*	0,855*	1		
Profesyonel sağlık arama (7)	0,139*	0,105	0,084	0,152**	0,567**	0,245**	1	
Geleneksel sağlık arama (8)	0,060	0,074	0,033	0,037	0,595**	0,292**	0,185**	1

\*\*  $p<0,01$  \*  $p<0,05$

## V. TARTIŞMA

Bu çalışmada, birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda hizmet veren Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerin sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişkilerin incelenmesi amaçlanmıştır. Çalışmada katılımcıların orta düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olduğu ve sağlık arama davranışının ise düşük düzeyde olduğu belirlenmiştir.

Çalışma bulgularına göre sağlık okuryazarlığı ölçeği için yaş, cinsiyet, kronik hastalık, son bir yılda hekime başvuru sayısı ve genel sağlık durumu değişkenlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Yaş değişkeni incelendiğinde, sağlık okuryazarlığının 41 yaş ve üzerindeki kişilerde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Alanyazında yaş ve sağlık okuryazarlığı ilişkisine yönelik farklı bulgular bulunmaktadır. Kıraç ve Öztürk (2020) tarafından yapılan çalışmada 56 yaş ve üzerindeki bireylerin sağlık okuryazarlığı daha yüksek bulunmuştur. Akbolat vd. (2016) tarafından yürütülen çalışmada da hastaların yaşları arttıkça iletişimsel okuryazarlığının arttığı bulgusu elde edilmiştir. Alanyazında bu çalışmanın bulgularını destekleyen çalışmalar mevcuttur (Parikh vd., 1996; Wolf vd., 2005; Toçi vd., 2013). Okuryazarlık becerilerinin zayıf olması bütün nüfusu etkilemekle birlikte, yaşlı bireyler için sağlık bilgisini elde etme sürecinde dezavantaj oluşturabilmektedir. Yaş ilerledikçe hastalık, sakatlık riski ve sağlık sistemine erişim ihtiyacı artmaktadır. Sonuç olarak, yaşlı bireylerin okuryazarlık becerilerinin zayıf olması ve sağlık bilgisine erişememeleri sorunu, sağlık durumlarını doğrudan etkileyebilir (Tooth vd., 2000). Özellikle kronik rahatsızlıkları olan yaşlı insanlar için sağlık okuryazarlığı müdahalelerinin uygulanması ve değerlendirilmesi, ilaç uyumunu artırmak ve potansiyel olarak hasta sonuçlarını iyileştirmek için önemlidir (Lee vd., 2017).

Cinsiyet değişkeni incelendiğinde, kadınlarda sağlık okuryazarlığı, erkeklere göre daha yüksek olarak saptanmıştır. Alanyazında kadınların sağlık okuryazarlığının erkeklere göre daha yüksek olduğu bulgusunu elde eden çalışmalar mevcuttur (Parikh vd., 1996; Shieh ve Halstead, 2009; Kıraç ve Öztürk, 2020). Bir kadının sağlık okuryazarlığı hem kendisi hem de çocukları için sağlığı geliştirme ve önleme faaliyetlerine katılma becerisinde önemli bir unsurdur. Yeterli sağlık bilgisi olmadan, bir kadının kendisi ve ailesi için tatmin edici bilgiye dayalı kararlar alması zorlaşabilmektedir. Düşük sağlık okuryazarlığı bir kadının sağlık bilgisini, hastalığı önleyici davranışlarını, araştırma ve

çocuklarına bakma becerisini olumsuz etkileyebilir. Bir kadının sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik müdahaleler bu sebeple önemlidir. Bu bağlamda uygun okuma seviyesi ve tasarımına sahip yazılı eğitim materyalleri geliştirilebilir, net iletişimi ve sağlık bilgisini, öz yeterliliği ve kendini savunma becerilerini artırmaya yönelik eğitimler verilebilir (Shieh ve Halstead, 2009). Bu bulgudan hareketle, kadınlarda sağlık okuryazarlığının yüksek olması toplumsal cinsiyet rolleri ile ilişkili olabilir. Kadınlar hamilelik sürecinde doğum öncesi ve doğum sonrası bakım alması sebebiyle sağlık kuruluşlarını daha fazla ziyaret ederek sağlık hizmeti almaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunucularıyla daha fazla iletişim kurabilmektedir. Bunun yanı sıra, çocuk yetiştirme sürecinde de kadınlar çocuğun hastalıklarının tedavisinde göreceli olarak daha fazla sorumluluk alabilmektedir. Bu yönüyle sağlık okuryazarlığı, hem online bilgi arama davranışı ile hem de sağlık hizmeti sunucuları ve eczacılardan öğrendikleri ile bireylerin sağlık bilgi düzeyini artırabilir.

Çalışmada kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyi kronik hastalığı olan bireylere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulguyu destekleyen çalışmalar mevcuttur (Kaya, 2018; Çimen ve Bayık Temel, 2017; Kıraç ve Öztürk, 2020). Wolf vd. (2005) tarafından yapılan çalışmada, yetersiz sağlık okuryazarlığına sahip katılımcılarda, yeterli becerilere sahip olanlara kıyasla, belirli kronik rahatsızlıklarla daha yüksek düzeyde karşılaşmıştır. Yetersiz sağlık okuryazarlığı olan bireylerde hipertansiyon, diabetes mellitus, kalp yetmezliği ve artrit oranları anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı, bireyin kişisel sağlığı konusunda sorumluluk alabilme becerisidir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler sağlıklı yaşam davranışlarına (fiziksel aktivite, dengeli ve düzenli beslenme, yeterli uyku, sigara ve alkol kullanmama vb.) daha eğilimli olabilirler. Bu yönüyle sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bireylerin kronik bir hastalık ile karşılaşma ihtimali sağlıklı yaşam davranışlarına dikkat ettiği ölçüde diğer bireylere göre daha düşük olabilir.

Araştırma bulgularına göre son bir yılda hekime başvuru yapmayan bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Alanyazın incelendiğinde, sağlık okuryazarlık becerileri yetersiz olan bireylerin genellikle kronik bir hastalığın yönetmede zorluk yaşayabildikleri, tıbbi durumları ve tedavileri anlama düzeylerinin daha düşük olduğu, acil servislere başvuru ve hastaneye yatış oranlarının daha yüksek olduğuna yönelik bulgular dikkat çekmektedir (Tad, 2021). Bu yönüyle sağlık okuryazarlık düzeyi yüksek bir birey, sağlık arama davranışına yönelmede daha bilinçli seçimler yapabilir. Sağlık sorunuyla ilgili anlamadığı noktaları sağlık hizmeti sunucusuna kolaylıkla danışabilir. Ters durumda, sağlık okuryazarlık düzeyi yetersizse, sağlık sorununu tam olarak anlamayan birey o hekime danışmak yerine başka hekimlere/sağlık kuruluşlarına aynı şikâyetle tekrar tekrar başvurabilir. Bu tekrarlı başvurular sebebiyle, gereksiz sağlık hizmeti kullanımı ortaya çıkabilir (yeni reçetelendirme, çok sayıda farklı ilaç ve tedavinin planlanması, görüntüleme hizmetleri, vb.) ve sağlıklı olmak için çare aradığı yerde daha da sağlıksız hale gelebilir. Bu yönüyle, sağlık okuryazarlığı yeterli olan bir birey gereksiz yere hekimi/sağlık kuruluşlarını meşgul etmek istemeyebilir ve hizmet almak için başvuru yapmayabilir. Bir başka açıdan da sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler, sağlıklı yaşam davranışlarına daha eğilimli olabildiği için kronik bir hastalığı da bulunmuyorsa, ileri düzeyde bir sağlık sorunuyla karşılaşmayabilir ve basit sağlık problemleri için sağlık kuruluşuna gitmeyebilir.

Ayrıca, çalışmada genel sağlık durumunu düşük olarak ifade eden katılımcıların sağlık okuryazarlığı daha yüksek olarak belirlenmiştir. Ancak bu bulgu genel olarak alanyazındaki diğer çalışmaların bulgularıyla farklılaşmaktadır. Yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlık düzeyi arttıkça, sağlık durumunu iyi olarak ifade edenlerin oranlarının arttığı, orta ve kötü olarak ifade edenlerin oranlarının ise sağlık okuryazarlığının düştüğü; sağlık okuryazarlık seviyesi arttıkça genel sağlık durumunun da iyiye doğru gittiği sonucuna ulaşılmıştır (Kaya ve Yılmaz, 2021). Ayrıca yürütülen diğer çalışmaların bulguları da sağlık okuryazarlığının sağlık statüsü ve birçok sağlık çıktısı üzerinde olumlu etkileri olduğunu göstermektedir (Cho vd., 2008; Wagner vd., 2009; Sun vd., 2013). Bu çalışmanın bulguları bağlamında, genel sağlık durumunu düşük olarak belirten birey, olumsuz olarak değerlendirdiği sağlık sorunu ve genel sağlığı hakkında daha fazla bilgi arama davranışına yönelebilir. Edindiği yeni bilgiler sağlık bilgisini artırabilir. İlaç kullanımı, tedavi yöntemi, sağlık durumu bir ameliyat yapılmasını gerektiriyorsa ameliyat süreci gibi konularda edinilen çeşitli bilgiler, bireyin fonksiyonel, iletişimsel ve eleştirel sağlık okuryazarlığını geliştirebilir.

Bu araştırmanın bir diğer sorusu, sağlık arama davranışının bireylerin sosyo-demografik ve sosyo-ekonomik özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığı sorusudur. Bu bağlamda yaş, eğitim, kronik hastalık ve genel sağlık durumu değişkenlerinde sağlık arama davranışında istatistiksel olarak anlamlı şekilde farklılıklar olduğu tespit edilmiştir ( $p<0,05$ ). Yaşı 41 ve üzerinde olanlarda sağlık arama davranışı en düşük, yaşı 33-40 aralığında olanlarda ise sağlık arama davranışı en yüksek olarak saptanmıştır. Yaş ve sağlık arama davranışı arasında benzer bir bulgu, Kırac (2019) tarafından da tespit edilmiştir. Yaş arttıkça hastalıklar artsa bile, bu bireyler genellikle profesyonel sağlık arayışına yönelmekte, sağlık arama davranışlarını çeşitlendirmek yerine, zaman kaybetmeden bir sağlık kuruluşuna veya doğrudan bir hekime yönelebilmektedir. Ancak gençlerde daha fazla seçenek araştırma ve online sağlık bilgisine başvurma durumu söz konusu olabilir. Dolayısıyla bu bireyler daha fazla sağlık arama davranışında bulunabilirler.

Araştırmanın bir diğer bulgusu, online sağlık arama davranışının eğitim düzeyiyle pozitif olarak artmasıdır. Abuduxike vd. (2020) ve Kırac (2019) tarafından yapılan çalışmalarda da yüksek düzeyde eğitime sahip olmanın sağlık arama davranışları için pozitif bir yordayıcı olduğu tespit edilmiştir. Mansur ve Ülke Şimdi (2022) tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yürütülen bir çalışmada da eğitim seviyesinin yükselmesiyle birlikte öğrencilerin geleneksel sağlık arama davranışını daha az tercih ettikleri, profesyonel ve online sağlık arama davranışlarına yöneldikleri bulgusu elde edilmiştir.

Çalışmada kronik hastalığı olan bireylerin sağlık arama davranışının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bir çalışmada, hastalığın şiddetinin yüksek olduğu bireylerde sağlık arama davranışının daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Asampong vd., 2015). Kronik hastalıklar, genellikle yıllara yayılabildiğinden, bu hastalıkların tedavisinde çeşitli seçenekler değerlendirilebildiğinden ve bireyin yaşam kalitesini etkileyebildiğinden, bireyin günlük yaşamının en önemli gündem maddelerinden birini oluşturmaktadır. Bu yönüyle bireyler kronik hastalıklarını yönetebilmek ve yaşam kalitelerini artırabilmek için profesyonel, geleneksel ve online sağlık bilgilerini takip etmek isteyebilirler. Bu durum kronik hastalığı olan bireylerin daha fazla sağlık arama davranışına yönelmesine zemin hazırlayabilir.

Ayrıca sağlık arama davranışı, genel sağlık durumunu düşük olarak ifade eden katılımcılarda daha yüksek bulunmuştur. E-atık sektöründe çalışanlarda yürütülen bir çalışmada, çalışanların hastalıkları ile ilgili belirli inançlara sahip olduklarında ve sağlıklarının bozulduğu zamanlarda sağlıkları konusunda daha fazla yardım arayabileceği belirtilmektedir (Asampong vd., 2015). Bireylerin sağlık arama davranışı eğilimlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada, sağlık sorunlarıyla karşılaşan bireylerin daha çok profesyonel sağlık arama davranışına yöneldiği saptanmıştır (Deniz ve Çimen, 2021).

Çalışma bulgularından hareketle, sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif, istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir ( $r=0,121$ ). Buna göre sağlık okuryazarlığındaki artışla sağlık arama davranışının da artacağı söylenebilmekle birlikte bu ilişki zayıf düzeydedir. Aynı şekilde sağlık arama davranışı ölçeği boyutları ile sağlık okuryazarlığı ölçeği boyutları arasında bir ilişki söz konusudur. Alanyazında yürütülen sınırlı sayıda çalışmada da bu bulguyu desteklemektedir. Yapılan bir çalışmada, sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık bilgisi aramak için geleneksel kaynaklar ile internet kaynaklarının kullanımı arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Suri vd., 2016). Diğer çalışmalarda da sağlık okuryazarlığı ile sağlık arama davranışı arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Kırac, 2019; Mansur ve Ülke Şimdi, 2022).

## VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Birinci basamak sağlık hizmeti sunumunda hizmet veren Aile Sağlığı Merkezine başvuran bireylerin sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlık düzeyi arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada, katılımcıların sağlık okuryazarlığının orta düzeyde ve sağlık arama davranışının ise düşük düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışma sonucunda sağlık okuryazarlığı yaş, cinsiyet, kronik hastalık, son bir yılda hekime başvuru sayısı ve genel sağlık durumu değişkenlerine göre

farklılaşmaktadır. Sağlık okuryazarlığının 41 yaş ve üzerindeki kişilerde daha düşük olduğu, kadınlarda, kronik hastalığı olmayan bireylerde, son bir yılda hekime başvuru yapmayanlarda ve genel sağlık durumunu düşük olarak ifade eden katılımcılarda daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, sağlık arama davranışının yaş, eğitim, kronik hastalık ve genel sağlık durumu değişkenlerine göre farklılaştığı belirlenmiştir. Yaşı 41 ve üzerinde olanlarda sağlık arama davranışı en düşük ve yaşı 33-40 aralığında olanlarda ise sağlık arama davranışı en yüksek olarak saptanmıştır. Eğitim ve kronik hastalık arttıkça online sağlık arama davranışının arttığı ve genel sağlık durumu düşük olanlarda sağlık arama davranışının arttığı bulgusu elde edilmiştir. Çalışma sonucunda, sağlık arama davranışı ile sağlık okuryazarlığı arasında pozitif, istatistiksel olarak anlamlı ancak zayıf bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur.

Özellikle kronik hastalıkların yönetimi hastanın kendi sorumluluğunda gerçekleşmekte ve bireyin sağlığına yönelik kararlarında sağlık bilgisinin kalitesi dikkat çekmektedir (Akbolat vd., 2016). Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı yüksek olan birey, kendi sağlığı veya bir yakınının sağlığı ile ilgili daha fazla sorumluluk alabilmekte, sağlığı elde edebileceği çeşitli kaynaklara yönelebilmektedir. Profesyonel bir arama davranışıyla bir sağlık kuruluşuna yöneleceği gibi, sağlık sorununa yönelik online kaynaklara erişerek hastalığına yönelik bir genel değerlendirme yapabilmektedir. Online sağlık bilgisine yönelik kalite, güvenilirlik ve bu bilgilerin gereksiz sağlık hizmetine yöneltmesi gibi endişeler bulunsa da sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireyler için hiçbir şey yapmadan çaresizce beklemek yerine bir fikir edinme ve tedaviye yönelme konusunda seçenek oluşturması anlamında online sağlık arama davranışı faydalı olabilir. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin profesyonel ve online sağlık arama davranışlarının da artabileceği söylenebilir. Sağlık arama davranışında profesyonel sağlık kuruluşlarına yönelim olduğu gibi, online bilgi arama davranışıyla da sıklıkla karşılaşılabilir. Online bilginin denetimi, güvenilirliği, bu bilgilerin bilinçsiz uygulamalara yöneltmesi, gereksiz sağlık hizmeti talebine yol açabilmesi gibi sebeplerle online sağlık arama davranışına yönelik endişeler söz konusu olabilmektedir. Bu yönde online sağlık içeriklerinin denetimi, reklam faaliyeti içeren içeriklerin engellenmesi, sağlıkta gereksiz talebin ve dahası tehlike unsuru olan ilaç ve tedavilere yönlendirmenin önüne geçilmesi gerekmektedir. Sağlık politika belirleyicilerin bu konuda yasal olarak önlemler alması ve sağlık kuruluşlarında online bilgi paylaşımında sorumlu olan her bir çalışanın bu konuda hassasiyet göstermesi, toplumun sağlık okuryazarlığı kalitesini yükseltebilir ve online sağlık arama davranışıyla elde edeceği bilginin zenginleşmesine katkı sağlayabilir.

Bu çalışmada, yaşla birlikte hem sağlık okuryazarlığının hem de sağlık arama davranışlarının azalması bulgusu dikkat çekmektedir. Bu sebeple, akademisyenlerin ve sağlık hizmeti sunumunda belirleyici olan aktörlerin “yaşlılıkla birlikte sağlık hizmetleri kullanımında sağlık okuryazarlığı” temasını gündeme getirmesinde fayda olduğu düşünülmektedir. Yazılı sağlık eğitimi materyalleri, yaşlıların kolaylıkla anlayabilmelerini sağlayacak basit bir terminoloji ile yeniden tasarlanabilir. Bu yazılı materyaller yaşlıların ihtiyaçlarına uygun şekilde tasarlandığında, yaşlıların sağlık okuryazarlığı bir ölçüde geliştirilebilir ve yaşlılıkla birlikte artan çoklu kronik hastalıklar, bu hastalıkların tedavisi ve çoklu ilaç kullanımı konusunda bilgi seviyeleri ve farkındalıkları artabilir. Yaşlıların sağlık bilgilerini nasıl aradıkları ve sağlık arama davranışında tercihleri, gelecekte yapılacak çalışmalarda ayrıca incelenebilir.

Sağlık okuryazarlığı, sağlık arama davranışını profesyonelleştirme potansiyeli taşıdığından, sağlık hizmeti kalitesini de olumlu yönde etkileyebilir. Bu sebeple, sağlık okuryazarlığını geliştirmeyi amaçlayan basılı veya yazılı sağlık eğitimi materyalleri hazırlanabilir ve çeşitli sağlık uygulamaları teşvik edilebilir. Sağlık okuryazarlığını geliştirmeye yönelik ulusal ve uluslararası iş birliklerinin ve eğitimlerin planlanması, toplumun sağlığını geliştirici şekilde katkı sağlayabilir ve sağlıklı yaşam davranışları hakkında farkındalık oluşturabilir.

## KAYNAKLAR

- Abuduxike, G., Aşut, Ö., Acar Vaizoğlu, S., & Cali, S. (2020). Health-seeking behaviors and its determinants: a facility-based cross-sectional study in the Turkish Republic of Northern Cyprus. *International Journal of Health Policy and Management*, 9(6), 240-249.
- Adhikari, D., & Rijal, D. P. (2014). Factors affecting health seeking behavior of senior citizens of Dharan. *Journal of Nobel Medical College*, 3(1), 50-57.
- Akbolat, M., Kahraman, G., Erigüç, G., & Sağlam, H. (2016). Sağlık okuryazarlığı hasta-hekim ilişkisini etkiler mi?: Sakarya ilinde bir araştırma. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 15(4), 354-362.
- Asampong, E., Dwuma-Badu, K., Stephens, J., Srigboh, R., Neitzel, R., Basu, N., & Fobil, J. N. (2015). Health seeking behaviours among electronic waste workers in Ghana. *BMC Public Health*, 15(1), 1-9.
- Cho, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, 66(8), 1809-1816.
- Çimen, Z., & Bayık Temel, A. (2017). Kronik hastalığı olan yaşlı bireylerde sağlık okuryazarlığı ve sağlık algısı ilişkisi ve sağlık okuryazarlığını etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 33(3), 105-125.
- Deniz, S., & Çimen, M. Sağlık arama davranışı üzerine bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 639-646.
- Esin, M. N., & Aktaş, E. (2012). Çalışanların sağlık davranışları ve etkileyen faktörler: Sistematik inceleme. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(2), 166-176.
- 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.
- Gill, N. (2020). Health-seeking behaviour related to selected dimensions of wellness in community-dwelling older adults. electronic thesis and dissertation repository. 7097, The University of Western Ontario, Canada. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/7097>
- Inoue, M., Takahashi, M., & Kai, I. (2013). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: A cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice*, 14(40), 1-8.
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879.
- Kaya, M. (2018). Kişilerin sağlık okuryazarlıkları ve sağlık hizmeti kullanımlarının değerlendirilmesi; Kırıkkale örneği. (Yüksek Lisan Tezi). Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Kaya, M., & Yılmaz, Ö. (2020). Bireysel özellikler, sağlık okuryazarlığı ve genel sağlık durumu arasındaki ilişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 33, 113-122.
- Kıraç, R. & Öztürk, Y. E. (2020). Halkın sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık kaygısı arasındaki ilişki. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 23(2), 214-243.

- Kıraç, R. (2019) Sağlık arama davranışını etkileyen faktörler: Yapısal eşitlik modellemesi. (Doktora Tezi). Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health literacy: The solid facts. World Health Organization. Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark.
- Latunji, O. O., & Akinyemi, O. O. (2018). Factors influencing health-seeking behaviour among civil servants in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 16(1), 52-60.
- Lee, Y. M., Yu, H. Y., You, M. A., & Son, Y. J. (2017). Impact of health literacy on medication adherence in older people with chronic diseases. *Collegian*, 24(1), 11-18.
- Mahadevan, R. (2013). *Health Literacy Fact Sheets*. Center For Health Care Strategies, USA, <http://www.chcs.org/resource/health-literacy-fact-sheets>.
- 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.
- Nutbeam, D. (2000) Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15, 259-267.
- Özkorumak, E., Güleç, H., Köse, S., Borckardt, J., & Sayar, K. (2006). Depresyon hastalarında tıp dışı yardım arama davranışı: Aleksitimi bir etken olabilir mi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9(4), 161-169.
- Parikh, N. S., Parker, R. M., Nurss, J. R., Baker, D. W., & Williams, M. V. (1996). Shame and health literacy: The unspoken connection. *Patient Education and Counseling*, 27(1), 33-39.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2002). *Health promotion in nursing practice*. 4th ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Reddy, P. M. C., Rineetha, T., Sreeharshika, D., & Jothula, K. Y. (2020). Health care seeking behaviour among rural women in Telangana: A cross sectional study. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(9), 4778-4783.
- Schillinger, D., Grumbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C., Palacios, J., Sullivan, G. D., & Bindman, A. B. (2002). Association of health literacy with diabetes outcomes. *JAMA*, 288(4), 475-482.
- Scott, T. L., Gazmararian, J. A., Williams, M. V., & Baker, D. W. (2002). Health literacy and preventive health care use among Medicare enrollees in a managed care organization. *Medical Care*, 40(5), 395-404.
- Shieh, C., & Halstead, J. A. (2009). Understanding the impact of health literacy on women's health. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 38(5), 601-612.
- Sun, X., Shi, Y., Zeng, Q., 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, 261-268.
- 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.

- Tad, S. İ. (2021). Hipertansiyon hastalarında sağlık okuryazarlığının ilaç tedavisine uyum ve yaşam kalitesine etkisi (Yüksek Lisans Tezi). Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Nevşehir.
- Taş, T. A., & Akış, N. (2016). Sağlık okuryazarlığı. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 25(3), 119-124.
- Toçi, E., Burazeri, G., Sorensen, K., Jerliu, N., Ramadani, N., Roshi, E., & Brand, H. (2013). Health literacy and socioeconomic characteristics among older people in transitional Kosovo. *British Journal of Medicine and Medical Research*, 3(4), 1646-1658.
- Tooth, L., Clark, M., & McKenna, K. (2000). Poor functional health literacy: the silent disability for older people. *Australasian Journal on Ageing*, 19(1), 14-22.
- Wagner, W., Steptoe, A., Wolf, M. S., & Wardle, J. (2009). Health literacy and health actions: A review and a framework from health psychology. *Health Education & Behavior*, 36(5), 860-877.
- Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165(17), 1946-1952.
- Yalçın Balçık, P., Taşkaya, S., & Şahin, B. (2014). Sağlık okur-yazarlığı. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(4), 321-326.



# İLAÇ SEKTÖRÜNDE HEKİMLERİN MARKA SADAKATİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER<sup>1</sup>

Yağmur KARATAŞ ERDEM<sup>\*</sup>  
Bilge BAYKAL<sup>\*\*</sup>

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı Türk ilaç sektöründe yer alan üç çeşit müşteri profili içinde en önemli müşteri segmenti olarak kabul gören hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörlerin saptanması olarak belirlenmiştir. Firmaların pazardaki konumunu belirlemede en önemli etken olan rekabetin son yıllarda hızla artması sebebiyle marka sadakati kavramı ilaç sektöründe gittikçe önem kazanmakta ve ilaç firmalarının pazarlama stratejileri birincil müşteri kabul edilen hekimlerin reçetelendirme tercihlerini etkilemeye yönelik olarak konumlandırılmaktadır. Bu doğrultuda öncelikle derinlemesine mülakatlar neticesinde marka sadakatini en çok etkilediği belirlenen boyutlar olan marka güveni, algılanan kalite ve müşteri memnuniyeti ile ilaç sektörünün dinamikleri üzerine kapsamlı literatür taraması yapılmıştır. Sonrasında kavramsal bir araştırma modeli oluşturularak, önerilen modelin hipotezleri Türk ilaç sektörünün en önemli müşteri grubu olan hekimlerden anket yöntemiyle toplanan verilerle test edilmiştir. Yapılan faktör ve regresyon analizlerinin sonucunda, marka sadakatini en fazla etkileyen boyutun algılanan kalite olduğu, sonraki boyutların sırasıyla marka güveni ve müşteri memnuniyeti olduğu ortaya çıkmıştır. Anova ve t test analizleri sonucunda ise yerli ve global ilaç firmalarının marka grupları arasında hekimlerin marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati boyutlarının farklılık göstermediği, hekimlerin görev yaptıkları hastane türü gruplamaları arasında ise kuruma göre farklılık bulunduğu görülmektedir. Çalışmanın sonuçlarının marka yönetimi literatürüne ve ilaç sektöründeki firmaların rekabet stratejileri ile pazarlama faaliyetlerine önemli katkılar sağlaması beklenmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Marka sadakati, marka güveni, algılanan kalite, müşteri memnuniyeti, ilaç sektörü.

## MAKALE HAKKINDA

<sup>1</sup> Bu makale Yağmur Karataş Erdem'in İstanbul Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Pazarlama Tezli Yüksek Lisans Programında Dr. Öğr. Üyesi Bilge Baykal danışmanlığında tamamladığı "İlaç Sektöründe Hekimlerin Marka Sadakatini Etkileyen Faktörler" başlıklı Yüksek Lisans Tezi çalışması esas alınarak hazırlanmıştır.

\* Dogo Fish International, yagmurkarataserdem@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7567-813X>

\*\* Dr. Öğr. Üyesi, İstanbul Beykent Üniversitesi, bilgebaykal@beykent.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3410-9608>

Gönderim Tarihi: 13.03.2023

Kabul Tarihi: 07.09.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Karataş Erdem, Y., & Baykal, B. (2023). İlaç sektöründe hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörler. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 797-836

## THE FACTORS AFFECTING PHYSICIANS' BRAND LOYALTY IN PHARMACEUTICAL INDUSTRY <sup>1</sup>

Yağmur KARATAŞ ERDEM \*  
Bilge BAYKAL \*\*

### ABSTRACT

The aim of this research is determined as investigating the factors affecting brand loyalty of physicians who are accepted as the most important customer segment among three type of customer profiles in Turkish pharmaceutical industry. Because of increasing competition in recent years, being the most important factor in determining the position of companies in the market, brand loyalty concept is gaining more and more importance in pharmaceutical industry and the marketing strategies of pharmaceutical companies are positioned on affecting the prescription preferences of physicians who are accepted as the primary customers. By this respect, first a comprehensive literature review was conducted on brand trust, perceived quality and customer satisfaction dimensions which were determined to affect brand loyalty at most as the result of in depth interviews and dynamics of pharmaceutical industry. Afterwards, a conceptual research model was developed, proposed hypotheses of the model were tested on survey data collected from physicians who is the most important customer group in Turkish pharmaceutical industry. The factor and regression analyses' results revealed that brand loyalty was affected by perceived quality at highest level, followed by brand trust and customer satisfaction consecutively. According to the results of Anova and t test analyses, brand trust, customer satisfaction, perceived quality and brand loyalty dimensions didn't show any differences between local and foreign pharmaceutical companies' brand groups, while the institutional groups of physicians showed differences. The conclusion of research is expected to give important contributions to brand management literature and pharmaceutical companies' competition strategies and marketing activities.

**Keywords:** Brand loyalty, brand trust, perceived quality, customer satisfaction, pharmaceutical industry.

### ARTICLE INFO

<sup>1</sup> This article is prepared on basis of Master's Thesis titled "The Factors Affecting Physicians' Brand Loyalty in the Pharmaceutical Industry," completed by Yağmur Karataş Erdem in the Marketing Thesis Master's Program at Istanbul Beykent University's Institute of Social Sciences, under the supervision of Assistant Professor Bilge Baykal.

\* Dogo Fish International, yagmurkarataserdem@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7567-813X>

\*\* Assist. Prof., Istanbul Beykent University, bilgebaykal@beykent.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-3410-9608>

Received: 13.03.2023

Accepted: 07.09.2023

### Cite This Paper:

Karataş Erdem, Y., & Baykal, B. (2023). İlaç sektöründe hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörler. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 797-836

## **I. GİRİŞ**

Marka kavramı, diğer tüm sektörlerde olduğu gibi ilaç sektöründe de firmaların stratejilerinin ve müşterilerin tercihlerinin belirlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu sebeple günümüzde faaliyet gösteren tüm ilaç firmaları rekabetin çok dinamik olduğu ilaç sektöründe firmalarını rakiplerinden ayıracak en önemli güç kaynağı olan hekimlerin markalarına olan sadakatini oluşturmaya yönelik pazarlama stratejileri geliştirmektedirler.

Literatürde değişik sektörlerin müşterileri incelenerek yapılan araştırmalara bakıldığında marka sadakati kavramının, müşteri tercihleri üzerinde görülen olumlu etkileri genel kabul gören bir husustur. Ancak ilaç sektöründe hekimlere yönelik pazarlama faaliyetlerinin yoğun bir şekilde yürütülmesine rağmen, ilaç markalarına yönelik sadakat oluşumu konusunda yeterince çalışma yapılmadığı görülmüştür. Bu sebeple ilaç sektöründe marka sadakatini oluşturan faktörlerin incelenmesi konusunda teorik ve pratik alanlara katkı sağlama ihtiyacı düşünülerek bu çalışma yürütülmüştür. Bu doğrultuda çalışmanın amacı ilaç sektöründe üç müşteri profili arasında en önemli müşteriler olarak kabul gören hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörlerin tespit edilmesi ve incelenmesi olarak belirlenmiştir. Çalışmanın belirlenen bu amacı doğrultusunda, marka yönetimi literatürüne ve ilaç sektörüne önemli katkılar sağlaması beklenen araştırma sorularına cevaplar aranmıştır. Algılanan kalite, marka güveni, müşteri memnuniyeti kavramlarının hekimlerin ilaç firmalarına ait markalara olan sadakatine etkileri ne ölçüdedir? Hekimlerin yerli ve global ilaç firması markalarına dair sahip oldukları marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati kavramları ne ölçüde farklılaşmaktadır? Hekimlerin marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati algıları hastane türlerine göre nasıl farklılık göstermektedir?

Bu çalışmanın araştırma soruları kapsamlı literatür taraması ve derinlemesine mülakatlar sonrasında seçilen boyutlardan oluşturulan kavramsal model bağlamında üretilen hipotezlerin test edilip sonuçlarının yorumlanması yolu ile cevaplandırılmıştır. Hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörlerin araştırılması ve araştırma sorularına cevaplar aranması sonucunda, sonuç bulgularının Türkiye’de faaliyet gösteren yerli ve yabancı ilaç firmalarının tamamının en büyük ve öncelikli müşteri profilini oluşturan hekimleri hedef alan tanıtım faaliyetlerinin ve pazarlama stratejilerinin geliştirilmesine ve marka yönetimi literatürüne teorik ve pratik bakımdan iki yönlü katkısı olduğu düşünülmektedir. Bu araştırma sonuçları, ilaç firmalarının ilişkisel pazarlama etkilerini artırabilmesi ve hekimlerin ilaç firmalarına olan marka sadakatlerini etkileyen boyutların ortaya konmasını sağlayarak, ilaç sektöründeki pazarlama yöneticileri için pratikte ve marka yönetimi alanındaki literatür araştırmalarına teoride önemli ve yeni kazanımlar sağlamaktadır.

Çalışma beş bölümden oluşmaktadır. Araştırmanın birinci bölümünde marka kavramına ve tarihçesine değinilerek, markanın önemi üzerinde durulmuştur. Markanın, üreticiler, tüketiciler, araçlar, toplum ve kamusal kuruluşlar açısından önemi açıklanmış ayrıca marka değeri kavramına yer verilerek, marka değerlendirme yöntemleri irdelenmiştir. Marka sadakatinin önemi ve marka değeri içindeki yeri detaylı olarak anlatılmış, marka sadakati yaklaşımları ve oluşum sürecini etkileyen faktörler incelenmiştir. Araştırmanın ikinci bölümünde ise dünyada ve Türkiye’de ilaç sektörünün gelişimi ve tarihçesi anlatılmış, Türk ilaç sektöründe kamu ve özel hastanelerin yeri ve özellikleri, marka kavramı ve marka sadakatinin önemi ile müşteri konumundaki hekimlerin tercihleri ve sadakatini etkileyen faktörler irdelenmiştir. Metodoloji kısmının yer aldığı üçüncü bölümde araştırma metodolojisine yer verilmiş olup, nitel ve nicel olmak üzere iki araştırma safhasını içermektedir. Hekimler ile gerçekleştirilen derinlemesine mülakatlar neticesinde alınan geri bildirimlerin literatür bilgileri ile harmanlanması sonucunda araştırmanın kavramsal araştırma modeli oluşturulmuş, önerilen kavramsal model kapsamında üretilen hipotezleri, veri toplama aracı ve verilerin analiz yöntemleri açıklanmıştır. Dördüncü bölümde Türkiye genelinde faaliyet gösteren ilaç firmalarının 396 hekim müşterisi üzerinde anket yöntemi ile toplanan veriler SPSS programı kullanılarak Faktör, Anova ve Regresyon Analizleri ile işlenerek yorumlanmıştır. Ayrıca firma markaları global ve yerli markalar olarak ayrıştırılarak karşılaştırmalar yapılmış, değişik hastanelerde görev yapan hekimlerin marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati algılarındaki yönelim farkları yorumlanarak, bu

yöndeki araştırma sorularının yanıtlarına da ışık tutulmuştur. Son olarak beşinci bölümde ise tüm çalışmanın bulgularından elde edilen sonuç ve öneriler sunulmaktadır. Bu bölümde ayrıca çalışmanın kısıtları, sektöre ve literatüre katkıları, sonucu ve yorumları ile gelecek araştırma ve çalışmalar için önerilere yer verilmiştir.

## II. MARKA KAVRAMI

### 2.1. Marka Tanımı, Tarihçesi ve Önemi

Tarihte marka kavramının ilk kullanımı tanımlama amacı ile Mısırlı tuğla üreticileri tarafından, tuğlalar üzerine semboller çizilmesi ile başlamıştır. Yine semboller ile tanımlama amacı ile Yunan ve Roma zamanında da esnafın semboller kullanmıştır (Dağ, 2020). Milattan Önceki yıllarda Mezopotamya’da ayırt ediciliği sağlamak amacı ile silindire benzeyen mühürler kullanılmış ve kullanılan bu taş mühürler sayesinde malların hangi üreticiye ait olduğu anlaşılabilir olmuştur. Günümüzde hala pek çok marka paketleme işlemleri sonrasında damga ile markalarını göstermektedir (Özyurt-Kaptanoğlu vd., 2019). Farquhar markayı: ‘‘Bir ürünü işlevsel değerinin ötesinde zenginleştiren bir isim, sembol, tasarım ya da işaretir’’ şeklinde tanımlamaktadır (Yağız, 2015).

Markanın temel amacı tüketicilerin duygusal ihtiyaçlarını karşılayabilecek etkinliğe sahip olmaktır. Markaların tüketiciye sağladığı faydalar ve güvenilirlikten dolayı, tüketiciler markalı ürünleri tercih etmeye daha fazla eğilim göstermektedir. Tüketicilerin bu karar sürecinde markalar, tüketici tercihlerini, algılarını ve zevklerini etkileyerek belirsizliği ortadan kaldırdığı için çok önemli bir yere sahiptir (Rasouli, 2016).

Markalar sağladığı pek çok fayda sayesinde işletmeler açısından çok büyük önem taşır. Özellikle güçlü ve tanınırlığı daha yüksek bir hale gelmiş markanın firmaya faydası çok büyüktür. Güçlü bir markaya sahip olmak; tüketiciler tarafından güven duygusunu tatmin edeceğinden daha fazla marka sadakati, daha yüksek kar marjı ve dolayısı ile daha iyi bir pazarlama iletişimi sağlayacaktır (Yağız, 2015). Marka, işletmenin ürünlerini benzerlerinden farklı kılar ve bu sayede diğerlerinden ayrılmasını sağlayarak işletmeleri bu sebeple oluşabilecek tehditlerden korur. İşletmeler açısından diğer faydalarını şöyle sıralayabiliriz (Şenyurt, 2021):

- Bilinirliğini ve akılda kalıcılığını arttıracığından verdiği vaadi de yerine getirmesi durumunda marka sadakati oluşmasını sağlar.
- Satışlarda azalma olmasını önler.
- Ürün fiyatlarında ve kalitesinde sürekliliği ve istikrarı sağlar.
- Üretilen mal ya da hizmetin benzerlerinden farklılaşmasını sağlayarak işletmenin prestijini korur.
- Mevcuttaki markası ile bilinirliği yüksek markaların, pazara yeni bir ürünü aynı marka çatısında sürmesi daha kolay kabul görmesini sağlar.

Markalar öncelikle tüketiciye kaynak ve güven sağlamaktadır. Ürün ile ilgili veri sunduğu için ürünlerin bilinir hale gelmesini kolaylaştırırken, güvenilir bir marka tüketici açısından kaliteyi de ifade eder. Marka tercih edildiğinde verdiği bilgiler ve vaatler ile tüketicinin kendini güvende hissetmesini sağlar. Tüketiciler bir markayı satın aldıklarında satış sonrası destek ve hizmetlerden de faydalanabileceklerini bildikleri için daha fazla güven duyar ve bu sayede bir konfor alanı oluştururlar (Meriç, 2020). Markalar tüketiciler açısından sadece bir isim veya sembolden daha fazlasıdır. Tüketicilerin marka kavramında asıl aldıkları mesaj, markanın vaat ettikleridir. İşletmelerin kullandıkları marka unsurları ve marka iletişim yolları sayesinde tüketiciler kendi istek ve ihtiyaçlarına en uygun markayı tercih edebilme kolaylığına sahip olmaktadır. Bu doğrultuda tüketicinin ihtiyacı karşılayacağına inandığı marka ile temasından sonra, beklentiler karşılanırsa oluşacak memnuniyet marka sadakatini getirmektedir (Şenyurt, 2021).

Güçlü markalar vaatleri ile tüketiciler için daha büyük öneme sahip oldukları gibi araçlar ile de iletişimleri daha kuvvetlidir. Çünkü pazarlama faaliyetlerini daha iyi ve özenli yürüten bu markalar,

aracılar açısından da maliyetler daha düşük olacağından tercih sebebi haline gelmektedir (Yazıcı, 2012) Bir marka talep yaratarak müşterileri kendine çekse bile toptancılar ve perakendeciler o markanın ürünlerini almak mecburiyetinde değildir. Aracılar açısından önemli olan, markaya olan talebin süreklilik arz etmesidir. Yani bağlılık yaratan ve sürekli talep edilen marka aracılar açısından avantajlıdır çünkü böylece aracı kendi satışlarında da süreklilik olacağını bilir (Rasouli, 2016).

Global ticaretin günden güne gelişmesi ile üreticiler ve markalar açısından artık sınır kavramı kalmamıştır. Fakat duyarlılığı yüksek tüketiciler kendi ülkelerinin ürettiği mal ve hizmetleri tercih etmeye eğilim göstermektedir. Bir ülkedeki marka patenti sayısı fazlalığı o ülkede yüksek katma değerli üretim olduğuna işaret eder. Bir ülkede katma değer yüksek olması, o ülkenin mal ve hizmet üreten işletmelerinin ve yaşayan herkesin refah seviyesinin yüksek olduğunun bir göstergesidir. Buradan yola çıkarak, güç sahibi markaların buldukları ülkenin refahına katkı sağladığını söylemek mümkündür (Urmak, 2021).

## **2.2. Marka Değeri Kavramı**

Marka değeri işletmelerin sahip olduğu fiziki varlıklardan çok daha ötesini ifade eder. Marka değeri işletmelerin sunduğu mal ve hizmet bütünüünün sonucunda değer katan veya değeri azaltan marka adı, sembolü, ambalajı veya marka karakteri gibi elementlerin ayırt edici niteliklerine bağlı olan bir sonuçtur. Başka bir deyişle marka değeri, markanın pazarlama süreçlerinde tüketicilerin algısında yarattığı farklılıklardır (Akgün ve Akgün, 2014). Marka değeri, iki ana grup altında ölçülmektedir. Birbirinden farklı bu iki bakış açısından ilki “Tüketici Temelli Marka Değeri” dir. Tüketici temelli marka değeri tamamen tüketicinin açısından bakar ve markanın tüketici tarafından algılanan hali ile alakalı ölçümler yapar. Marka Değerini ölçen diğer yöntem ise, tamamen işletmenin tarafından bakar ve markanın işletmeye sağladığı geliri ölçmeye yönelik olarak “Finansal Temelli Yöntem” olarak isimlendirilir (Bayırlı, 2019). Markanın işletme açısından yarattığı değer ölçülmesi çok önemlidir. Eğer markanın değeri kesin olarak bilinmezse verilecek stratejik kararlarda yanlışlık olma ihtimali çok yüksektir. Firma açısından bakılarak değerlendirilen finansal temelli yöntemlerde genellikle maliyet tabanlı yaklaşım, pazar tabanlı yaklaşım ve gelir tabanlı yaklaşım olarak üç yöntem kullanılmaktadır (Akgün ve Akgün, 2014).

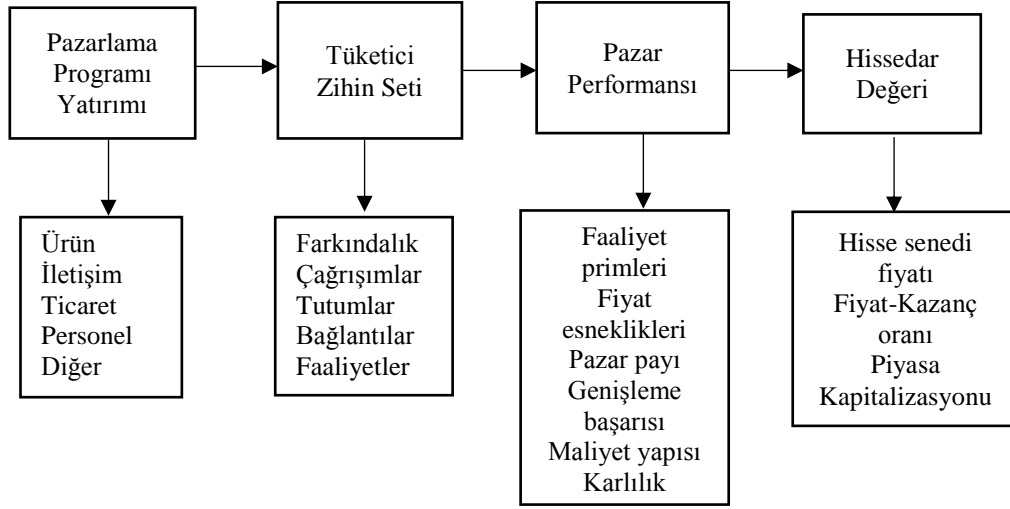
Tüketici temelli marka değeri, tüketicinin algısında marka adı ile birlikte yaratılan ve ürüne dahil olan ek değerler olarak ifade edilebilir (Avcılar, 2008). Markaları parasal sonuçlar elde etmek için değerlendirmeye alan finansal yöntemler, tüketiciler için marka değerini oluşturan birçok psikolojik faktörü dahil etmemekte olup, davranış temelli marka değerlendirme yöntemi bu psikolojik faktörleri de inceleyerek davranışları baz almaktadır. Müşterilerin bakış açısını temel alan bu yöntem, anket ve araştırma gibi araçlar ile müşterilerin markaya verdiği değeri, müşteri tercihlerini etkileyen unsurları ortaya çıkarmayı amaçlar (Çelik, 2006). Tüketici temelli marka değeri ile ilgili birbirinden bazı farklılıkları olan ve yaygın olarak kabul görmüş iki model mevcuttur. Bu modeller Aaker ve Keller adlı araştırmacılara aittir (Taşkın ve Akat, 2010).

### **2.2.1. Keller Modeli**

Keller’e göre (2013), pazarlama yatırımlarının ve faaliyetlerinin geri dönüş oranını iyi anlayabilmek için bir araç lazımdır. Marka değer zinciri, marka sermayesi kaynakları ve sonuçlarını değerlendiren yapısal bir yaklaşım ve pazarlama faaliyetlerinin marka değeri oluşturma tarzıdır. Keller (2013)’ün geliştirdiği bu modelde marka değeri oluşturmak, o markanın bilinirliği ile ilişkili bir kavram olarak kabul edilir. Tüketici bakış açısıyla ele alınan yöntemde, tüketicilerin marka bilgisine bağlı olarak verdikleri reaksiyonlar, markanın pazarlanması süreçleri ile alakalı güçlü bir etki olarak tanımlanır (Dülek, 2014). Keller bir başka çalışmasında marka değerini, tüketicilerin markayı kullanması ve tüketmesi neticesinde, elde ettiği sembolik ve fonksiyonel faydaların tamamı şeklinde ifade etmiştir (Avcılar, 2008).

Keller’e göre (2013) marka değer aşamaları;

### Şekil 1. Keller Marka Değer Aşamaları



**Kaynak:** Keller (2013)

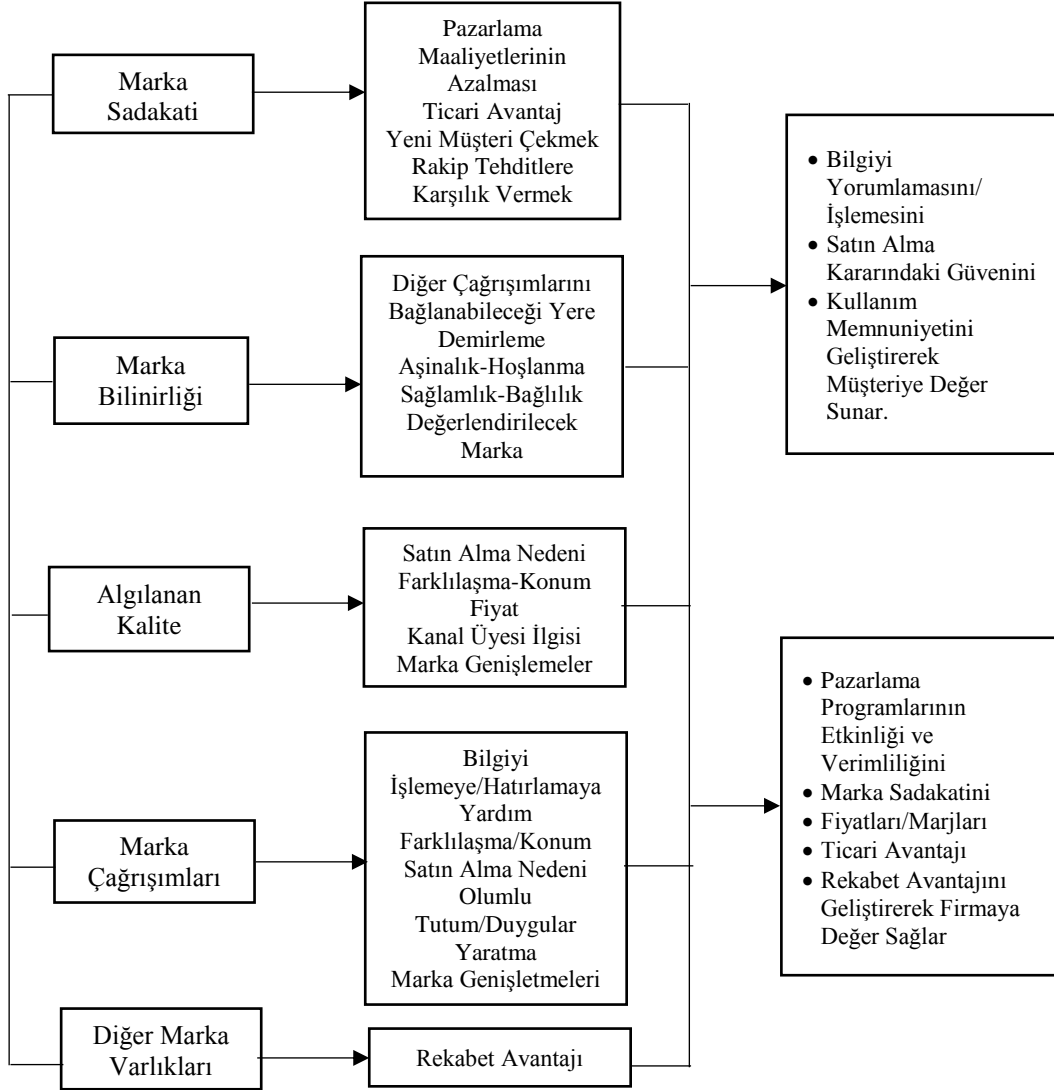
Keller'e göre (2013) tüketici temelli marka değerinde, müşteri zihninin beş önemli ölçüğü bulunmaktadır;

- Marka Farkındalığı: Müşterilerin marka ile ilgili zihinlerinde kalan ve hatırladıkları ölçü, kolaylık veya ürün ya da hizmetin tanınabilir olmasıdır (Keller, 2013). Genel olarak tanınırlık ve hatırlanabilirlik olarak iki alt grupta incelenmektedir. Farkında olmak bir marka ile alakalı olumlu veya olumsuz bir fikre sahip olabilmek için ilk önceliktir (Aydın ve Ülengin, 2011).
- Marka Çağrışımları: Marka ile alakalı algılanan özellik veya niteliklerin gücü, uygunluğu, benzersizliği ve markaya faydalarıdır (Keller, 2013). Marka çağrışımları, nitelikler, yararlar ve tutumlar olarak üç başlık altında incelenmektedir. Nitelikler, ürünün veya hizmetin betimleyici özellikleridir. Yararlar, tüketicilerin ürün veya hizmette varlığına ikna olduğu faydalar ve anlamları ifade eder. Tutumlar ise, tüketicilerin markayı bir bütün şeklinde değerlendirmesi olarak tanımlanır (Yener, 2013).
- Marka Tutumları: Markanın tüketici tarafından, kullanım sonucunda sağladığı memnuniyet ve kalitesi bakımından genel değerlendirmelerini kapsamaktadır (Keller, 2013).
- Marka Bağlılığı: Tüketicinin genellikle daha önce satın aldığı ve memnun kalması sonucu markayı tekrar almaya eğilimli olması ve oluşabilecek ek maliyetleri de göze alarak aynı markayı tekrar satın alma davranışını ifade eder (Yazgan vd., 2014). Marka bağlılığı bir nevi müşterilerin markaya olan tutkunluğunu ifade etmektedir ve marka bağlılığı arttıkça markanın satışları da aynı oranda artacaktır (Devrani, 2009).
- Marka Faaliyeti: Müşterilerin markayı kullandıktan sonra, marka ile ilgili diğer insanlar ile konuşma, marka bilgisini, tutundurma ve diğer faaliyetlerini araştırma seviyesidir (Keller, 2013).

#### 2.2.2. Aaker Modeli

Aaker'a göre marka değeri, markanın isim veya sembolü ile bağlantılı olan ve şirkete ait ürün veya hizmetler ile hem işletmeye hem de tüketicilere değer katan varlıkların tamamını ifade etmektedir (Güven, 2019). Aaker modeli de yine parasal bir değer ortaya koymaktan ziyade, anket yöntemini kullanarak elde ettiği bilgiler ile marka değerini sıralama ve derecelendirme esasına dayalı bir yöntemdir (Zor ve Göker, 2015). Aaker'a göre marka değeri; marka sadakati, marka bilinirliği, algılanan kalite, marka çağrışımları ve diğer marka varlıkları ile belirlenmektedir (Aaker, 1996).

Şekil 2. Aaker Marka Değer Yönetimi



**Kaynak:** Aaker (1996)

Davranışsal ve finansal marka değerlendirme yöntemlerinin sentezi olarak kullanılan karma temelli yöntemlerin esas geliştirilme amacı, davranışsal ve finansal yöntemlerde var olan eksikliklerin giderilebildiği bir model elde etmektir. Karma yöntemler genellikle danışmanlık firmaları tarafından üretilmiş olup günümüzde hala değerli markaların takip ettiği ve katkı sağlamaya devam ettiği yöntemlerdir (Taşçı ve Baş, 2018).

### 2.3. Marka Sadakati

Marka sadakati genel çerçevesi itibari ile tüketicilerin markaya olan bağlılık düzeyini ifade etmektedir. Bir markaya karşı sadakat geliştirmiş müşteriler genellikle benzeri veya alternatif markaları araştırma ya da deneme yoluna gitmemektedir ve sadık oldukları markanın ürünlerini uzun vadede de tercih etmeye devam etme eğilimindedirler. Ayrıca sadık müşteriler, sadakat gösterdikleri marka ile alakalı çevrelerine de sık sık bahsetmeyi tercih ettiklerinden dolayı diğer müşteri profillerinden ayrılmaktadır (Khiabani ve Karakadılar, 2016). Marka sadakati geleceğe yönelik bir davranışın göstergesini ifade eder. Müşterilerin mevcut ve geçmiş davranışlarını referans olarak inşa edilen gelecek odaklı bir kavramdır. Marka sadakatinin, müşteri tatmini ve memnuniyeti gibi mevcut durumu ortaya koyan ifadelerden en büyük farkı gelecek odaklı olması ve süreklilik arz etmesidir. Fakat her müşteri

için sadakat kavramının karşılığı değiştiği için markalar açısından somut bir şekilde ifade edilmesi oldukça zor olan marka sadakati en yalın hali ile marka ile alakalı olumlu bir bakış açısına sahip olunması, markaya güvenin yüksek olması ve tekrar satın alma davranışının gerçekleşmesi olarak ifade edilebilir (Varnalı, 2017). Marka sadakati özet olarak müşterilerin işletme ile özdeşleşme duygusunu ifade eder. Ve bu özdeşleşme duygusu, yeniden satın alma niyetlerini, müşterilerin harcama miktarını, başkalarına tavsiye etme olasılığını ve hatta o işletmenin veya markanın bir parçası olma isteğini etkiler (Cheng, 2011). Başka bir deyişle marka sadakati, tüketicinin çeşitli markaların arasından zamanla tek bir markada karar kılarak düzenli şekilde o markadan satın alma davranışına devam etmesi olarak da tanımlanabilir. Marka sadakati, mağaza seçimi, marka seçimi ve markanın ürünlerinin içinden tercih ettiği spesifik ürünü dahi etkilemektedir. Marka sadakati işletmelere; yüksek pazar payına sahip olabilme, yeni müşteri kazanımları, marka genişlemesinin desteklenmesi, aynı marka başlığıyla pazara sunulacak yeni ürünlerde avantaj sahibi olma, pazarlama maliyetlerinin azalması ve firmanın rekabetçi tehditlere karşı korunması gibi pek çok önemli faydalar sağlamaktadır (Alhaddad, 2014).

### **2.3.1. Marka Sadakatının Önemi ve Marka Değeri İçindeki Yeri**

Sadık müşteriler önemli bir kar ve satış hacmi yaratmaktadır bu sebeple alınacak veya satılacak bir markaya değer biçmek noktasında marka sadakatının önemli bir yeri vardır. Sadık müşteri hacmine sahip olmayan bir marka genel itibarı ile savunmasız sayılabilir ve yalnızca sadık müşteriler yaratma potansiyelinde bir değer taşır. Ayrıca marka sadakatının pazarlama maliyetlerini düşürücü etkisi sebebiyle, var olan mevcut ve sadık müşterileri korumak, yeni müşteri kazanma çabalarından daha az maliyetlidir. Sadık müşteriler markayı rakiplere karşı koruyarak güçlü bir bariyer oluşturmaktadır çünkü sadık müşterilerin sadakatlerini değiştirmeye çalışmak yüksek maliyetler gerektirmektedir (Aaker, 1996). Marka sadakati işletmelere; uygun maliyet, sorun çözme, hız ve kapasite gibi fonksiyonel faydalar sağlar (Varnalı, 2017). Hem davranışların hem de tutumların bir fonksiyonu olan marka sadakati; süreklilik arz eden karlılık sağlar, maliyetlerin düşürülmesine olanak tanır, müşteri başına elde edilen gelirlerde çapraz satış veya tamamlayıcı satış gibi unsurlarla artış sağlar, mevcut müşteri potansiyelinin artmasına yardımcı olur, ürün veya hizmette fiyat artışı yapılmasına olanak sağlar ve rakiplere karşı bariyer oluşturur (Çetintürk, 2017).

Sadakat düzeyi yüksek müşterilere sahip olan markaların değeri de oldukça yüksektir çünkü tüketicilerin belirli markaya olan yüksek sadakati marka değerinin en önemli boyutunu oluşturmaktadır (Avcılar, 2008). Marka sadakati; pazarlama maliyetlerini azaltma, ticari avantaj ve üstünlük sağlama, bilinirlik ve güvence sağlayıp yeni müşterileri çekmek suretiyle marka değer yaratma sürecine pozitif katkılar sağlar (Aaker, 1996). Ayrıca bağlılığı yüksek olan müşteriler değişikliklere karşı olan dirençleri sayesinde markanın ürün ve hizmet kaynaklı eksikliklerini veya marka hakkındaki olumsuz söylentilerini savuşturarak sadık oldukları markaya sahip çıkarlar. Böylece markanın değer oluşum sürecine katkı sağlarlar (Keller, 2013).

Marka sadakati, gelecek dönemdeki karlılığı vaat ettiğinden marka öz varlığının somut destekçisidir. Bu açıdan bakıldığında sadık olunan marka, tüketicinin zihninde rakiplerinden farklılaşarak marka değeri oluşumunu destekler (Tosun ve Elmasoğlu, 2015).

### **2.3.2. Marka Sadakati Yaklaşımları**

Marka sadakati ile ilgili tüm tanımlar ve literatür ele alındığında temelde iki ayrı yaklaşımın varlığı görülmektedir. Bu yaklaşımlardan birincisi marka sadakatini davranışsal boyutta ele alan yaklaşımdır. Davranışsal marka sadakati, sadece aynı markayı tekrar satın alma davranışı ya da eğilimidir. Fakat marka sadakati sadece tekrar satın alma davranışından ibaret değildir. Satın alma sıklığı ve sebebi gibi başka değişkenler de vardır (Devrani, 2009). Diğer marka sadakati yaklaşımı olan tutumsal marka sadakati yalnızca tekrar satın alma davranışını incelemeyi amaçlar. Tekrar satın alma davranışı ile beraber; sadık olma davranışı ile tekrar satın alma davranışı arasındaki ayrımı yapar, kısa dönemli dalgalara duyarlı olmayan tüketicileri kapsar ve satın alma kararının bilinçli bir karar olmasını destekler (Demir, 2012).



Marka sadakati kavramında davranışsal yaklaşım tüketicinin aynı markanın ürün ya da hizmetini belirli bir zaman zarfı içinde tekrar satın alma davranışı ile ilgilenir (Hacıhasanoğlu, 2017). Davranışsal yaklaşıma göre tüketicide sadakat yaratabilmek için müşterinin tatmin olması büyük önem taşımakta olup, memnun ve tatmin olmuş bir müşteri markaya daha sadık olma eğiliminde olacaktır (Gommans vd., 2001). Davranışsal sadakat tüketicilerin tekrar eden satın almalarını, satın alma sıklığını ve satın alma miktarını temsil etmektedir (Akin, 2017). Bir başka deyişle davranışsal sadakat anlayışına göre, müşteri düzenli olarak almaya devam ettiği bir ürünü her alışverişinde spesifik olarak aynı markadan alıyorsa sadık müşteri olarak kabul edilebilir. Ayrıca bir müşterinin aynı ürün kategorisinde rakip firmalara kıyasla belirli bir firmanın ürün veya hizmetini satın alma sıklığı da marka sadakatinde davranışsal yaklaşıma işaret eder (Şimşek ve Noyan, 2009).

Tutumusal marka sadakatine göre, marka sadakati kavramı tüketicinin ürün veya hizmeti tekrar satın almasına bağlı olarak o markaya karşı güçlü bir içsel bağ da kurmasını ifade eder (Eren ve Erge, 2012). Tutumsal yaklaşım, marka sadakatinin sadece davranışsal bir sonuç olduğunu düşünen yaklaşımı, sadakat kavramında müşterilerin tutumunun da en az satın alma davranışı kadar önem taşıdığını belirterek eleştirmektedir. Tutumsal yaklaşım her satın alma davranışının sadakat göstergesi olmadığını savunmakta olup, bilinçli bir şekilde satın alma davranışını devam ettiren müşteri ile bilinçsiz satın alma gerçekleştiren müşterilerin sadakat duygusunu ayırmaktadır. Bu yaklaşımın savunduğu bilinçli satın alma davranışı en önemli unsurdur (Coşkun, 2014). Tutumsal yaklaşımda satın almayı tekrarlama davranışının beraberinde markaya güven, bağlılık ve duygusal bir içerik ya da yakınlık bulmak söz konusudur (Yalçın ve Ene, 2013). Başka bir deyişle tutumsal perspektiften bakıldığında marka sadakati; eğilimsel bir bağlılığı işaret ederek, tercih edilen markanın benzersiz algılanmasını ve alternatifleri içerisinde odak noktası olmasını ifade eder (Jalilvand vd., 2011). Tutumsal marka sadakati bilişsel, duygusal ve davranışsal niyetlerin tamamını kapsar. Satın alma işlemi tekrar eden tüketicinin sadık bir müşteri olabilmesi için markaya karşı olumlu bir tutum içinde olması gerekmektedir. Memnuniyet ile desteklenmemiş ve içsel bir bağ kurulmadan gerçek bir bağlılık sağlanmamış tüketiciler için çok fazla alternatif var olmaya devam eder ve sadık tüketiciler o markaya karşı ancak tutumları güçlü ise sadık kalmaya devam ederler (Gommans vd., 2001).

Marka sadakati kavramının tutumsal ve davranışsal olarak iki boyutta incelenmesi ve bu iki farklı yaklaşımın ayrı ayrı değerlendirilmesi sonucunda oluşan eksikliklerden dolayı, tutumsal ve davranışsal sadakatin bir arada kullanılma ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Karma yaklaşım tutumsal ve davranışsal marka sadakatinin bir arada kullanılmasını temel almaktadır (Ceritoğlu, 2004; Hacıhasanoğlu, 2017).

### 2.3.3. Marka Sadakati Oluşum Süreci ve Etkileyen Faktörler

Marka bağlılığı bir anda oluşmadığı gibi süreç içerisinde gelişmekte ve güçlenmektedir. Tüketiciler açısından marka sadakatinin oluşum aşamalarını şu şekilde sıralayabiliriz (Şahin, 2007):

- Birinci seviyede ihtiyaca hitap eden her marka aynı seviyede algılanır ve tüketici daha önce deneyimlediği bir marka olmadığından bu noktada karar verme fonksiyonu direk marka ile alakalı değildir.
- İkinci aşamada tüketicinin deneyimi olacağı için markayı hatırlayarak tercih etme boyutunda olacaktır.
- Üçüncü aşamada tüketici artık markaya güvenir fakat henüz bağlılık oluşmamıştır. Bu noktada bağlılığın oluşabilmesi için ya fiyatın daha makul olması veya düşürülmesi ya da tüketicinin algısında o ürünü kullanmanın bir sosyal statü sembolü olacağını reklam ve pazarlama çabalarıyla desteklemek gerekir.
- Dördüncü aşamada yapılan veya mevcuttaki marka reklam çalışmaları tüketiciyi pozitif etki altına almıştır ve artık firma ile tüketici arasında duygusal bir bağ oluşmaktadır.
- Tüketici artık o markanın ürününü tercih etmekten gurur duymaktadır fakat bu aşamadan sonra da hatırlatıcı ve aralıksız reklam çalışmalarına devam edilmelidir.

Marka sadakati oluşturmak bir süreçtir ve bunu artırmak mümkündür. Sınırdaki veya bağlılığı henüz oluşmuş olan müşterilerin bağlılık düzeyini arttırmanın bir yolu, marka bilinirliği, algılanan kalite ve net bir marka kimliği gibi unsurları üst seviyede tutarak tüketiciler ile ilişkileri geliştirmek ve güçlendirmektir. Bir diğeri ise düzenli bir artış seyrine sahip sadakati yakalayabilmek için sık alım programları ve müşteri kulüpleri oluşturmaktır. Marka sadakatının oluşum ve gelişim sürecinde, tüketicilerin sadakatini etkileyen pek çok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerin başlıcaları marka güveni, marka memnuniyeti, algılanan kalite olarak göze çarpmaktadır.

### 2.3.3.1. Marka Güveni

Marka güveni öncelikle tüketicinin bir markayı satın alma niyetine girmesi ile başlar. Tüketici markayı tercih edip satın alma işlemini gerçekleştirdikten sonra o markanın üzerine düşen sorumlulukları yerine getirmesi, tüketici beklenti ve ihtiyaçlarına karşılık vermesi ile markanın iyi niyetli olduğuna dair inanç oluşur ve bu inanç duygusu tüketicide güven sağlanmasına sebep olur. Güven kavramı tüketicilerin ürün seçiminde riskleri azaltan bir kavram olduğu için tüketici marka seçimi konusunda merkezi bir role sahiptir (Şaylan ve Tokgöz, 2020). Marka alanında güven unsuru, tüketici açısından tercih edilen markanın dürüstlüğü, güvenilirliğini ve iyi niyetli oluşunu içeren varsayımların tamamını kapsayan psikolojik bir değişkendir. Tüketici ile marka arasında uzun vadeli bir ilişki kurabilmek ve devam ettirebilmek için güven unsuru çok büyük önem taşımaktadır. Başka bir deyişle marka güveni, o markanın tüketiciye vaat ettiklerini yerine getirebilmesi ile oluşan bir unsurdur. Bir tüketicinin tercih ettiği markaya olan güveni ne kadar yüksek olursa markaya olan sadakati de o ölçüde yüksek olacaktır. Markaya güven seviyesi yüksek olan bir tüketici o marka için daha fazla ödemeye razı olacaktır ve rakipler açısından markaya bariyer oluşturacaktır (Yapraklı vd., 2020).

Marka itibarı, öngörülebilirlik, yetenek, güven ve işletmenin tercihi gibi unsurlar marka güveni oluşumunu etkilemektedir. Marka itibarı, tüketicilerin tercih ettikleri markanın pozitif ve negatif yanlarını değerlendirmesi olarak ifade edilir. Markanın öngörülebilirliği, tüketicinin marka ile alakalı tahminlerini ve öngördüğü vaatlerini içermektedir. Yetenekler ise markanın tüketicilerin beklentilerine verdiği cevapları ve tüketici sorunlarını çözebilme yeteneklerini kapsar. Tüketiciler tarafından işletmeye duyulan güven o işletmenin markasına duyulacak güven düzeyini de arttırmaktadır. Bir başka etkileyici olarak da tüketicilerin markaya karşı oluşan beğenisi de, o markaya olan güven düzeyini arttırmaktadır (Gülsever, 2021).

Pazarlamanın temel amaçlarının başında marka sadakati oluşturmak gelmektedir. İşletmeler tüketiciler açısından markaya bağlılık sağlayarak uzun soluklu müşteriler elde edebilmektedir. Marka bağlılığının oluşmasındaki temel unsurlardan en önemlisi marka güvenidir. Tüketici bir markaya güven duyarsa, o markayı kendi çevresine de önerecektir. Aynı zamanda, tüketiciler yakınlarının güvenerek önerdiği markalara daha fazla güven duyarlar. Böylece marka güveni oluşumu o marka hakkında olumlu bir ağızdan ağıza pazarlama ağı oluşmasını desteklemektedir (Bahar, 2019). Marka güveni boyutları; güvenilirlik, dürüstlük, tahmin edilebilirlik ve cömertlik kavramlarından oluşmaktadır. Tüketicilerin markaya karşı güveninin olması olumlu davranışsal niyetlerinin ortaya çıkmasına sebep olmaktadır. Bu sebeple güven faktörü, marka sadakatının oluşum sürecinde belirleyici bir yere sahiptir. Aynı oranda tüketicilerin güven düzeyinin yüksek olduğu markaların hatırlanması daha kolaydır bu sayede işletmeleri avantaj sağlar. Marka güveninin bir başka avantajı ise marka ile alakalı riskleri ve belirsizlikleri ortadan kaldırmasıdır ve ayrıca tüm tüketiciler genel itibarı ile güvenilirliği ve bilinirliği yüksek markaları tercih etme eğilimindedirler (Özdemir ve Koçak, 2012).

### 2.3.3.2. Müşteri Memnuniyeti

Müşteri memnuniyeti, bir ürünü ya da hizmeti satın aldıktan ve kullandıktan sonra tüketicinin deneyimine dayanan bir tutumu ifade etmektedir. Tüketicinin satın alma davranışından sonra gerçekleşen psikolojik bir süreci ifade eder, bir ürün ya da hizmetten memnun kalma durumunun karşılığıdır. Müşteri memnuniyeti, tüketicinin sadakatini etkileyen önemli faktörlerden biridir. Başka bir deyişle müşteri memnuniyeti, tüketici beklentilerinin karşılanmasını ifade eder ve beklentileri

karşılana n müşteri sayısı ile doğru orantılı olarak, ortaya daha fazla satın alma ve daha fazla müşteri sadakati çıkacaktır. Memnun müşterilerin diğer müşterilere göre, yeniden satın alma ve o markaya bağlılık oluşturma oranı daha fazladır (Leninkumar, 2017). Bir başka görüşe göre müşteri memnuniyeti, tüketicinin bir ürünün algılanan performansını beklentileri ile karşılaştırmasının sonucunda ortaya çıkan beğenme veya hayal kırıklığı olarak tanımlanır. Memnuniyet, mutluluk, kabul etme, rahatlama, heyecan duyma gibi pek çok duygu ile ilişkilidir (Singh, 2006).

Pazarlamanın özgün formülü tüketici ihtiyaçlarını bulmak ve karşılamak üzerine kuruludur. İhtiyaçları ve beklentileri karşılanan tüketicilerin o marka ile ilgili memnuniyeti oluşacak ve tekrar markadan satın alma olasılığı artacaktır. Şirketler tüketici gereksinimlerini, müşterilerini dinleyerek onları anlamaya çabalayarak bulur ve sonra her gereksinime uygun bir çözüm hazırlar. Bazı zamanlarda işletmeler sınırlı bir bakış açısına sahip olduğunda, bazı tüketici gereksinim ve beklentileri gizli kalır. Bu durumda tüketici açısından memnuniyetin oluşması zorlaşacaktır (Kotler, 2005). Günümüzde işletmeler müşterilerinin istek ve ihtiyaçlarına yönelik güncellemeleri yapabilmek için müşterileri ile sürekli iletişim halinde kalarak müşteri bilgilerini sürekli takip edip bu güncel bilgileri değerlendirmektedir. Daha önceki dönemlerde müşteri memnuniyetini ölçmek işletmeler açısından bir ek maliyet olarak görülmekte iken günümüzde müşteri memnuniyetinin sadık müşteri oranını da arttırması ile firma karlılığını gün geçtikçe arttıran bir kavram haline gelmiştir (Eroğlu, 2005).

### **2.3.3.3. Algılanan Kalite**

Ürün veya hizmetin algılanan kalitesi belirli özellikler doğrultusunda kategoriye göre değişiklik gösterse de genel çerçevede şu kavramlar ile oluşmaktadır; ürünün ana katkı maddesi ve tamamlayıcı özellikleri, ürün güvenilirliği ve dayanıklılığı, hizmet verebilirliği, ürünün tarzı ve tasarımı. Bu özellikler hakkındaki tüketici inançları kaliteyi tanımlamakta ve sonuç olarak markaya yönelik tüketici tutum ve davranışlarını oluşturmaktadır. Ürünün tüketiciler açısından kalite kriterleri sadece işlevsel performansına bağlı olmayıp, işlevsel performansının iyi olmasının yanında; hız, hatasızlık, ürün teslimi sürecinde çabukluk, saygı ve müşteri hizmeti, eğitim desteği ve bakım hizmeti gibi performans değerlerine de bağlıdır (Keller, 2013). Algılanan kalite, tüm marka çağrışımları arasında finansal performansı yönlendiren tek fonksiyondur, bir işin başlıca stratejik itici gücüdür ve algılanan kalite bir markanın nasıl algılandığı konusundaki diğer olguları yönlendirerek onlarla ilişkilendirir. Algılanan kalite çoğu zaman kurumsal markalar ve ürün kategorileri arasında değişiklik gösteren markalar için kilit bir konumlandırma boyutudur. Büyük markaların birden çok ürün kategorisine yayıldıkları için fonksiyonel faydalar tarafından yönlendirilme olasılıkları düşüktür ve bu sayede algılanan kalite daha büyük bir öneme sahiptir. Birçok marka için algılanan kalite rekabet ortamında kendi konumunu tanımlamasına yardımcı olan ana etmendir. Markalar prestij, fiyat ve üst sınıf olarak ayrılmaktadır. Bu kategoriler içerisinde algılanan kalite, markanın pozisyonunda genellikle belirleyici bir rol oynamaktadır. Algılanan kalite kavramı bazı sebeplerden dolayı kalite kavramından farklılaşabilmektedir. Tüketicilerin daha önceki satın alma davranışları sonucu ortaya çıkan memnuniyeti ya da memnuniyetsizliği sonraki dönemler de algılanan kaliteyi etkileyebilmektedir (Aaker, 1996).

Algılanan kalite aynı zamanda marka değerini oluşturan önemli boyutlardan biridir. Algılanan kalite kavramı ürünün önceden belirlenmiş üstünlüklerini ifade eden kalite kavramından farklıdır çünkü ürünün içsel ve dışsal özelliklerinden oluşan ve tüketicinin zihninde gelişen bir kavramdır. Bu sebeple üretici açısından kalite algısı ve tüketiciler açısından kalite algısı birbirinden farklıdır. Tüketiciler açısından bakıldığında, bir tüketici kaliteye ödeme yapmaktadır fakat üreticiler açısından bakıldığında ise kaliteyi geliştirebilmek için yatırım yapılan taraftır. Aynı oranda da tüketiciler üründen elde edecekleri faydaları ve üreticiler ise sağlayacakları karı en üst seviyede tutmaya çalışmaktadır. Bu sebeplerle işletmelerin rekabette elinin güçlü olabilmesi için, tüketicinin zihninde olumlu algılar oluşturmak ve bu algıları tüketici beklentileri ile doğru orantılı geliştirmek büyük bir rekabet avantajı sağlayacaktır (Işık, 2016). Algılanan kalite kavramı ürünün gerçek somut kalitesinden ziyade, tüketicinin ürünü subjektif olarak değerlendirmesi sonucunda ortaya çıkan performans üstünlüğü veya

mükemmelliği hakkında yorumlarıdır. Bu yorumlar sayesinde algılanan kalite tüketiciler için satın alma niyeti oluşturarak, markanın rakiplerinden farklılaşmasını sağlar (Avcılar, 2008).

### III. İLAÇ SEKTÖRÜ VE MARKA KAVRAMI

#### 3.1. İlaç Sektörü ve Tarihçesi

İlaç ilk olarak orta çağ dönemlerinde kullanılmıştır ve ilk eczane Bağdat'da açılmıştır. Sonrasında İslam Dünyasında ve Orta Avrupa'da eczaneler yaygınlaşmıştır. Eczaneler 19.yy başlarında bir gelişim süreci sonucunda Kuzey Amerika ve Avrupa'da ilaç firmalarına dönüşmeye başlamıştır. Günümüzde hala faaliyet göstermeye devam eden pek çok köklü ilaç firması 1900'lü yılların sonlarında ve 2000'li yılların başlarında kurulmuştur. İlk ilaç üretimi ve dağıtımı 1920-1930 yılları arasında penisilin ve insülin gibi bugün de kullanılmaya devam edilen etken maddeler ile başlamıştır. İlk olarak Almanya, İsviçre ve İtalya'da ilaç firmaları kurulmuştur ve bu ülkeleri İngiltere ile ABD takip etmiştir. İlaç sektöründe 1970'lere kadar firmalar küçük ölçekli olarak pazarlama faaliyetlerini tanıtım üzerinden gerçekleştirmiş sonraki yıllarda gelişen teknolojiler ve artan rekabet ortamı ile tanıtım faaliyetleri rekabet ortamında harmanlanarak satış gücü ile desteklenmiş ve küçük ölçekli firmalar artık büyük ölçekli firmalar olarak pazarlama faaliyetlerine devam etmeye başlamıştır (Akkoç, 2008). Dünya'da ilaç sektöründe firmalarda rekabet stratejisini benimsemeye sebep olan en önemli etken, teknolojik gelişmeler vesilesi ile artan AR-GE maliyetleridir. Sektörde satış, tanıtım ve yönetim giderlerini pazarlama giderleri oluşturmaktadır. Rekabetin yoğun olduğu bu sektörde yeni ilaç geliştirme çabaları kadar mevcut ilaçlardaki pazar paylarını korumaya yönelik pazarlama faaliyetleri de çok büyük önem taşımaktadır (Yaşgöl, 2009).

İlaç sektörü arz yönü kuvvetli bir sektör olduğundan ve patent uygulamaları ilaç sektöründe hayati önem taşıdığından diğer sektörlerden ayrılmakta olup, kendine özgü nitelikleri bulunmaktadır. Birincisi, ilaçların organik ve sentetik maddeler ile üretilmesi ve bu üretim sürecinin çok çeşitli aşamalardan geçmesidir. İkincisi, ilacın satın alınmasındaki talebi direk belirleyen tüketici talebi ya da ürünün fiyatı olmadığından, ilaç sektöründe fiyat esnekliğinin neredeyse yok denecek durumda olmasıdır. Bu durum sektörde hekimlerin, hastaları adına ilacı satın alma kararını verdiğini göstermekte olup, ilaç firmaları arasındaki rekabetin aynı pazar içinde oluşmasına neden olmaktadır. Çünkü ilaç firmaları gelirlerinin büyük ölçüsünü reçete karşılığında verilen ilaçları ile elde etmektedir ve bu ilaçlar bir tıp hekiminin reçetesi olmadan genellikle verilememektedir. Üçüncüsü ise; yeni bir ilaç geliştirme ya da pazara sunma süreçleri ne kadar meşakkatli ise yeni bir ilaç firmasının kurulum sürecinin de aynı oranda aşamalardan geçmesi ve zorluklar yaşayacak olmasıdır. İlaç sektörünü diğer sektörlerden ayıran başka bir önemli özellik ise, firmaların ürettikleri ürünlerin sağlık ve yaşam kalitesi anlamında hayati önem arz ediyor olmasıdır (Yılmaztürk, 2013).

#### 3.1.1. Dünyada İlaç Sektörü

Dünya ilaç sektörü katma değer açısından bakıldığında ülkelere en çok gelir sağlayan sektörlerin başında gelmektedir. Özellikle son yıllarda meydana gelen demografik değişimler, ortalama yaşam sürecinin artması, hastalık paternlerindeki değişimler, sosyal küreselleşme, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlikteki önemli artış ve sosyal devlet olgusunun yaygınlaşması vesilesiyle ilaç sektörü daha da önemli bir yere gelmiştir. İlaç sektörü IMS (International Medical Statistics) verilerine göre %5 büyüme oranı ile 1.2 trilyon ABD dolarlık toplam pazar hacmine ulaşmış ve dünya ilaç pazarının %95'ini uluslararası pazarda hizmet veren global ilaç firmaları almıştır. 2018 senesindeki ilaç satışlarının %40 civarını ABD, %11'ini Çin ve %7'sini Japonya oluşturmaktadır. Ve toplamda bu üç ülke dünya ilaç sektörü hacminin neredeyse %5'ini almaktadır. Şu anki konumu ile dünyanın üçüncü büyük sektörü olan ilaç sektörünün 2023 yılında 1,5 trilyon doları aşkın bir pazar hacmine sahip olması beklenmektedir (Türkiye Cumhuriyeti – Ticaret Bakanlığı, 2021). Gelişmiş ülkelerde artan ilaç ihtiyacını yine gelişmiş ülkelerdeki ilaç üretimi karşılamaktadır. Dünya ilaç ihracatında şu anki durumda ilk 5 ülke sırası ile; Almanya, İsviçre, İrlanda, ABD ve Belçika'dır. İlaç ihracatında bahsedilen bu ilk beş ülke dünyadaki toplam ilaç hacminin %50'den fazlasını oluşturmaktadır.

### 3.1.2. Türkiye’de İlaç Sektörü

Türkiye dünya ilaç ihracatı sıralamasında 29. sırada yer almaktadır (T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 2020a: 7). Bu yüksek satış hacmini sağlayan küresel pazardaki ilk 10 ilaç firması sıralaması şöyledir:

**Tablo 1. Küresel Satışa Göre İlk 10 İlaç Firması**

FİRMA	ÜLKE	SATIŞ (Milyar Dolar)	AR-GE HARCAMA (Milyar Dolar)
Roche	İsviçre	48,247	10,293
Novartis	İsviçre	46,085	8,386
Pfizer	ABD	43,662	7,988
Merck&Co	ABD	40,903	8,730
Bristol Myers Squibb	ABD	40,689	9,381
Johnson & Johnson	ABD	40,083	8,834
Sanofi	Fransa	34,924	6,071
AbbVie	ABD	32,351	4,989
Glaxo Smith Kline	İngiltere	31,288	5,541
Takeda	Japonya	29,247	4,432

**Kaynak:** T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı (2020a)

Türkiye’de Cumhuriyet öncesi döneme bakıldığında ülkenin ilaç ihtiyacı Avrupa’dan ilaç ithalatı yapılarak sağlanıyordu. İthalatı sağlanan müstahzar ilaçlar 1880’li yıllardan itibaren Türk eczanelerinde üretilmeye başlandı. Özellikle ikinci dünya savaşından sonraki yıllarda eczaneler Türkiye’de fason üretim yapan laboratuvarlara dönüşmüş sonrasında da bu laboratuvarlar Türk İlaç Sektörünü oluşturan küçük ve orta ölçekli işletmelere dönüşmüştür. Cumhuriyet döneminin ilk yıllarında Avrupa ülkelerinden etken madde ithal edilerek üretim yapılmıştır, 1928 yılında devrim niteliğindeki 1262 Sayılı Tıbbi ve İspençiyari Müstahzarlar Kanunu vesilesiyle öncesinde olmayan devlet kontrolü hem üretimde hem de ithal edilen etken maddeler üzerinde sağlanmıştır. Türkiye ilaç sektörüne devlet denetiminin gelmesi, yerli ilaç firmalarına, global ilaç firmaları ile Türkiye’de rekabet edebilme olanağı sağlamıştır (Tahtasakal, 2021).

1952-1972 yılları arasında modern üretim tesislerinin Türkiye’de artış göstermesi ile beraber Türk İlaç Sektörü kendi ihtiyacının %95’ini karşılar duruma gelmiş ve ilk defa ilaç hammaddesi üretimine başlanmıştır. 1984-1992 yılları arasında Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü’nün, İyi İmalat Uygulamaları (GMP) standartlarına ulaşarak özellikle iç pazarda hem yerli hem global ilaç firmaları arasında rekabet edilebilir hale gelmiştir. 1995 yılından sonra Gümrük Birliği Anlaşması ile beraber yabancı ilaç firmaları iç pazarda gittikçe artmıştır. Yabancı ilaç firmalarının yalnızca birkaç tanesi Türkiye’de üretim tesisi kurmuş olup, üretim tesisi olmayan global ilaç firmaları kendi ilaçlarını ithal ederek ya da yerli firmalara fason üretim yaptırarak Türkiye pazarına sunmaktadır. Türkiye’de lisanslı ya da fason olarak ilaç üretimi ya da ithalatı yapılmasının yanı sıra ilaç sektörünün temel faaliyet alanını eşdeğer ilaç üretimi oluşturmaktadır (Akkoç, 2008).

Türkiye ilaç sektörü günümüzde; üretim standartları teknolojisi ve üretim kapasitesi ile çokça gelişmiş bir ilaç sanayiine sahiptir. Özellikle 2020 yılı itibari ile Türkiye ilaç sektörü; Avrupa Birliği (AB), Bağımsız Devletler Topluluğu (BDT) ve Ortadoğu ülkeleri başta olmak üzere 180 civarı ülkeye ilaç ihracatı yapmaktadır. Türkiye’de 2019 yılında yerli ve yabancı ilaç firmalarının tamamı 46 milyar TL ilaç satışı gerçekleştirmiştir. 2023 yılı için ise öngörülen toplam satış hedefi 78 milyar TL olarak belirlenmiş olup, yıllık büyüme oranının %18’in üzerine çıkması beklenmektedir. (Türkiye Cumhuriyeti – Ticaret Bakanlığı, 2021: 3-4). İstanbul Ticaret Odası tarafından 2019 yılına ait Türkiye’nin 500 büyük sanayi kuruluşu yayınlanmıştır. Bahsi geçen bu 500 kuruluş içerisinde yerli ilaç firmalarının sıralaması değişmekle birlikte, sadece ilaç sanayi değerlendirildiğinde sıralama aşağıdaki gibidir (T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, 2020b):

1. Abdi İbrahim İlaç A.Ş.
2. Koçak Farma İlaç ve Kimya Sanayi A.Ş.
3. Deva Holding A.Ş.
4. Nobel İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş.
5. Santa Farma İlaç Sanayii A.Ş.
6. İ. E. Ulagay İlaç Sanayii Ticaret A.Ş.
7. Biofarma İlaç Sanayii Ticaret A.Ş.
8. Adeka İlaç Sanayii ve Ticaret A.Ş.

### 3.2. Türk İlaç Sektöründe Kamu ve Özel Hastanelerin Yeri ve Özellikleri

Türk sağlık sektöründe hizmet sağlayıcılar olarak; Sağlık Bakanlığı, askeri hastaneler, üniversiteler, özel sektör ve vakıf hastaneleri bulunmaktadır. Bu sağlık hizmetlerinin yarısından fazlasına ve dolayısı ile en yüksek yatak sayısına Sağlık Bakanlığı sahiptir. Bu sebeple ülkemizde Sağlık Bakanlığı, sağlık politikalarının belirlenmesinden ve uygulanmasından sorumlu yapıdır (Şişmanlar, 2014). Sadece kamuya bağlı sağlık kurumları ise; Çalışma ve Sosyal Güvenlik Kurumuna bağlı hastaneler, üniversite hastaneleri ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler olmak üzere üçlü bir çatı altında toplanmaktadır. Daha önceki dönemlerde sadece sağlık sağlayıcı olarak uygulanan kamu hastanelerinde döner sermaye gelirlerinden yararlanılmaya başlanması ile birlikte kamu hastanelerinde de özel sektörde olduğu gibi yoğun bir rekabet başlamıştır. Oluşan bu rekabet ortamı sektöre hasta tatmini odaklı bir hizmet sunma çabası kazandırmıştır (Atlı ve Yücel, 2018).

Sağlık sektöründe hem kamu hem özel hastanelerde müşteri memnuniyeti büyük bir öneme sahiptir. Çünkü aynı diğer alanlarda tüketicinin memnun kaldığı ürünü tekrar satın almayı tercih etmeye meyilli olması gibi sağlık sektöründe de hizmet aldığı sağlık kuruluşundan memnun kalması ve bir sorun yaşamaması durumunda aynı kurumu tekrar tercih etme ihtimali yüksek olacaktır. Sağlık hizmetlerinde hastaların genel olarak teknik bilgiye sahip olmaması işletmeyi kalite memnuniyet açısından başka unsurlarla değerlendirmesini sağlamaktadır. Bu unsurlar; bekleme süresi, temiz ve steril bir ortam, kurum çalışanlarının davranış şekilleri gibi daha teknik olmayan unsurlardan oluşmaktadır. Bu bileşenler ışığında bakıldığında hasta tatmini, sağlık kurumlarında hizmet kalitesini değerlendirmede kullanılan temel kriterdir (Taşlıyan ve Gök, 2012). Ülkemizde tüm bu bahsedilen sağlık hizmetlerini sunan birimler yetkinlikleri ve hizmet seviyeleri dahilinde, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak ayrılmaktadır:

**Tablo 2. Sağlık Hizmetleri Basamakları**

<b>Üçüncü Basamak Sağlık Hizmetleri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Üniversite Hastaneler</li> <li>• Eğitim ve Araştırma Hastaneleri</li> </ul>
<b>İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Devler Hastaneleri</li> <li>• Askeri Hastaneler</li> <li>• Özel Hastaneler</li> </ul>
<b>Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASM (aile sağlığı merkezi)</li> <li>• Dispanserler</li> <li>• Özel ve Kamu İşyeri Hekimliği</li> <li>• Özel Muayenehaneler</li> <li>• Bağımsız Kuruluşlar</li> <li>• AÇS-AP Merkezi</li> </ul>

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı, 2004

Hem özel hastanelerde hem de kamu hastanelerinde temel amaç değer yaratabilmektir. Fakat değer yaratma sürecinde amaçlar farklılık göstermektedir, özel sektörde müşteri değeri ve müşteri memnuniyeti kavramı ön plana çıkarken, kamu sektöründe vatandaş değeri ve memnuniyeti ön planda tutulmaktadır. Bu farklılıktan yola çıkarak özel hastaneler ve kamu hastaneleri arasında bazı özellikler farklılaşmaktadır:

**Tablo 3. Kamu ve Özel Sektör Arasındaki Farklılıklar**

Özel Sektör	Kamu Sektörü
Rekabetçi pazarda yer alırlar.	Tekeldir.
Şirket sahibinin menfaatleri ön plandadır.	Vatandaş çıkarları ön plandadır.
Ortaklar kurulu, yönetim kurulu ya da şirket sahibi tarafından temsil edilir.	Siyasi liderler tarafından temsil edilir.
Faaliyetler oldukça izole bir şekilde yürütülür.	Faaliyetleri göz önündedir ve medya ile paylaşılır.
Alınacak kararlar üst düzey yöneticinin alanına girdikten sonra hızlıdır.	Bürokrasi yolu ile yürütülen işlerde yavaşlık, kurumlar arası çatışma yaşanır.
Karlarına göre finansal açıdan destek sağlarlar.	Finansal destekleri genellikle yeterli değildir.
Ortaklar kurulu, yönetim kurulu ya da şirket sahibi tarafından belirlenen koşullarda hizmet yürütülür.	Merkez ve taşra teşkilatları aracılığı ile hizmet yürütülür.
Şirketler kendi ürettikleri hizmet ve ürünlere odaklıdır.	Kamu hayatın tüm alanları ile ilgilenmek durumundadır.
Önce kaynak üretir sonra dağıtır.	Devlet kaynakları düzenler ve dağıtır.

**Kaynak:** Kotler ve Lee (2007)

### 3.3. Türk İlaç Sektöründe Marka Kavramı, Sadakatine Bakış ve Uygulanan Stratejiler

Marka kavramı onu yaratan kurumun misyonu, hedefleri hedef kitlesi ve vaatlerini kapsayan bir değer yaratma sürecini kapsamaktadır. Marka değeri ve stratejileri sektörlere göre farklılık göstermektedir. Fakat marka sürecinde hangi sektörde olursa olsun değişmeyen bazı hususlar bulunmaktadır. Bunlar; tüketici istek ve ihtiyaçlarını iyi bilmek ve doğru anlamak, kurumsal imaj ve pazarlama süreçlerinin beklentilere uygun yürütülmesi gibi hususlardır. İlaç sektöründe marka tutundurma faaliyetlerinde değişmez kaidelere ek olarak özellikle sosyal sorumluluk projeleri yer almaktadır. Çünkü özellikle reklam faaliyetlerinin ilaç sektöründe kısıtlayıcı tarafları çok fazladır. Spesifik olarak, sağlık alanında özel günleri kapsayan ve global vurguda bulunan sosyal sorumluluk projelerinin marka tutundurmaya katkısı büyüktür (Kurt, 2010).

İlaç sektöründe reklam faaliyetlerinin kısıtlanması Tıbbi Müstahzarlar Kanunu ile keskin hatlarla bildirilmiştir. Kanuna göre “İlaçları övmek adına ve bunlara sahip olmadıkları tedavi edici özellikleri atf veya mevcut tedavi edici tesirleri büyütme suretiyle, sabit ya da hareketli sinema filmleri, ışıklı ya da ışiksiz ilan, radyo veya herhangi bir vasıta ile reklam yapılması yasaktır. Şu kadar ki; tarifname ya da gazetelerde ‘... hastalıklarda kullanılması faydalıdır’ gibi içeriklere izin verilebilir. Ancak reçetesiz satılmasına izin verilmeyen ilaçların tıbbi dergilerden başka yerlerde reklamları yapılamaz. Reklam numunelerinin önceden Sağlık Bakanlığı tarafından onaylanması gerekmektedir. Bir ilacın ilmi vasıfları hakkında hazırlanmış olan filmler Sağlık Bakanlığı izni ile ve sadece Sağlık Bakanlığının onayladığı mecralarda yayınlanabilir.” (İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu, 1928). Mevcut kanun doğrultusunda bakıldığında ilaç sektöründe direkt olarak ilaç içiminin televizyon veya radyo gibi reklam kanallarında verilmesi kati olarak yasaktır. Buna rağmen reklam faaliyeti yürütülmeye çalışılırsa örtülü reklam sayılır ve örtülü reklamlar da hukuki açıdan yasaktır. Kurallara uymak suretiyle ilaç sektöründe kullanımı yaygın olan bir tanıtım ve reklam yöntemi bulunmaktadır. Bu yöntemde göre; temelde verilmek istenen mesaj, mesajı verenden bağımsız kabul edilerek, mesajı verenin tarafsız bir bakış açısıyla sunmasıdır. Temel mesaj, meslektaşları ve basın organları tarafından saygı duyulan ve kabul görmüş bir kişi tarafından sunulabilir. İlaç firmalarının buradaki beklentisi direkt olarak ürünün reklamının yapılmasından ziyade, ilacın fayda ve özelliklerini ön plana çıkaran bir söylenti yayılmasını sağlamaktır. Bu söylentilerin amacı akademik bir sağlık dergisinde yayınlanan bir içerik kadar nitelikli olmasıdır. Temel mesaj oluştururken en önemli dikkat edilmesi gereken konu ise; sağlık alanında bahsi geçen bir ilacın temelde finansal bir kar sağlamak amacından ziyade insanların yaşam kalitesindeki iyileştirmeye vurgu yapabilecek duygusal bir nitelik taşıyor olmasına özen göstermektir (Kabasakal ve Öztürk, 2019).

İlaç sektöründe güçlü bir marka oluşturabilmek için; iyi bir marka stratejisi belirleyerek, ambalaj, marka ismi, ürünün son tüketicide geçmiş kullanım deneyimi gibi faktörler bir bütün oluşturarak hekim

ve hastalarda bir süzgeçten geçirilir ve belli bir değere sahip hale gelir. Sağlık sektöründe nihai amaç olarak hasta tatmini kabul edilmektedir. Bu doğrultuda hastanın ihtiyacının karşılanması benzer endikasyonda tekrar aynı ilacı talep etmesine sebep olacaktır. Bu olumlu geri dönüş hekim açısından da marka değer algısını geliştirecektir. Bir bütün olarak bakıldığında sağlık hizmetlerinde marka oluştururken değer yaratabilmek için; kalite, imaj, güvenilirlik ve tanınırlık stratejileri büyük bir önem arz eder (Karahana vd., 2017).

Marka sadakati marka değerinin oluşum sürecindeki en önemli etkidir. İlaç sektöründe yer alan firmalar uzun dönemli kar elde edebilmenin hekimlerin marka sadakatini elde etmek olduğunu bilmektedirler. Fakat günümüz şartlarındaki yoğun rekabet ortamında hekim tarafında marka sadakati sağlayabilmek oldukça zor bir hal aldığından, firmalar hekimlerin tercihlerini etkileyen faktörler ve içinde buldukları durumları iyi analiz ederek bağlılık yaratmayı hedeflemektedir. Fakat buradaki temel sorun rekabet koşullarının ağır olmasından dolayı meydana gelen fikir değişiklikleri ya da sadakat süresinin uzun sürmemesidir (Kaya, 2010). Bu sebeplerle güçlü bir marka sadakati oluşturabilmek rekabet açısından firmaya çok büyük bir avantaj sağlayacaktır. Rekabetin çok yoğun olduğu ilaç sektöründe, ilaç firmaları rakiplerinden farklılaşabilmek adına mevcut müşterilerle sadakat ilişkisini maksimum seviyede tutabilmeyi hedeflemekle birlikte yeni müşteri kazanımına da önem vermektedir. İlaç sektöründe hekimlerde uzun vadeli ve güçlü marka sadakati yaratılması pazarlama planlamasını daha kolay bir hale getirerek marka tanıtım giderlerini de minimize edecektir. Ayrıca marka sadakati firmanın imajının güçlenmesini sağlayarak pazardaki konumunu korumasına katkı sağlayacak, firmanın imajının ve konumunun güçlü olması ile depo ve eczanelerin güvenini arttıracak ve bu sayede ürün akışında yaşanma ihtimali olan sorunların önüne geçilmiş olacaktır (Küçükmadan, 2015).

Marka sadakati oluşturabilmenin en başında gelen unsur güvendir. Hekimlerin reçete tercihlerini belirlemedeki en önemli etkenlerden bir tanesi reçete edecekleri markaya güven duymalarıdır. Reçetede tercih edilecek ilacın endikasyonla alakalı ihtiyaca tam olarak karşılık vermesi ve sonrasında beklenmeyen bir etki ile karşılaşılmayacak olması gibi durumlar, hekimlerin firmaya olan güvenini arttırmaktadır. Bu durum markaya olan bağlılığın artması için önemli bir gerekçe oluşturacaktır (Buran, 2012).

İlaç sektöründe tanıtım faaliyetlerini üstlenen Tıbbi Tanıtım Temsilcileri, tanıtımını üstlendikleri ilaçları reçetelendirebilmek ve hekimleri ikna edebilmek için ciddi çaba sarf etmektedirler. Bu ikna sürecinde kullanılan yöntemler; ürün hakkında tıbbi bilgi ve donanıma sahip olmak, hekime sık ve düzenli ziyarette bulunmak, satış teknikleri, iyi bir iletişime sahip olmak ve güvene dayalı ikili ilişki sayesinde kısmen sosyal aktivitelerde bulunmak gibi unsurlardır. Bu anlamda bakıldığında firmalar, hekimler ile daha iyi ilişki kurulabilmesi adına, tıbbi mümessillerini hekimlerin istek ve ihtiyaçlarını doğru saptayacak yeterlilikte satış ve hizmet gücü üretebilmeleri için eğitmektedir. Doğru eğitim süreçlerinden geçmiş bir tıbbi tanıtım temsilcisi zaman içinde kendi tecrübelerini de katarak doğru hedef kitle hekimleri belirler ve o hekim grubu ile daha iyi ilişkiler geliştirmeye yönelik faaliyetlerde bulunur. Tıbbi tanıtım temsilcisinin hedef hekimler ile kuracağı iyi ilişkiler de marka sadakatini etkilemektedir (Gümüş, 2014).

Hekimlerin reçete tercihlerini etkileyen faktörlerin başında ilacın etkinliği ve ilacın güvenilirliği gelmektedir. Bunları takiben; geniş endikasyon, farmosötik formun uygunluğu, ilacın fiyatı ve fark çıkartması gibi faktörler de yine hekimlerin reçete tercihlerine etki etmektedir. Hekim reçete tercihlerine direkt etki eden faktörlerin yanı sıra bir de reçete tercihlerini şekillendiren etmenler bulunmaktadır (Vançelik vd., 2006). Bunlar:

- Uzmanlık eğitimi almak.
- İlaç firmalarının tıbbi mümessiller aracılığı ile tanıtım faaliyetleri sağlaması.
- Hizmet içi eğitim programları, kongreler.
- Otör hekim reçetesi ya da meslektaşlara danışmak.



İlaç firmaları açısından bakıldığında ise, hekimler ile sürekli iletişimde kalabilmek ve reçete tercihlerine etki ederek markanın pazar payını arttırabilmek için ilaç mümessilleri ile tanıtım faaliyetlerini aktif ve yoğun bir şekilde sürdürmektedirler. İlaç mümessillerinin yürüttüğü tanıtım faaliyetlerinin satışa dönüşebilmesi için hekimlerin tanıtımı gerçekleşen ürünü reçetelendirmesi gerekmektedir (Tosun ve Arslan Kurtuluş, 2017). Firmaların pazarlama faaliyetlerine bu kadar önem veriyor olmasının temel sebebi hekimlerin reçete tercihlerine etki ederek pazardaki konumunu korumak ve güçlendirmekle beraber, yüksek ar-ge ve maliyet süreçlerinden geçerek piyasaya sürülen ilaçların devamlılığını finanse edebilmek ve kazanç sağlayabilmek için ciddi bir nakit akışına ihtiyaç duymalarıdır. Bu sebeple ilaç sektöründe tanıtım, tutundurma faaliyetlerin en başında yer almaktadır. Pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de tanıtım faaliyetleri belirli bir yasal çerçeve içinde uygulanabilmektedir. Yasal çerçeveye göre tanıtım faaliyetleri; bilimsel kongreleri desteklemek ve tıbbi tanıtım temsilcileri aracılığı ile hekimlere tanıtım yapmak olarak gerçekleştirilebilir (Antalyalı vd., 2012).

Müşteriler güven duydukları markaları tercih ettiklerinde, beklentilerinin ve ihtiyaçlarının karşılanacağını ve bu sebeple bir sorun yaşamayacağına inanmaktadır. Markaya müşteri tarafından duyulan güven, ilaç sektöründe de diğer tüm sektörlerde olduğu gibi markayı tercih etme, tavsiye etme ve rakiplerden farklılaştırma gibi pozitif yönlü etkiler oluşturmaktadır (Şenyurt, 2021).

Markalar açısından sadakati sağlayan bir diğer itici güç ise algılanan kalitedir. Bir markanın nasıl algılandığı konusundaki diğer tüm algıları yöneten algılanan kalite kavramı, tüketici tercihlerini belirleme noktasında önemli bir role sahiptir. Kaliteli ve ihtiyacı karşılayan ürünler üretmekle birlikte, ürün ve marka ile alakalı kalite algısını doğru yönetmek çok önemlidir. Algılanan kalite, markanın yaptığı yatırımların geri dönüşümüne katkı sağlayarak finansal performansa yön verir, müşterilerin fiyat duyarlılığını düşürerek karlılığa katkı sağlar ve müşteri memnuniyetine de etki ederek, marka için önemli değer yaratır (Şenyurt, 2021).

Marka sadakatine etki eden faktörler genel olarak markanın özelliğini yansıtan değişkenler ve tüketicinin marka ile arasındaki etkileşimi yansıtan değişkenler olarak iki gruba ayrılabilir (Devrani, 2009):

1. Markanın Özelliklerini Yansıtan Değişkenler: marka yeterliliği, marka ünü ve marka beklentisi olarak tanımlanmaktadır.
2. Tüketicinin Marka İle Arasındaki Etkileşimi Yansıtan Değişkenler: marka güveni, marka tatmini, marka beğenilirliği, marka deneyimi ve çevre onayı olarak tanımlanmaktadır.

Marka sadakatini etkileyen faktörler konusunda literatürde yer alan çalışmalar Tablo 4'te sıralanmaktadır.

**Tablo 4. Ulusal Literatürde “Marka Sadakatini Etkileyen Faktörler” Konulu Çalışmalar**

Araştırmacı	Çalışmanın Adı	Sonuç
Demirağ & Durmaz (2009)	Marka İmajı, Algılanan Hizmet Kalitesi, Müşteri Tatmini ve Algılanan Değerin, Marka Sadakati Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi: 5 Yıldızlı Sayfiye ve Şehir Otelleri Örneği.	Bu çalışmanın bulguları neticesinde; Algılanan hizmet kalitesinin alt boyutlarından güvencenin tutumsal marka sadakati üzerinde olumlu yönde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Algılanan değer, tutumsal marka sadakati üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı tespit edilmiştir. Müşteri tatmininin, tutumsal marka sadakati üzerinde olumlu yönde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Tutumsal marka sadakatinin, davranışsal marka sadakati üzerinde anlamlı ve pozitif bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Algılanan hizmet kalitesi alt boyutlarından; heveslilik, güvence ve empatinin tutumsal marka sadakati üzerinde olumlu yönde anlamlı bir etkisinin olduğu tespit edilmiştir.
Devrani (2009)	Marka Sadakati Öncülleri: Çalışan Kadınların Kozmetik Ürün Tüketimi Üzerine Bir Çalışma.	Markanın sahip olduğu ünün algılanması ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Marka beklentisi ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Markanın yeterli algılanması ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Marka beğenilirliği ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Marka deneyimi ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki vardır. Markadan duyulan tatmin ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki vardır. Markaya karşı duyulan güven ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki vardır. Markanın arkadaş grubu tarafından onaylanması ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki vardır.
Eren & Erge (2012)	Marka Güveni, Marka Memnuniyeti ve Müşteri Değerinin Tüketicilerin Marka Sadakati Üzerine Etkileri.	Piliç eti sektöründe uygulanan bu araştırmanın bulgularına göre; marka güveninin, davranışsal marka sadakati üzerindeki etkisini göstermek üzere kurulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu ve marka güveninin, marka sadakati üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Marka memnuniyetinin, marka sadakati üzerine etkisinin anlamlı olduğu saptanmıştır. Müşteri değerinin alt boyutları olan; fonksiyonel, sembolik ve parasal değer, marka sadakati üzerinde pozitif yönlü etkisinin olduğu saptanmıştır. Tecrübeye dayalı müşteri değerinin, marka sadakati üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı görülmüştür.
Türker & Türker (2013)	GSM Operatörleri Sektöründe Marka Sadakatini Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Üniversite Öğrencileri Üzerine Bir Uygulama.	Marka imajının, marka sadakati üzerine pozitif yönlü bir etkisi vardır. Markaya duyulan güvenin, marka sadakati üzerinde pozitif yönlü bir etkisi vardır. Müşteri memnuniyetinin, marka sadakati üzerinde pozitif yönlü bir etkisi vardır. Algılanan değer, marka sadakati üzerinde pozitif yönlü bir etkisi vardır. Değişirme maliyetinin, marka sadakati üzerinde pozitif yönlü bir etkisi vardır. Algılanan kalitenin, marka sadakati üzerinde pozitif yönlü bir etkisi vardır. Beklenti düzeyinin, marka sadakati üzerinde negatif yönlü bir etkisi yoktur.
Gürbüz & Doğan (2013)	Tüketicilerin Markaya Duyduğu Güven ve Marka Bağlılığı İlişkisi.	Karabük il ve Safranbolu ilçe merkezinde ikamet eden tüketiciler üzerinde uygulanan çalışmanın verileri sonucunda; tüketicilerin markalı ürünlere duydukları güven ile marka bağlılığı arasında pozitif yönlü ve doğrusal bir ilişki olduğu gözlenmiştir.
Tosun & Elmasoğlu (2015)	Duyusal Markalamanın Marka Sadakati Üzerindeki Rolü	Araştırma hipotezi Nutella, CocaCola ve Nescafe markaları üzerinde test edilmiştir ve sonuç bulguları benzerdir. Duyusal markalamanın, marka sadakati üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olduğu gözlenmiştir.
Külahlı (2016)	Tüketici İlgilenimi, Müşteri Memnuniyeti ve Marka Sadakati Arasındaki İlişkiler: Akıllı Telefon ve Parfüm Ürünleri Temelinde Bir Araştırma.	Bu araştırmanın bulguları neticesinde hem akıllı telefon hem de parfüm örneğinin neticeleri benzer çıkmıştır. Tüketici ilgilenimi boyutlarının müşteri memnuniyeti üzerindeki etkisi değerlendirildiğinde, ilgi ve hedonik değer faktörlerinin memnuniyet üzerindeki etkisinin pozitif ve anlamlı olduğu gözlenmiştir. Müşteri memnuniyetinin, marka sadakatinin; müşterisi olma ve tavsiye etme boyutlarına pozitif yönlü ve oldukça yüksek bir etkiye sahip olduğu saptanmıştır.
Khiabaniyan & Karakadılar (2016).	Marka Sadakati Yaklaşımlarına Etki Eden Öncül Faktörlerin İncelenmesine Yönelik Bir Ampirik Çalışma.	Kişisel bakım ürünleri tüketicileri ile uygulanan bu çalışmanın bulgularına göre; tüketicilerin “markayı algılama” düzeyi, marka sadakatinin oluşması adına o markayı benimseme duygusuyla istatistiki olarak anlamlı bir ilişki içerisinde olmaktadır. Marka sadakatinin, satın alma niyeti davranışı üzerinde, tüketicilerde oluşan memnuniyet duygusunun istatistiki olarak anlamlı bir etkisinin olduğu görülmüştür.
Mezhdinov (2017)	Tüketicinin Markaya Duyduğu Güven ve Marka Sadakati Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma.	Beyaz eşya sektöründe yürütülen bu araştırmanın bulguları neticesinde; marka güveninin, davranışsal marka sadakati üzerinde pozitif bir etkisi vardır.

**Tablo 4. Ulusal Literatürde “Marka Sadakatini Etkileyen Faktörler” Konulu Çalışmalar- devamı**

Araştırmacı	Çalışmanın Adı	Sonuç
Nabiyeva (2019)	Marka Ögelerinin Marka Sadakati Üzerine Etkisi.	Bu çalışmanın bulgularına göre; marka adı ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki vardır. Marka logosu ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki vardır. Marka sloganı ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki vardır. Marka web adresi ile marka sadakati arasında anlamlı bir ilişki vardır.
Halitoğulları (2020)	Marka Aşkı, Marka Sadakati ve Ağızdan Ağıza Pazarlama İlişkisi: THY Örneği	Bu çalışmada marka aşkı, marka sadakati ve ağızdan ağıza pazarlama arasında yüksek düzeyde ve pozitif yönde bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
Sekmen & Arslan (2020)	Marka Deneyiminin Marka İmajı ve Marka Sadakatine Etkisi: Marka İmajının Aracılık Rolü	Marka deneyiminin marka imajı ve marka sadakati üzerinde anlamlı etkilerinin bulunduğu, ayrıca marka deneyiminin marka sadakatine etkisinde marka imajının tam aracılık etkisinin bulunduğu tespit edilmiştir.
Çavuşoğlu & Demirağ (2021)	Müşteri Deneyimi, Müşteri Tatmini ve Müşteri Sadakati Arasındaki İlişkinin İncelenmesi: Hazır Giyim Sektöründe Bir Araştırma	Müşteri deneyiminin duyuşsal, duygusal, düşünsel ve davranışsal boyutlarının müşteri sadakati ile benzer şekilde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Yapılan analizler neticesinde davranışsal boyutun müşteri tatminini; ilişkisel boyutun ise müşteri sadakatini etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır.
Aldırmaz (2021)	Duyusal Markalamanın, Marka Sadakati Üzerine Etkisi: Coca Cola Örneği.	Coca Cola markası ile yapılan bu çalışmanın sonucunda, duyuşsal markalama ile marka sadakati arasında olumlu, orta şiddette ve anlamlı bir ilişki olduğu ortaya konmuştur.
Çelikkol & Bakır (2022)	Müşteri Memnuniyetini Etkileyen Faktörler ve Müşteri Memnuniyetinin Müşteri Sadakati Üzerindeki Etkisi: Bir Vakıf Üniversitesi Yüksek Lisans Öğrencileri Üzerinde Uygulama	Araştırmada, müşteri memnuniyetini etkileyen faktörlerin, müşteri memnuniyeti ile ilişkisi ve ayrıca müşteri memnuniyeti ile müşteri sadakati ilişkisi olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bu bağlamda, müşteri memnuniyeti ile müşteri sadakati ilişkisi test edilerek, müşteri memnuniyeti için vakıf üniversitelerine somut önerilerde bulunmaktadır.
Çevik vd. (2022)	Marka İmajının Marka Sadakatine Etkisi Üzerine Bir Araştırma	Marka sadakati üzerinde marka aşkı, marka güveni ve marka imajının bireysel etkilerinin pozitif olduğu sonucuna varılmıştır. Buna ek olarak, marka sadakatine bu üç değişkenin birlikte etkisi incelendiğinde, marka aşkı ve marka güveninin pozitif, marka imajının ise negatif etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.
Dilek (2023)	Sosyal Medya Pazarlama Faaliyetlerinin Marka Sadakati Üzerine Etkisinde Marka İmajının Aracılık Rolü	Sosyal medya pazarlamasının marka sadakatine etkisinde marka imajının aracılık ettiği olarak saptanmıştır. Ayrıca sosyal medya pazarlama faaliyetleri algılanmasının, katılımcıların demografik özelliklerinden cinsiyet ve eğitim durumuna göre farklılaştığı, marka imajının ve marka sadakatinin de katılımcıların favori marka tercihlerine ve sosyal medyada geçirdikleri süreye göre farklılaştığı tespit edilmiştir.

#### IV. ARAŞTIRMANIN METODOLOJİSİ

Araştırmanın metodolojisi nitel ve nicel araştırma olarak iki kısımdan oluşmaktadır. İlk önce literatür taraması sonucu ortaya çıkarılan ve marka sadakati üzerinde etkisi olan faktörlerden araştırma kavramsal modeline dahil edilecek olanları saptamak amacı ile nitel bir çalışma olan derinlemesine mülakat yöntemi uygulanmıştır. Daha sonra oluşturulan kavramsal modeldeki değişkenler arası ilişkiler nicel bir çalışma ile anket yöntemi kullanılarak 396 hekimden toplanan veri ile test edilmiş ve sonuçları yorumlanmıştır.

#### 4.1. Derinlemesine Mülakatlar

Derinlemesine mülakat yöntemi nitel bir veri toplama tekniği olarak, açık uçlu soruların sorulması, dinlenmesi, cevapların kayıt altına alınması, incelenmesi ve yorumlanmasını mümkün kılmaktadır. Derinlemesine mülakat yöntemi enformel, yapılandırılmamış veya yarı-yapılandırılmış tarzda gerçekleşebilmekte olup, bu çalışmada yarı yapılandırılmış bir açık uçlu mülakat formu soru seti uygulanmıştır. Ek 1’de tam listesi yer alan yarı yapılandırılmış açık uçlu derinlemesine mülakat soruları çalışmanın marka sadakatini etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla uygun olarak ilişkilendirilmiştir. “...Bir Tıbbi Tanıtım Temsilcisinin sizlere yaptığı tanıtım faaliyetleri sizce nasıl olmalıdır, nelere dikkat edilmelidir? En çok tekrar reçetesine yer verdiğiniz ilacı düşündüğünüzde, o ilacın çalışanı ya da firması neyi daha farklı yaparak sizin reçete gücünüzü elde etmiştir?...” “...Bir ürünün pek çok aynı farmasötik formda ve aynı etken maddeye sahip muadilleri varken, spesifik olarak daha ağırlıklı reçetelendiriyor olmanızın sebepleri nelerdir?...” gibi görüşme soruları marka sadakatini oluşturan faktörlerin saptanması amacı ile ilişkili olarak yapılandırılmıştır.

Nitel araştırmalar için örneklem belirlenmesi, araştırmanın geçerlik ve güvenilirliğini etkilediğinden oldukça önem arz etmektedir (Mertens, 2014). Araştırmacının incelediği, hakkında fikir sahibi olmak istediği ve aktif olarak araştırdığı evrenden aldığı ve o evreni temsil ettiğini düşündüğü grup ise nitel örneklem olup, araştırmacının erişim imkânlarına göre belirlenmesi ve araştırmanın bu örneklem üzerinde sürdürülmesi gereklidir (Neuman, 2014; Kothari, 2004). Bu çalışmanın amacı hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörlerin ortaya çıkarılması olarak belirlendiğinden, nitel bölümdeki araştırılan olguyu barındıran evren, ilaç reçetesi yazan hekimler topluluğu, nitel araştırmanın örnekleme ise ilaç reçetelendiren hekim topluluğunu tam olarak yansıtan 5 hekim olarak seçilmiştir. Nitel örneklemin demografik dağılımı Pediatri, Dahiliye, Göğüs Hastalıkları ve Aile Hekimliği alanlarında çalışan ve düzenli olarak ilaç reçetelendiren 2 erkek, 3 kadın hekim olarak yapılandırılmış olup, derinlemesine mülakat uygulanma süreci 2021 Aralık ile 2022 Ocak ayları arasında tamamlanmıştır. Derinlemesine mülakatlar hekimlerin mesai saatleri dışında öğle aralığı döneminde 18 ile 40 dakika arasında süreler zarfında tamamlanmış olup, toplam görüşme süresi 142 dakika, ortalama görüşme süresi ise 28 dakika olarak gerçekleşmiştir.

Nitel araştırmalarda büyük gruplar yerine, araştırmanın amaçlarını tam olarak karşılayan, detaylı veri sunabilecek örneklemlerin belirlenmesi gereklidir (Coyne, 1997). Az sayıda örneklemden sağlanan verilerin derinliği, bir ölçüde araştırmacının tecrübesini gerektirmektedir (Patton, 2005). Bu çalışmada derinlemesine mülakat süreci ilaç sektöründe dört yıl çalışma tecrübesi bulunan deneyimli araştırmacı tarafından yürütülmüş, görüşmeler sırasında araştırmanın amacına uygun olarak toplanan bulgular ve aktarılan 14 sayfalık transkript sektörel bilgi ve tecrübe ışığında yorumlanarak çalışmanın nicel kısmında araştırma modeline yansıtılmıştır.

##### 4.1.1. Mülakat Yapılan Katılımcıların Profilleri

Görüşülen katılımcıların bilgileri Tablo 5’te özetlenmiştir.

**Tablo 5. Katılımcıların Bilgileri**

Hekimler	1.	2.	3.	4.	5.
Cinsiyet	Erkek	Erkek	Kadın	Kadın	Kadın
Yaş	38	45	39	34	33
Çalışma Yılı	12	20	15	7	8
Uzmanlık	Aile Hekimi	Pediatri	Dahiliye	Aile Hekimi	Göğüs Hastalıkları

##### 4.1.2 Derinlemesine Mülakat Bulgularının Literatür ile Karşılaştırılması

Çalışmanın literatür bölümünde marka sadakatini etkileyen faktörler detaylı şekilde araştırılmıştır. Bu açıdan bakıldığında farklı sektörlerde yapılan pek çok çalışmanın detayları göz önünde

bulundurulduğunda marka güveni, marka imajı, marka çağrışımları, algılanan kalite, marka bilinirliği, marka tatmini, müşteri memnuniyeti gibi çeşitli faktörlerin marka sadakatine etki ettiği görülmekte ancak ilaç sektörü özelinde literatüre bakıldığında özellikle hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörlere dair yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu sebeple kavramsal modeli oluşturmadan önce çalışmanın geneline ve önerilen modeline ışık tutması açısından uygulanan derinlemesine mülakat görüşmeleri önemli katkı sağlamıştır.

Derinlemesine mülakat bulgularına bakıldığında özellikle marka güveni vurgusunun ön planda olduğu, hekimlerin ilaç firmalarından en önemli beklentisinin medikal verinin AR-GE ve klinik çalışmalarla elde edilmiş olması olduğu görülmektedir. Hekim katılımcılar marka güveninin önemini mülakatlar esnasında vurgulamaktadır.

“...Güvenilirlik gerçekten çok önemli. Bir ilaç firmasının güvenilirliği klinik çalışmalar ile desteklediği ilaçların yanı sıra sahada da aynı etkiyi devam ettirebilmesi ile kanıtlanır. Doğru medikal bilgi aktaran, düzenli ziyaretler veren bir temsilciyi güven bakımından diğerlerine göre farklılaştırır...”

“...Klinik çalışmanın kapsadığı hasta grupları benim için önemlidir, bu sebeple klinik çalışmaların ve medikal bilgilerin doğru aktarılması gerekir...”

“...Yeterli ve öz medikal bilgiyi paylaşabilen, düzenli ziyaret veren ve klinik çalışmalar ile destekleyen profesyonel bakış açısına sahip firmalar daha güvenli gelmektedir...”

“...Sunulan klinik çalışmalar, firmaya ve çalışana karşı duyulan güven gibi faktörler zemin hazırlar...”

Bununla beraber firmanın çalışma stratejileri, yaklaşım tarzı, medikal ve sosyal anlamda hekimler açısından gerekli yetkinliğe sahip bir saha kadrosu ile çalışıyor olmasının hekimlerin o ilaç markasına yönelik algıladığı kaliteyi etkilediği hekimlerin derinlemesine mülakat yanıtlarından anlaşılmaktadır.

“...Senelerdir ziyarete gelen ve aynı ölçüde çalışmalarını devam ettiren tıbbi tanıtım temsilcisi arkadaşlarım var. İstikrarlı ziyaretler ve çalışan kişinin değişmiyor olması önem taşıyor...”

“...Medikal içerikli bir sohbet edebilmem için çalışan arkadaşımın medikal bilgisinden emin olmam gerekir bunun için de güven oluşması şartı vardır. Uzun zamandır çalışan temsilcilerin arasında sosyal diyalog geliştirdiklerim de var.”

“...Poliklinik ortamı çok yoğun olduğu için genellikle sohbet edecek vakit bulamayız fakat sunumlarda, toplantılarda medikal sohbetlere dahil olmak benim açımdan önemlidir...”

“...Firma çalışmasının düzenli ve etkin çalışıyor olması çok önemlidir. Bazı temsilci arkadaşların geldiği gün ve saat bile değişmez ve böyle bir durumda güven artıyor...”

“...Medikal açıdan hap bilgiyi içeriyor olması çok önemlidir. Yoğun olduğum bir süreçte fazla detay içeren medikal bilgiler dikkat dağınıklığına yol açabiliyor. Tekrar eden reçetelerimde yer verdiğim durumlarda düzenli ziyaretle birlikte sadece gerekli bilgilerin aktarılıyor olması önemli hale geliyor...”

“...Yeterli ve öz medikal bilgiyi paylaşabilen, düzenli ziyaret veren ve klinik çalışmalar ile destekleyen profesyonel bakış açısına sahip firmalar daha güvenli gelmektedir...”

“...Etkinlik ve güvenilirlik açısından bir fark olmayan, aynı etken maddedeki ilaçlarda spesifik tercihlerimin sebebi genelde firma çalışmasının düzenli ziyaretleri, firmanın kongre ve medikal içerikli toplantı davetleri gibi durumlar olabiliyor...”

“...Bazen tanıtım için gelen bir arkadaş uzun zaman tekrar gelmeyebiliyor ya da bir kişinin firmadan ayrıldığından haberimiz olmadan yeni bir kişi onun yerine tanıtım için gelebiliyor. Bu gibi durumları hoş bulmuyorum ve dürüstlük oldukça önemli...”

Son olarak hekimlerin özellikle hastalarında tekrar reçete etme oranına neyin etki ettiği incelendiğinde, hastalarına reçete ettikleri ilaçların pozitif geri dönüşlerinin büyük öneme sahip olduğu görülmektedir. Mülakat bulgularında zincirleme olarak önce hasta memnuniyetinin ve hasta pozitif geri dönüşünün hekimlerin ilaç firmalarına karşı duydukları memnuniyeti etkilediği, sonrasında hekimlerin memnuniyetinin ise marka sadakatini etkilediği saptanmıştır. Bu açıdan bakıldığında ise ilaç firmalarının en önemli müşterileri olarak kabul gören hekimlerin marka sadakatinin oluşmasında, önce hasta memnuniyeti, sonrasında da hasta memnuniyetinin sebep olduğu müşteri konumunda bulunan hekimlerin memnuniyetinin önemli bir yere sahip olduğu söylenebilir. Derinlemesine mülakat sorularında bu zincir etkinin saptanmasına yönelik “Reçete tercihlerinizi etkileyen ve bu tercihlerin tekrarlanmasını sağlayan gelecekte tekrar ve daha fazla miktarlarda reçete etmenize zemin hazırlayan koşulları düşündüğünüzde en önemli etmenler nelerdir?” gibi sorular yapılandırılmış olup, alınan kapsamlı cevaplar incelendiğinde etkileşim belirlenmiştir. Sonrasında oluşturulan araştırma modelinde hekimlerin müşteri olarak memnuniyetinin marka sadakatini etkileyen önemli bir boyut olarak yer almasına karar verilmiştir.

“...Aslında önermekten ziyade reçete ediyorum çünkü hastalar memnun kalırsa zaten aynı ilacı tekrar istiyor. Burada önemli faktör moleküle ve firmaya güvenmekle beraber kendi hastalarındaki deneyimlerimdir...”

“...Muhtemelen eczanelerin alımı, faydanın ağızdan ağıza yayılması gibi durumlarda olabilir. Bazen hastalar kutunun rengini tarif ederek bile daha önce kullandığı ilaçta ısrarcı olabiliyor...”

“...O ilacı kullanıldığı endikasyon dahilinde düzenli olarak tercih etmemin en önemli sebebi ilaca ve ilaç ile alakalı yapılan çalışmalara duyduğum güvendir. Bunun dışında klinik deneyimlerim, kendi hastalarımın aldığı geri dönüşlerde çok önemlidir. Tavsiye etkisinden ziyade, hastalarımın geri dönüşleri önemli oluyor. Hastalarımın olumlu geri dönüş aldysam, herhangi yan etki geri dönüşü almadysam ve güvenilirliğinden eminsem çok sık olmamakla beraber hekim arkadaşlarıma da sohbet esnasında tavsiye edebilirim...”

“...Daha önce de belirttiğim gibi spesifik olarak tercih etmeye devam ettiğim ilaçlar var. Mesela bazı ilaçları asistanlık dönemimdeki hocalarımın tavsiyeleri ile hala yazmaya devam ederim...”

“...Kongre ve benzeri toplantılarda önemli hekimlerin tercih ve önerilerini dikkate alırım. Diğer hekimlere tavsiye etmek pek yaptığım ve doğru bulduğum bir durum değil fakat güvendiğim ve etkisini bildiğim ilaçları diğer hastalarımın da reçete ediyorum...”

“...İlerleyen durumlarda aynı ilacı tekrar tercih etmemdeki en büyük sebep hastalarımın gördüğü faydadır...”

Derinlemesine mülakat soruları arasında yer alan ilaçların etken maddeleri, reçetelendirme sebeplerini içeren sorular ve bunlara verilen cevaplar içinde ilaçların kalitesi, hasta memnuniyeti ve klinik çalışmalarla desteklenmeleri gibi olguların yer alması ilaçların hekimler tarafından algılanan kalitesinin marka sadakatine etki edebileceğine işaret etmektedir. Bu bulgular araştırma modelinde algılanan kalite boyutunun yer almasına karar verilmesine yol açmıştır.

“...O ilacın kullanıldığı endikasyon dahilinde düzenli olarak tercih etmemin en önemli sebebi ilaca ve ilaç ile alakalı yapılan çalışmalara duyduğum güvendir...”

“...İlacı destekleyen klinik çalışmanın hasta grubu benim hasta grubumla uyumluysa bu önemli bir faktördür. Bunun dışında semptom, tahlil ve tetkiklerin sonuçlarına göre etkisinden emin olduğum ilaçları daha fazla tercih ederim...”

Tüm bu bulgular ve hekimlerin mülakat paylaşımları neticesinde, literatür bilgi altyapısı da göz önüne alınarak, kavramsal araştırma modelinde marka sadakatine en önemli etki eden üç boyut olarak marka güveni, müşteri memnuniyeti ve algılanan kalite boyutlarının seçilmesine ve bu üç boyutun marka sadakatine olan etkilerinin araştırılmasına karar verilmiştir.

Derinlemesine mülakat soruları arasında yer alan “Türkiye’de yerli ve global ilaç firma çalışanlarının arasında farklılıklar gözlemliyor musunuz? Sizin için bu farklılıkların temel sebepleri nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlar hekimlerin marka sadakatini etkileme açısından global firmaların daha aktif olarak algılandıklarına dair bulgulara işaret etmiştir.

“...Global ilaç firmaları daha fazla medikal toplantı, aktarım gibi organizasyonlarda bulunuyor...”

“...Genellikle yabancı ilaç firmalarının çalışanları diğerlerine göre daha uzun yıllardır çalışıyor...”

Bu sebeple araştırma modeline dayalı kurulan hipotezler arasında yerli ve global ilaç firmaları arasındaki farklılıkların da araştırılmasına karar verilmiştir. Ayrıca hekimlerin çalıştıkları hastane türü grubuna göre ilaç firmalarının pazarlama stratejileri değişiklik gösterdiğinden; marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati boyutlarının hastane türlerine göre farklılığının da incelenmesine karar verilmiştir.

#### **4.2. Araştırmanın Kavramsal Modeli**

Bu araştırmanın amacı ilaç firmalarının pazarlama faaliyetlerinin odağında yer alan ve kilit müşterileri olan hekimlerin marka sadakatinin oluşmasını etkileyen faktörlerin araştırılmasıdır. Bu doğrultuda bakıldığında araştırmanın literatür kısmında marka sadakatini etkilemesi muhtemel çeşitli faktörlere yer verilmesinin yanı sıra bunların içinde marka güveni, algılanan kalite ve müşteri memnuniyeti kavramlarının literatür taramasında ve hekimlerle yapılan derinlemesine mülakatlar neticesinde ön plana çıktığı görülmüştür.

Çalışmanın belirlenen amacı doğrultusunda marka yönetimi literatürüne ve ilaç sektöründeki pazarlama faaliyetlerine önemli katkılar sağlaması beklenen araştırma sorularına cevaplar aranmıştır. Bu sorular;

Marka güveni, müşteri memnuniyeti, markanın algılanan kalitesinin hekimlerin ilaç sektöründeki marka sadakatine etkileri ne ölçüdedir?

Marka güveni, müşteri memnuniyeti, markanın algılanan kalitesi yerli ve global ilaç firmalarına göre ne ölçüde farklılaşmaktadır?

Marka sadakati, yerli ve global ilaç firmalarına göre ne ölçüde farklılaşmaktadır?

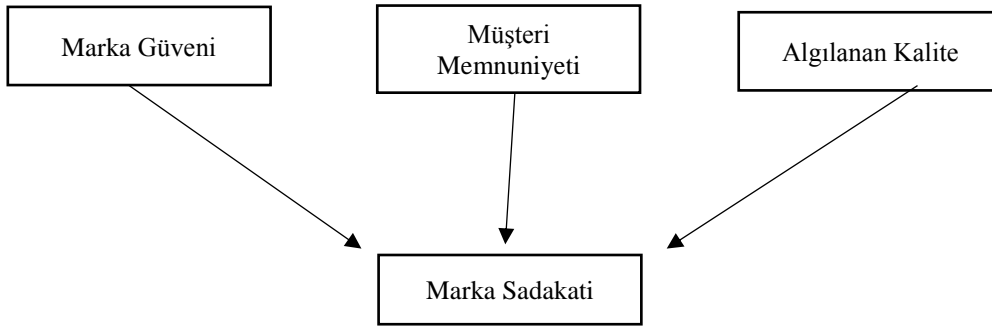
Marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati algıları hekimlerin çalıştığı hastane türü grubuna göre nasıl farklılıklar göstermektedir?

Kavramsal model oluşturulurken ilaç sektörünün dinamikleri göz önünde bulundurularak, literatür taramalarında bahsedilen kapsamlı araştırmaların analiz ve bulgularından yararlanılmıştır. Müşteri memnuniyeti arttıkça marka sadakati artmaktadır (Doksanoğlu, 2021). Algılanan kalite ve müşteri memnuniyeti kavramları marka sadakatini etkileyen öncül faktörler olarak literatürde yer almıştır (Khibanian ve Karakadılar, 2016). Marka güveni kavramının, davranışsal marka sadakati üzerinde doğrudan ve güçlü bir etkisi bulunmaktadır (Eren ve Erge, 2017). Önerilen kavramsal modelde yer alan

bu üç boyutun her birinin hekimlerin marka sadakatini hangi ölçüde etkilediği analiz edilmesine karar verilmiştir.

Aynı zamanda sektörde yer alan ilaç firmalarının yerli ilaç firmaları ve global ilaç firmaları olarak ayrılması ve bu ayrılığın sektördeki tanıtım ve pazarlama faaliyetlerine bir imaj olarak yansıtılması sebebi ile, hekimlerin algılarının yerli ve global ilaç firmalarına göre değişiklik gösterip göstermediğinin de araştırılması planlanmıştır. Ayrıca deneyimli bir ilaç sektörü çalışanı olan araştırmacının tecrübeleri doğrultusunda, marka sadakatini etkileyen boyutların hekimlerin çalıştığı hastane türüne göre de farklılık gösterebileceği varsayımının test edilmesine karar verilmiştir. Şekil 3’de araştırmanın önerilen kavramsal modeli gösterilmiştir.

### Şekil 3. Araştırmanın Kavramsal Modeli



Kavramsal modelde yer alan değişkenlerin ölçekleri oluşturulurken; Delgado ve Ballester (2004)’in güvenilirlik ve niyet olarak toplam 8 sorudan oluşan marka güveni ölçeğinden, Cronin, Brady ve Hulth (2000) tarafından oluşturulan müşteri memnuniyeti ölçeği, Erciş vd (2013) tarafından oluşturulan algılanan kalite ölçeği ve Pinar vd (2012)’de oluşturulan marka sadakati ölçeklerinden yararlanılmıştır. Ölçekler Tablo 6’da gösterilmiştir.

**Tablo 6. Kavramsal Modeldeki Değişkenlerin Ölçeklerine Ait İfadeler**

Ölçek	İfadeler
Marka Güveni	X markası memnuniyetimi garanti eder. X markası beni asla hayal kırıklığına uğratmayan bir markadır. X markasına güven duyuyorum. X markası benim beklentilerimi karşılayan bir markadır. X markasına sorun çözme konusunda güvenebilirim. X markası endişelerimi gidermede dürüst ve samimidir. X markası beni memnun etmek için her türlü çabayı gösterir. X markası ürünle ilgili bir problem olduğunda bir şekilde telafi eder.
Müşteri memnuniyeti	Bu hizmeti satın alma kararım akıllıcadır. Bu hizmeti satın alarak doğru yaptığımı düşünürüm. Bu hizmetin imkanları, tam olarak ihtiyaç duyulan şeyleri içermektedir.
Algılanan Kalite	X markasının pazardaki en iyi kaliteye sahip olduğu bir gerçektir. Yüksek kaliteli bir marka tercih etmek istediğimde bu markaya her zaman güvenirim. X markasının kalitesi çok yüksektir. X markasının kalitesi beklentilerime uygundur.
Marka Sadakati	X markası benim ilk tercihimdir. X markasını sürekli kullanırım. X markasını başkalarına tavsiye ederim. Kendimi X markasına sadık olarak görürüm. X markasını tercih etmekten gurur duyuyorum.



### 4.3. Araştırmanın Örnekleme ve Veri Toplama Yöntemi

Araştırmanın nicel kısmının anakütlesini Türkiye’de uzmanlıklarda ve aile hekimliklerinde görev yapmakta olan hekimler oluşturmaktadır. Yükselen (2019) formülü baz alınarak tespit edilen minimum 384 örneklem büyüklüğüne uygun olarak, 396 hekim grubu üzerinde literatürde güvenilirliği test edilmiş ölçeklerden oluşan anket yöntemi ile veri toplanmıştır. Örnek seçiminde ise tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden kolayda örnekleme yöntemi uygulanmıştır. Anket yöntemi ile veri toplama öncesinde, çalışmanın dayandığı “İlaç Sektöründe Hekimlerin Marka Sadakatini Etkileyen Faktörler” başlıklı yüksek lisans tezi kapsamında Beykent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler İçin Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan 11.05.2022 tarih ve 221 sayı ile izin alınmıştır. Yükseköğretim Kurulu tarafından 19.01.2021 tarihli “Lisansüstü Tezlerin Elektronik Ortamda Toplanması, Düzenlenmesi ve Erişime Açılmasına İlişkin Yönerge” ile bildirilen 6689 Sayılı Kişisel Verileri Koruma Kanunu kapsamında gizlenmiştir.

### 4.4. Araştırmanın Hipotezleri

Çalışmanın amacı ve önemine uygun olarak belirlenen hipotezler:

- H1: Marka güveninin, marka sadakati üzerinde olumlu bir etkisi vardır.
- H2: Müşteri memnuniyetinin, marka sadakati üzerinde olumlu bir etkisi vardır.
- H3: Algılanan kalitenin, marka sadakati üzerinde olumlu bir etkisi vardır.
- H4: Marka güveni (H4a), müşteri memnuniyeti (H4b) ve markanın algılanan kalitesi (H4c), marka sadakatini olumlu yönde etkilemektedir.
- H5: Marka güveni yerli ve global ilaç firmalarına göre farklılık gösterir.
- H6: Müşteri memnuniyeti, yerli ve global ilaç firmalarına göre farklılık gösterir.
- H7: Algılanan kalite, yerli ve global ilaç firmalarına göre farklılık gösterir.
- H8: Marka sadakati, yerli ve global ilaç firmalarına göre farklılık gösterir.
- H9: Marka güveni, hekimlerin çalıştığı hastane türü grubuna göre farklılık gösterir.
- H10: Müşteri memnuniyeti, hekimlerin çalıştığı hastane türü grubuna göre farklılık gösterir.
- H11: Algılanan kalite, hekimlerin çalıştığı hastane türü grubuna göre farklılık gösterir.
- H12: Marka sadakati, hekimlerin çalıştığı hastane türü grubuna göre farklılık gösterir.

### 4.5 Araştırmanın Veri Analiz Yöntemi

Araştırma kapsamında elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 24 programı kullanılarak, Frekans, Faktör, Cronbach, Regresyon, T-test ve Anova testleri ile analiz edilmiştir.

## V. ARAŞTIRMANIN BULGULARI

### 5.1 Örnekleme Tanımlayıcı Bilgiler

Araştırma kapsamında İstanbul ilinde çalışmakta olan uzman ve pratisyen toplam 396 hekimden anket toplanmış olup, sosyo-demografik bilgilerine göre frekans analizleri uygulanmıştır. Hekimlerin cinsiyetlerine göre dağılımları incelendiğinde; %54,5’inin kadın, %45,5’inin erkek olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin yaşlarına göre dağılımları incelendiğinde; %21,7’sinin 20-30 yaş, %52,3’ünün 31-40 yaş, %26,0’ının 41 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin mesleki tecrübelerine göre dağılımları incelendiğinde; hekimlerin %24,0’ının mesleki tecrübeleri 1-5 yıl, %32,8’inin 11-15 yıl, %22,2’sinin 16 yıl veya üzeri olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin uzmanlık alanlarına göre dağılımları incelendiğinde; uzmanlık alanlarına göre dağılımlarının %21,7’sinin aile hekimi, %17,2’sinin pratisyen hekim, %15,4’ünün pediatri, %12,4’ünün dâhiliye, %6,3’ünün kadın doğum, %6,1’inin ortopedi, %4,8’inin FTR, %4,8’inin göğüs hastalıkları, %4,3’ünün KBB ve %7,0’ının diğer alanlar olduğu belirlenmiştir. Hekimlerin çalıştıkları devlet-özel kurum türü göre dağılımları incelendiğinde; hekimlerinin %26,0’ının özel kurum, %74,0’ının kamu

kurumunda çalıştığı belirlenmiştir. Hekimlerin çalıştıkları kurum türüne göre dağılımları incelendiğinde; hekimlerin %25,5'inin özel hastanede, %29,8'inin devlet hastanesinde, %21,7'sinin aile sağlığı merkezinde, %13,1'inin EAH ve %9,8'i diğer kurumlarda çalıştığı belirlenmiştir. Hekimlerin reçete kestikleri firmanın yerli-global ayrımına göre dağılımları incelendiğinde; %58,8'inin yerli, %41,2'sinin global firmaya reçete kestikleri belirlenmiştir. Hekimlerin reçetelerinde yer verdiği firma türüne göre dağılımları incelendiğinde; hekimlerin reçetede tercih ettikleri ilaç firmasının %17,9'unun GSK, %7,1'inin Novartis, %6,8'inin Abbott, %6,1'inin Sanofi, %29,0'ının Abdi İbrahim, %7,8'inin Nobel, %1,8'inin Santa Farma, %19,4'ünün Bilim, %4,0'ının diğer firmalara reçete kestikleri belirlenmiştir.

## 5.2 Açıklayıcı Faktör Analizi ve Güvenilirlik Testi

Araştırmada kullanılan ölçeğin faktör analizine ait KMO ve Bartlett analizi sonucu, Tablo 7'de yer almaktadır.

**Tablo 7. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Faktör Analizi Sonrası Ait KMO ve Bartlett Analizi Sonucu**

<b>KMO</b>		0,910
<b>Bartlett</b>	Ki-kare Değeri ( $\chi^2$ )	4528,885
	Serbestlik Derecesi (df)	190
	Anlamlılık Değeri (p)	0,001

Bartlett testinin P değeri  $0,001 < 0,05$  olduğundan değişkenlerimiz arasında faktör analizi yapmaya yeterli düzeyde ilişki olup, benzer şekilde KMO değeri 0,80 ve yukarısı olan 0,910 olarak değişkenlerin faktör analizine uygunluğunun mükemmel seviyede olduğunu göstermektedir. SPSS Analiz sonuçlarında MSA (Measures of Sampling Adequacy) değerleri incelenmiş ve 0,50 den az olup analizden çıkarılması gereken sorunun olmadığı saptanmıştır.

**Tablo 8. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Öz Değerleri ve Açıkladıkları Varyans Düzeyleri**

Faktörler	Başlangıç Öz değerleri			Varimax (Döndürme) Sonrası Yüklerin Kareler Toplamı		
	Toplam	Varyans%	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %
<b>1</b>	8,698	43,490	43,490	3,983	19,916	19,916
<b>2</b>	1,791	8,956	54,446	3,633	18,167	38,083
<b>3</b>	1,355	6,776	59,222	3,083	15,414	53,497
<b>4</b>	1,056	5,281	64,504	2,201	11,006	64,504

Birinci faktör tek başına ölçeğin %19,916'sını, ikinci faktör tek başına ölçeğin %18,167'sini, üçüncü faktör tek başına ölçeğin %15,414'ünün, dördüncü faktör tek başına ölçeğin %11,006'sını açıklamaktadır. Bu 4 faktör tamamı ise ölçeğin %64,504'ünü açıklamaktadır. Araştırmanın faktör analizinde oluşan dört boyutlu önerilen modelin boyutlarına ilişkin güvenilirlik analizi Cronbach Alpha modeli ile yapılmıştır. Marka Güveni, Müşteri Memnuniyeti ve Algılanan Kalite ile Marka Sadakati boyutları ayrı ayrı Cronbach's Alpha analizi ile güvenilirlik testine tabi tutulmuştur. Yapılan bu test sonucunda tüm boyutlar 0,800 üzerinde geçerli güvenilirlik değeri almıştır.

**Tablo 9. Araştırmada Kullanılan Ölçeğin Maddelerine Ait Faktör Yük Değerleri**

Maddeler	Faktörler				Güvenirlilik
	1	2	3	4	
Bu ilaç markası memnuniyetimi garanti eder.	0,707				<b>0,873</b>
Bu ilaç markası, beni asla hayal kırıklığına uğratmayan bir markadır.	0,675				
Bu ilaç markasına güven duyuyorum.	0,651				
Bu ilaç markası, benim beklentilerimi karşılayan bir markadır.	0,658				
Bu ilaç markasına, sorun çözme konusunda güvenebilirim.	0,613				
Bu ilaç markası, endişelerimi gidermede dürüst ve samimidir.	0,686				
Bu ilaç markası, beni memnun etmek için çaba gösterir.	0,644				
Bu ilaç markası, ürünle ilgili olası problemleri giderir.	0,634				
Bu ilaç markasını tercih etme kararım akıllıcadır.				0,729	<b>0,739</b>
Bu ilaç markasını tercih ederek, doğru olanı yaptığımı düşünürüm.				0,801	
Bu ilaç markasının çalışmaları, tam olarak ihtiyaç duyulan şeyleri içermektedir.				0,456	
Bu ilaç markasının, pazardaki en iyi kaliteye sahip olduğu bir gerçektir.			0,655		<b>0,863</b>
Yüksek kaliteli bir marka tercih etmek istediğimde, bu ilaç markasına daima güvenirim.			0,763		
Bu ilaç markasının kalitesi çok yüksektir.			0,802		
Bu ilaç markasının kalitesi beklentilerime uygundur.			0,672		
Bu ilaç markası, benim ilk tercihimdir.		0,661			<b>0,891</b>
Bu ilaç markasını sürekli tercih ederim.		0,745			
Bu ilaç markasını, diğer meslektaşlarıma tavsiye ederim.		0,735			
Kendimi bu ilaç markasına sadık olarak görürüm.		0,801			
Bu ilaç markasını tercih etmekten gurur duyarım.		0,790			

### 5.3. Regresyon, T-Test ve Anova Analizleri

Araştırmanın ilk üç hipotezinde yer alan her bir kavram için bağımlı değişken üzerindeki etkiyi saptayabilmek için ayrı ayrı regresyon analizi yapılmıştır.

**Tablo 10. Marka Güveni Düzeylerinin Marka Sadakati Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişken	$\beta$	Standart Hata	t	p
Sabit	0,643	0,232	2,773	0,006**
Marka Güveni	0,797	0,057	13,964	0,001**
**p<0,01 R <sup>2</sup> =0,331; F=194,991, p=0,001** Durbin Watson= 2,044 Bağımsız: Marka Güveni, Bağımlı: Marka Sadakati				

Marka güveninin (t=13,64; p=0,000; p<0,01) marka sadakati üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu %99 güven düzeyinde belirlenmiştir. Marka güveninin tek başına marka sadakatinin %33,1 oranında açıkladığı belirlenmiştir (Düzeltilmiş R<sup>2</sup> =0,3).

**Tablo 11. Müşteri Memnuniyeti Düzeylerinin Marka Sadakati Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişken	B	Standart Hata	t	P
Sabit	0,718	0,239	3,008	0,003**
Müşteri Memnuniyeti	0,764	0,058	13,25	0,001**
**p<0,01 R <sup>2</sup> =0,308; F=175,691, p=0,001** Durbin Watson= 1,970 Bağımsız: Müşteri Memnuniyeti, Bağımlı: Marka Sadakati				

Müşteri memnuniyetinin (t=13,25; p=0,001; p<0,01) marka sadakati üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu %99 güven düzeyinde belirlenmiştir. Müşteri memnuniyetinin tek başına marka sadakatının %30,8 oranında açıkladığı belirlenmiştir (Düzeltilmiş R<sup>2</sup> =0,30).

**Tablo 12. Algılanan Kalite Düzeylerinin Marka Sadakati Üzerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişken	B	Standart Hata	T	p
Sabit	1,020	0,180	5,651	0,001**
Algılanan Kalite	0,710	0,045	15,89	0,001**
**p<0,01 R <sup>2</sup> =0,391; F=252,507, p=0,001** Durbin Watson= 1,928 Bağımsız: Algılanan Kalite, Bağımlı: Marka Sadakati				

Algılanan kalitenin (t=15,89; p=0,001; p<0,01) marka sadakati üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu %99 güven düzeyinde belirlenmiştir. Algılanan kalitenin tek başına marka sadakatının %39,1 oranında açıkladığı belirlenmiştir (Düzeltilmiş R<sup>2</sup> =0,389).

Araştırma modelinde marka güveni, müşteri memnuniyeti ve algılanan kalite bağımsız değişkenlerinin marka sadakati üzerindeki pozitif etkinin varlığının incelenmesinde, bağımsız değişkenlerin birden fazla olmasından dolayı çoklu regresyon da uygulanmıştır.

**Tablo 13. Marka Güveni Müşteri Memnuniyeti Algılanan Kalite Düzeylerinin Marka Sadakati Üzerine Olumlu Etkisine İlişkin Çoklu Regresyon Analizi Sonuçları**

Değişken	β	Standart Hata	Standart Katsayılar	t	p	Tolerance	VIF
Sabit	-0,400	0,234		-1,710	0,088		
Marka Güveni	0,379	0,063	0,274	6,025	0,001**	0,631	1,585
Müşteri Memnuniyeti	0,272	0,065	0,198	4,184	0,001**	0,585	1,711
Algılanan Kalite	0,403	0,055	0,355	7,365	0,001**	0,563	1,778
**p<0,01 Düzeltilmiş R <sup>2</sup> =0,485; R <sup>2</sup> = 0,489 F=124,969, p=0,001** Durbin Watson= 2,056 Bağımsız: Marka Güveni, Müşteri Memnuniyeti, Algılanan Kalite Bağımlı: Marka Sadakati							

Marka güveninin ( $t=6,025$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ), müşteri memnuniyetinin ( $t=4,184$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) ve algılanan kalitenin ( $t=7,365$ ;  $p=0,001$ ;  $p<0,01$ ) marka sadakati üzerinde anlamlı bir etkisi olduğu %99 güven düzeyinde belirlenmiştir. Bağımsız değişkenlerin 3'ünün marka sadakatini %48,5 oranında açıkladığı belirlenmiştir ( $R^2 =0,485$ ). Standart Katsayılar sütununda bulunan katsayılardan en büyük olanı, bağımsız değişkenler arasında en önemli olanıdır. Bu sebeple marka sadakatini en fazla etkileyen boyutun algılanan kalite olduğu, sonraki boyutların sırasıyla marka güveni ve müşteri memnuniyeti olduğu açıklanmıştır.

Araştırmanın H5, H6, H7, ve H8 hipotezlerine istinaden; marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati algılarının yerli ve global ilaç firması faaliyetlerine göre değişiklik gösterip göstermediğini anlamak amaçlı t test uygulanmıştır.

**Tablo 14. Hekimlerin Marka Güveni Müşteri Memnuniyeti Algılanan Kalite ve Marka Sadakatinin Firma Türüne Göre Farkını Gösteren Bağımsız Örneklem T-testi Sonuçları**

Alt Boyutlar	Firma Türü	N	$\bar{X}$	s.s	t	sd	p
Marka Güveni	Yerli	233	4,05	0,50	0,684	394	0,495
	Global	163	4,01	0,47			
Müşteri Memnuniyeti	Yerli	233	4,14	0,45	1,292	394	0,197
	Global	163	4,07	0,54			
Algılanan Kalite	Yerli	233	4,00	0,61	0,195	394	0,845
	Global	163	3,99	0,57			
Marka Sadakati	Yerli	233	3,90	0,69	1,422	394	0,156
	Global	163	3,80	0,64			

Hekimlerin marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati düzeylerinin reçetelerinde daha fazla yer verdikleri firma türü grupları için farklılaşmaları durumlarının tespiti için yapılan t-testi sonucunda, katılımcıların marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati düzeyleri reçete tercihleri yerli ve global firma grupları için farklılaşmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ). Araştırmanın son dört hipotezi kapsamında; hekimlerin marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati düzeylerinin görev yapılan hastane türü grubuna göre farklılaşması durumunun araştırılması için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) uygulanmıştır.

**Tablo 15. Hekimlerin Marka Güveni Müşteri Memnuniyeti Algılanan Kalite ve Marka Sadakatının Görev Yapılan Hastane Türüne Göre Farkını Gösteren ANOVA Test Sonuçları**

Alt Boyutlar	Hastane Türü	N	$\bar{X}$	s.s	F	p	Scheffe
Marka Güveni	Özel Hastane	101	4,08	0,38	7,206	<b>0,001**</b>	(3-1) (3-2)
	Devlet Hastanesi	118	4,19	0,44			
	Aile Sağlık Merkezi	86	3,88	0,58			
	EAH	52	3,93	0,50			
	Diğer	39	3,91	0,46			
Müşteri Memnuniyeti	Özel Hastane	101	4,15	0,48	3,240	<b>0,012*</b>	(4-1) (4-2)
	Devlet Hastanesi	118	4,21	0,44			
	Aile Sağlık Merkezi	86	4,07	0,54			
	EAH	52	3,95	0,50			
	Diğer	39	4,02	0,46			
Algılanan Kalite	Özel Hastane	101	4,04	0,54	4,503	<b>0,001**</b>	(4-1) (4-2) (4-3)
	Devlet Hastanesi	118	4,13	0,54			
	Aile Sağlık Merkezi	86	3,95	0,55			
	EAH	52	3,75	0,80			
	Diğer	39	3,90	0,53			
Marka Sadakati	Özel Hastane	101	3,85	0,59	3,937	<b>0,004**</b>	(2-1) (2-3) (2-4) (2-5)
	Devlet Hastanesi	118	4,04	0,64			
	Aile Sağlık Merkezi	86	3,76	0,78			
	EAH	52	3,78	0,62			
	Diğer	39	3,64	0,66			

\*\*p&lt;0,01 \*p&lt;0,05

Hekimlerin marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati düzeylerinin görev yapılan hastane türü grupları için farklılaşmaları durumlarının tespiti için yapılan Anova testi sonucunda, katılımcıların marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati düzeyleri görev yaptıkları hastane grupları için farklılaşmaktadır (p<0,01; p<0,05).

Ortalamalar incelendiğinde marka güveni kavramı, aile sağlık merkezi ve devlet hastanesi hekimleri için farklılaşmakta olup, devlet hastanesindeki hekimler (ort=4,1) için aile sağlık merkezinden (ort=3,8) daha yüksek olduğu görülmüştür. Müşteri memnuniyeti kavramı, EAH ve devlet hastanesinde hekimler için farklılaşmakta olup, devlet hastanesinde hekimler (ort=4,2) için EAH hekimlerinden (ort=3,94) daha yüksek olduğu görülmüştür. Algılanan kalite algıları EAH ve devlet hastanesinde görev yapan hekimler için farklılaşmakta olup, devlet hastanesi hekimlerinin (ort=4,1) EAH hekimlerine (ort= 3,75) göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Marka sadakati düzeylerinin devlet hastanesi ve diğer gruptaki hekimler için farklılaştığı görülmüş ve devlet hastanesi hekimleri için (ort=4,03) diğer gruba (ort= 3,63) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Burada diğer olarak belirtilen grubun içinde; şehir hastanesi, üniversite hastanesi ve il sağlık biriminde çalışan hekimler grubu yer almaktadır. Bu hekimlerin, diğer grubunun içinde yer almasının temel sebebi, bu kurumlarda reçetenin dağılmaya yatkın olması sebebi ile bölge bazlı satışa dönüşmesinin zorluğu ve bunun beraberinde yine bu kurumlardaki hekimlerin poliklinik saat ve günlerinin değişkenliğinden kaynaklı tanıtım faaliyetleri açısından erişimin zor olmasıdır.

## VI. ARAŞTIRMA BULGULARININ YORUMU

### 6.1 Araştırma Hipotezlerinin Sonuçları

Tablo 16'da sunulduğu üzere, yapılan tüm data analiz sonuçları doğrultusunda araştırma modeli hipotezlerinin %71,42'si kabul görmüştür.

**Tablo 16. Hipotezlerin Kabul Durumu**

	<b>Hipotezler</b>	<b>Kabul</b>	<b>Red</b>
<b>H1</b>	Marka güveninin, marka sadakati üzerinde olumlu bir etkisi vardır.	Kabul	
<b>H2</b>	Müşteri memnuniyetinin, marka sadakati üzerinde olumlu bir etkisi vardır.	Kabul	
<b>H3</b>	Algılanan kalitenin, marka sadakati üzerinde olumlu bir etkisi vardır.	Kabul	
<b>H4a</b> <b>H4b</b> <b>H4c</b>	Marka güveni, müşteri memnuniyeti ve markanın algılanan kalitesi, marka sadakatini olumlu yönde etkilemektedir.	Kabul	
<b>H5</b>	Marka güveni, yerli ve global ilaç firmalarına göre farklılık gösterir.		Red
<b>H6</b>	Müşteri memnuniyeti, yerli ve global ilaç firmalarına göre farklılık gösterir.		Red
<b>H7</b>	Algılanan kalite, yerli ve global ilaç firmalarına göre farklılık gösterir.		Red
<b>H8</b>	Marka sadakati, yerli ve global ilaç firmalarına göre farklılık gösterir.		Red
<b>H9</b>	Marka güveni, hekimlerin çalıştığı hastane türü grubuna göre farklılık gösterir.	Kabul	
<b>H10</b>	Müşteri memnuniyeti, hekimlerin çalıştığı hastane türü grubuna göre farklılık gösterir.	Kabul	
<b>H11</b>	Algılanan kalite, hekimlerin çalıştığı hastane türü grubuna göre farklılık gösterir.	Kabul	
<b>H12</b>	Marka sadakati, hekimlerin çalıştığı hastane türü grubuna göre farklılık gösterir.	Kabul	

## 6.2 Araştırma Bulgularının Tartışması

Araştırma sorularının ışığında yapılan analiz bulguları incelendiğinde; marka güveni kavramının hekimlerin marka sadakatini etkilediği belirlenmiştir. Müşteri memnuniyeti kavramının, hekimlerin marka sadakatini etkilediği belirlenmiştir. Algılanan kalite kavramının, hekimlerin marka sadakatini etkilediği belirlenmiştir. Bunlarla beraber; marka güveni, müşteri memnuniyeti ve algılanan kalite kavramları bir arada, marka sadakatini olumlu etki etmektedir. Marka sadakatini en fazla etkileyen boyutun algılanan kalite olduğu, sonraki boyutların sırasıyla marka güveni ve müşteri memnuniyeti olduğu görülmüştür. İlacın insan sağlığı ile direkt ilişkisi olduğu ve hekimlerin birincil gayelerinin hastalarını en iyi şekilde iyileştirmek olduğu göz önünde bulundurulduğunda, hekimlerin markanın algıladıkları kalitesi ve markaya duydukları güven bazlı sadakat oluşturmaları anlamlı bir bulgu olarak ortaya çıkmaktadır.

Analizlerin sonucunda marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati algılarının yerli ve global firmaya göre değişiklik göstermediği ortaya konmuştur. Ortaya çıkan bu sonuç sektörde özellikle tanıtım faaliyetlerini yürütmekte olan saha kadrosu açısından büyük önem taşımaktadır. İlaç sektöründeki turnover oranının yerli firmalarda daha yüksek olmasının önemli bir sebebi olan bu algı, yapılan analiz sonucunda anlamsızlaşmaktadır. Hekimlerin marka güveni, memnuniyeti ve algıladıkları kalite, firmanın yerli veya global oluşundan bağımsız olarak diğer unsurlara bağlı olduğu görülmektedir.

Hekimler görev yaptıkları hastane türü bakımından incelendiğinde ise; marka güveni, müşteri memnuniyeti algılanan kalite ve marka sadakati kavramları kuruma göre farklılık göstermektedir. Ortalamalar incelendiğinde marka güveni kavramı, aile sağlık merkezi ve devlet hastanesi hekimleri için farklılaşmakta olup, devlet hastanesindeki hekimler için aile sağlık merkezindeki hekimlere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Müşteri memnuniyeti kavramının, EAH ve Devlet Hastanesindeki hekimler için farklılaşmakta olduğu, devlet hastanesindeki hekimler için EAH hekimlerinden daha yüksek olduğu görülmüştür. Algılanan kalite algılarının EAH ve Devlet hastanesinde görev yapan hekimler için farklılaşmakta olduğu, Devlet Hastanesi hekimlerinin EAH hekimlerine göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Marka sadakati düzeylerinin Devlet Hastanesi ve diğer gruptaki hekimlere göre farklılaştığı görülmüş olup, Devlet Hastanesi hekimleri için diğer gruba göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ortaya çıkan bu farklılıkların, firmaların ve tıbbi tanıtım temsilcilerinin kurum bazlı çalışma stratejilerinin değişkenliğinden kaynaklanabilme ihtimali oldukça yüksektir. Sektörel açıdan bakıldığında özellikle devlet hastanesi reçeteyi koruma ve satışa çevirebilme açısından ilaç firması çalışanı için büyük önem taşıırken, aile sağlığı merkezi reçete potansiyelinin bir devlet hastanesine oranla daha düşük olması sebebiyle aynı ziyaret sıklığı ile karşılaşmamaktadır. Dolayısı ile, araştırma

sonuçlarında ortaya çıkan marka güveninin devlet hastanesindeki hekimlerde aile sağlığı merkezindeki hekimlere göre daha yüksek olması sektör koşulları ile tutarlılık arz etmektedir. Bir diğer farklılık bulgusuna açıklama getirecek olursak, EAH (Eğitim ve Araştırma Hastanesi) açısından bakıldığında; hekimlerin poliklinik gün ve saatleri değişken olduğundan ve yoğunluğun üst seviyelere ulaşmasından dolayı hekimlerin bir devlet hastanesindeki gibi ulaşılabilirliği olmamaktadır. Dolayısı ile EAH de görev yapan bir hekim ile Devlet Hastanesinde görev yapmakta olan bir hekimin ilaç firması çalışanları ile aynı oranda görüşmesi ve ilaç tanıtımına aynı oranda maruz kalması mümkün değildir. Bu durum da devlet hastanesindeki hekimlerin müşteri memnuniyeti ve marka kalitesi algılarının EAH hekimlerinden daha yüksek olmasını açıklamaktadır. Aynı zamanda "diğer" grubun içinde yer alan Üniversite Hastaneleri ve Şehir Hastaneleri, reçetenin büyük oranda kaybedildiği ve reçete edilse bile farklı bölgelerden ziyaret alan kurumlar olduğu için reçetelerin karşılığı semt eczanelerinden alınmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde ilaç firması büyük pazarda reçetenin karşılığını alıyor olsa bile brick bazlı incelemelerde reçete ve satış getirisi düşük olacağından, tanıtım faaliyetleri devlet hastanelerine göre daha kısıtlı tutulabilmektedir. Verilen bu örneklerin hekimlerin çalıştıkları kuruma göre; marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati kavramlarının farklılık göstermesinin temel sebepleri olabileceği öngörülmektedir.

## VII. SONUÇ

Bu çalışmada hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörler araştırılmış ve özellikle literatür taraması ve hekimlerle yapılan derinlemesine mülakatlar sonucunda ön plana çıkan marka güveni, müşteri memnuniyeti ve algılanan kalite boyutları oluşturulan kavramsal araştırma modeli kapsamında irdelenmiştir. Daha önceki çalışmalardan farklı olarak, hekimlerin reçete tercihleri üzerinden gidilerek sektöre ve literatüre farklı katkı yapması amaçlanmıştır.

Çalışmanın temel amacı ilaç firmalarının en önemli müşterileri olan hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörlerin belirlenmesidir. Literatür verileri ışığında ve hekimler ile yapılan mülakatlar sonucunda; marka güveni, müşteri memnuniyeti ve algılanan kalite kavramları önerilen araştırma modeli için seçilerek, marka sadakati üzerine etkileri irdelenmiştir. Marka sadakatini en fazla etkileyen boyutun algılanan kalite olduğu, sonraki boyutların sırasıyla marka güveni ve müşteri memnuniyeti olduğu görülmüştür. İlacın insan sağlığı ile direkt ilişkisi olan ürün olması ve hekimlerin birincil gayelerinin hastalarını en kısa sürede iyileştirmek olması düşünüldüğünde hekimlerin markanın algıladıkları kalitesi ve markaya duydukları güvene dayalı olarak sadakat oluşturmaları anlamlı bir bulgu olarak ortaya çıkmaktadır. Çalışma, bu bulguları doğrultusunda, marka yönetimi literatürüne önemli katkılar sağlayacak, özellikle ilaç sektöründe hekimlerin reçete tercihlerine yönelik yapılan çalışmaların kısıtlılığından dolayı, sektörde bu alandaki ihtiyaca da hizmet edecektir. Hekimlerin marka sadakatini etkileyen boyutlardan araştırma bulgularına göre en ön planda olan "algılanan kalite" kavramını etkileyen boyutlar irdelenerek, ilaç markalarının hekimlerdeki kalite algısını yükseltecek bilimsel destekli iletişim faaliyetleri yolu ile hekimlerin marka sadakati oluşum sürecine katkı sağlanabilecektir.

Bu çalışmada tesadüfi olmayan örnekleme yöntemlerinden, kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. İstanbul ilinde çalışmakta olan birçok uzmanlıktan ve pratisyen hekimlerden oluşan, 396 hekimin yer aldığı çalışmanın katılımcılarının %54,5'i kadın, %45,5'i erkek hekimlerden oluşmaktadır.

Araştırmanın amacı doğrultusunda hekimlerden oluşan örneklem grubuna ilk olarak demografik özelliklerden oluşan cinsiyet, yaş, mesleki tecrübe yılı, çalışılan kurum, çalışılan hastane türü ve diğerlerine oranla daha fazla tercih ettikleri ilaç firması gibi sorular sorulmuştur. Demografik özelliklerin belirlenmesinden sonra hekimlere anket içinde; marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati ile alakalı sorular yöneltilmiştir. Böylece hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörler incelenirken, marka güveni, müşteri memnuniyeti ve algılanan kalite kavramlarının hekimlerin marka sadakatine etkileri de incelenmiştir. Hekimlerin çalışmakta oldukları hastane türü grubuna göre, firmaların çalışma stratejilerinin değişkenliğinden ve hekimlerin yoğunluğu gibi bazı



faktörlerden de kaynaklanarak; marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati kavramları farklılık göstermektedir.

Yerli ve global ilaç firması tercihlerine göre hekimler iki ayrı gruba ayrıldığında; marka güveni, müşteri memnuniyeti, algılanan kalite ve marka sadakati kavramları farklılık göstermemektedir. Bu farklılık göstermeme durumu sektörel açıdan bakıldığında çok önemli bir bulgu olup, pek çok ön yargıyı kıracaktır. Yerli firmalarda turnover oranının daha yüksek olmasının sebeplerinden biri olan global firma algısının, hekimlerin odağının dışında olduğu gerçeği büyük önem taşımaktadır. Hekimlerin tercihlerinin ve davranışlarının sektörde sanıldığı aksine ve firmanın yerli veya global olmasından bağımsız, diğer faktörlere bağlı olduğu sonucuna varılmaktadır.

Diğer pek çok sektörde olduğu gibi ilaç sektöründe de güçlü bir rekabet ortamı mevcuttur. Bu açıdan bakıldığında sektördeki rekabette firmaların fark yaratabilmesi ve öne geçebilmeleri için en önemli müşterileri hekimlerdir. Özellikle insan sağlığı gibi çok önemli bir hassasiyetin de göz önünde bulundurulması gereken pazarlama çalışmalarında, hekimlere yapılan doğru tanıtım faaliyetleri büyük önem taşımaktadır. Bu açıdan bakıldığında hekimlerin reçetelerinde yer verdikleri ilaçların bilimsellik ve güvenilirlik boyutları en büyük etkidir. Fakat bunun dışında tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin etkisi de yadsınamayacak ölçüdedir.

Araştırma ilaç sektörde çalışan pazarlama yöneticilerine ve ayrıca sahada aktif çalışmakta olan tıbbi tanıtım temsilcilerine, hekimlerin reçete tercihlerini etkileyen faktörleri analiz ederek önemli katkılar sağlayacak ve yol gösterecektir. Hekimlerde markaya karşı yaratılabilecek sadakat, o ilaç markasının rakiplerinden farklılaşarak daha kalıcı ve yükselen trendde pazar payları elde etmesine yardımcı olacaktır. Bu açıdan bakıldığında, hekimlerin marka sadakatini etkileyen faktörlerin incelenmesi ve test edilen kavramsal araştırma modeli hipotezlerinin sonuçları marka yönetimi literatürüne ve sağlık sektörüne önemli katkılar sağlayacaktır.

Yoğun rekabetin hakim olduğu ilaç sektöründe, en önemli müşteri grubunu oluşturan hekimlerin marka sadakati büyük farklılıklar yaratabilmektedir. Sadık müşterileri çoğunlukta olan bir ilaç firması rekabette rakiplerinden farklılaşmaktadır. Fakat uzun yıllardır devam ettirilen çalışma stratejilerinde bir değişikliğe gitmeden sadakati yakalamak artık mümkün gözükmemektedir. Günümüz şartlarının getirdiği yeni döngünün içerisinde hekimler hatta hastalar bile yer almaktadır. Bu açıdan bakıldığında artık tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin tek bir kanal üzerinden yürütülüyor olması çok yakın tarihte yeterli gelmemeye başlayacaktır.

Bundan sonrası için ilaç sektöründe de diğer pek çok sektörde olduğu gibi, çok kanallı bir çalışma stratejisi benimsenebiliyor olması gerekmektedir. Gelecek araştırmalarda hekimlerin sadakatini etkileyen faktörleri incelerken farklı kanallardan yürütülen faaliyetlerin etkinliğine de bakılması önemli katkılar sağlayacaktır. Çalışma İstanbul ili sınırlarında tutulmuştur ancak gelecek araştırmalarda özellikle Türkiye genelinde oluşturulacak örneklem, bölgesel olarak ortaya çıkacak farklılıklara ışık tutacaktır.

**Etik Kurul İzni:** Beykent Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler İçin Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'ndan 11.05.2022 tarih ve 221 sayı ile izin alınmıştır.

## KAYNAKÇA

Aaker, D. A. (1996). *Güçlü markalar yaratmak*. Mediacat Yayıncılık.

Akgün, V. Ö., & Akgün, A. (2014). Marka ve marka değeri olgusu: marka değerinin tespitine yönelik bir uygulama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal ve Teknik Araştırmalar Dergisi*, 8, 1-14.

Akın, M. (2017). Cep telefonu markalarına yönelik memnuniyetin genç tüketicilerin marka sadakatine etkisi. *Ömer Halis Demir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 10(1), 98-110.

- Akkoç, İ. (2008). *Organizasyon ve liderliğin satış gücü performansı üzerinde etkisi: ilaç sektörü örneği* [Yayımlanmış Doktora Tezi]. Dumlupınar Üniversitesi.
- Aldırmaz, U. T. (2021). *Duyusal markalamanın marka sadakati üzerindeki etkisi: Coca-Cola örneği* [Yüksek Lisans Tezi]. Bahçeşehir Üniversitesi.
- Alhaddad, A. (2014). The effect of brand image and brand loyalty on brand equity. *International Journal of Business and Management Invention*, 3(5), 28-32.
- Antalyalı, Ö.L., & Gürbüz H., Kaya E. (2012, Eylül). *İlaç mümessillerinin pazarlama tekniklerinin doktor reçetelerine etkisi* [Sözlü sunum]. 6. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, Isparta, Türkiye.
- Atlı, Y., & Yücel, N. (2018). Sağlık kurumlarında marka. *Fırac Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 45-64.
- Avcılar, M. Y. (2008). Tüketici temelli marka değerinin ölçümü. *Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 17(1), 11-30.
- Aydın, G., & Ülengin B. (2011). Tüketici temelli marka değerinin finansal performans üzerine etkisi. *İstanbul Teknik Üniversitesi Dergisi*, 10(2), 58-68.
- Bahar, R. (2019). *Otomotiv Sektöründe Müşterilerin Afetme Eğilimlerinin Marka Güveni ve Müşteri Memnuniyeti Perspektifinden İncelenmesi* [Yayımlanmış Doktora Tezi]. Balıkesir Üniversitesi.
- Bayırlı, M. (2019). *Otel işletmelerinde marka değeri: Alanya'da bir zincir otelde uygulama* [Yayımlanmış Doktora Tezi]. Akdeniz Üniversitesi.
- Buran, G. (2012). *Sağlık hizmetlerinde marka yönetimi* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Okan Üniversitesi.
- Ceritoğlu, A. B. (2004). *Genç tüketicilerde marka bilincinin oluşması ve marka sadakati kavramlarının incelenmesi* [Yayımlanmış Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Cheng, S. I. (2011). Comparisons of competing models between attitudinal loyalty and behavioral loyalty. *International Journal of Business and Social Science*, 2(10), 149-166.
- Coşkun, A. N. (2014). *Marka sadakatının tüketici tutum ve davranışlarına yansımaları* [Yayımlanmış Doktora Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries?. *Journal of Advanced Nursing*, 26(3), 623-630.
- Cronin, J., Brady, M., & Hulth, G. (2000). Assessing the effects of quality, value and customer satisfaction on consumer behavioral intentions in service environments. *Journal of Retailing*, 76(2), 193-218.
- Çavuşoğlu, B., & Demirağ, B. (2021). Müşteri deneyimi, müşteri tatmini ve müşteri sadakati arasındaki ilişkinin incelenmesi: hazır giyim sektöründe bir araştırma. *İstanbul Gelişim University Journal of Social Sciences*, 8(2), 316-336.
- Çelik, A. E. (2006). Marka değerlendirme. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 31, 195-208.
- Çelikkol, Ş., & Bakır, A. (2022). Müşteri memnuniyetini etkileyen faktörler ve müşteri memnuniyetinin müşteri sadakati üzerindeki etkisi: bir vakıf üniversitesi yüksek lisans öğrencileri üzerinde uygulama. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 23(1), 127-148.

- Çetintürk, İ. (2017). Müşteri değeri, müşteri tatmini ve marka sadakati: üniversite sosyal tesisleri üzerine bir araştırma. *Journal of Travel and Hospitality Management*, 14(2), 98.
- Çevik, O., Yılmaz, N., & Güçlü, Y. (2022). Marka imajının marka sadakatine etkisi üzerine bir araştırma. *Bartın Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 51-73.
- Dağ, H. (2020). *Marka özgünlüğünün marka imajı ve marka tercihi ilişkisinde marka güveninin aracılık rolü* [Yayımlanmış Doktora Tezi]. Hasan Kalyoncu Üniversitesi.
- Delgado, E., & Ballester. (2004). Applicability of a brand trust scale across product categories. *Europien Journal of Marketing*, 38(5), 586.
- Demir, M. Ö. (2012). Marka sadakatinin ölçülmesi: niyete bağlı tutumsal ölçek ile satın alma sırasına dayalı davranışsal ölçeğin karşılaştırılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 41(1), 103-128.
- Demirağ, B., & Durmaz, Y. (2019). Algılanan hizmet kalitesinin algılanan değer ve tutumsal marka sadakati üzerindeki etkisinin incelenmesi: 5 yıldızlı sayfiye ve şehir otelleri örneği. *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 11(18), 695-714.
- Devrani, K. T. (2009). Marka sadakati öncülleri: çalışan kadınların kozmetik ürün tüketimi üzerine bir çalışma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi*, 14(3), 407-421.
- Dilek, H. (2023). *Sosyal medya pazarlama faaliyetlerinin marka sadakati üzerinde etkisinde marka imajının aracılık rolü* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. İnönü Üniversitesi.
- Doksanoğlu, M. (2021). *Müşteri değeri, müşteri memnuniyeti ve marka sadakati arasındaki ilişki* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Giresun Üniversitesi.
- Dülek, B. (2014). *Tüketici temelli marka değeri algılamalarının GSM operatörleri bazında analizi: Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi örneği*. [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. İnönü Üniversitesi
- Erciş, A., Yapraklı, Ş., Yılmaz, M. K., & Polat, C.A. (2013). Kişisel değerler ile marka değeri arasındaki ilişkiler. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 27(2), 21-41.
- Eren, S. S., & Erge, A. (2012). Marka güveni marka memnuniyeti ve müşteri değerinin tüketicilerin marka sadakati üzerine etkisi. *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 7(26), 4455-4482.
- Eroğlu, E. (2005). Müşteri memnuniyeti ölçüm modeli. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi İşletme Dergisi*, 34(1), 7-25.
- Gommans, M., & Krishnan, K.S., & Scheffold, K. B. (2001). From brand loyalty to e-loyalty. *Journal of Economic and Social Research*, 3(1), 43-58.
- Gülsever, S. (2021). *Sosyal medya pazarlamasında marka imajı, marka güveni ve marka denklığının satın alma üzerindeki etkisi*. [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Mersin Üniversitesi.
- Gümüş, S. (2014). *Sağlıkta ilaç pazarlaması*. Hiperlink Yayınları.
- Gürbüz, A., & Doğan, M. (2013). Tüketicilerin markaya duyduğu güven ve marka bağlılığı ilişkisi. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 9(19), 239-258.
- Hacıhasanoğlu, B. (2017). *Hizmet sektöründe marka sadakati oluşturma politikaları* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Ticaret Üniversitesi.

- Halitoğulları, H. (2018). *Marka aşkı, marka sadakati ve ağızdan ağıza pazarlana ilişkisi: THY örneği*. [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Balıkesir Üniversitesi.
- Işık, O. (2016). Algılanan kalitenin hastane marka değerine etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(1), 57-72.
- İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu. (1928). Madde 13.
- Jalilvand, M. R., Samiei, N., & Mahdavinia, S. H. (2011). The effect of brand equity components on purchase intention. *International Business and Management*, 2(2), 149-158.
- Kabasakal, M., & Öztürk, İ. (2019). Sosyal medya kullanımının marka algısına etkisi: ilaç sektöründe bir uygulama. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 5(1), 61-67.
- Karahan, M., Korkutan, M., & Yıldırımçakar, Ö. (2017). Sağlık hizmetlerinde markalaşma ve marka sadakatini etkileyen faktörlerin belirlenmesi. *International Journal of Academic Value Studies*, 3(3), 275-287.
- Kaya, K. (2010). *İlaç sektöründe marka sadakati ve hekimin marka sadakatini etkileyen etmenler*. [Yüksek Lisans Bitirme Projesi]. Maltepe Üniversitesi.
- Keller, K. L. (2013). *Stratejik Marka Yönetimi*. Nobel Yayıncılık.
- Khiabaniyan, K. Y., & Karakadılar, İ. S. (2016). Marka sadakati yaklaşımına etki eden öncül faktörlerin incelenmesine yönelik bir ampirik çalışma. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 6(1), 56-66.
- Kothari, C. R. (2004). *Research methodology: methods and techniques*. New Age International.
- Kotler, P. (2005). *A'dan Z'ye pazarlama*. MediaCat Yayıncılık.
- Kotler, P., & Lee N. (2007). *Kamu sektöründe pazarlama*. MediaCat Yayıncılık.
- Kurt, D. (2010). *İlaç sektöründe marka yönetimi ve bilim ilaç örneği* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Küçükmandan, E. (2015). *Marka, sağlık hizmetlerinde markalaşma ve marka sadakati* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Külahlı, A. (2016). *Tüketici ilgilenimi, müşteri memnuniyeti ve marka sadakati arasındaki ilişkiler: Akıllı telefon ve parfüm ürünleri temelinde bir araştırma* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Balıkesir Üniversitesi.
- Leninkumar, V. (2017). The relationship between customer satisfaction and customer on customer loyalty. *International Journal of Academic Research in Business and Social Science*, 7(4), 450-465.
- Meriç, K. (2020). *Marka bilgisi ve tüketici marka ilgisinin marka evangelizmine etkisinde kişiliğin rolü* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Kafkas Üniversitesi.
- Mertens, D. M. (2014). *Research and evaluation in education and psychology: integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. New York: Sage.

- Mezhdinov, M. (2017). *Tüketicinin markaya duyduğu güven ve marka sadakati arasındaki ilişkiyi belirlemeye yönelik bir araştırma* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Aydın Üniversitesi
- Nabiyeva, E. (2019). Marka öğelerinin marka sadakati üzerine etkisi. *TİDSAD Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 21, 190-211.
- Neuman, L. W. (2014). *Social research methods: qualitative and quantitative approaches* (Seventh Ed.). Essex: Pearson Education Limited.
- Özdemir, M., & Koçak, A. (2012). İlişkisel pazarlama çerçevesinde marka sadakatinin oluşumu ve bir model önerisi. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Fakültesi Dergisi*, 67(2), 127-156.
- Özyurt-Kaptanoğlu, R., Kılıçarslan, M., & Tosun, A. (2019). Marka ve marka farkındalığı, *The Journal of Social Science*, 3(5), 248-266.
- Patton, M. Q. (2005). *Qualitative research*. New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Pinar, M., Girard, T., & Eser, Z. (2012). Consumer-based brand equity in banking industry: A comparison of local and global banks in Turkey, *International Journal of Bank Marketing*, 30 (5), 359-375.
- Rasouli, R. (2016). *Tüketici temelli marka değeri ile perakende temelli marka değerinin marka performansına etkisi üzerine bir çalışma* [Doktora Tezi].
- Sekmen, B. & Arslan, M. F. (2020). Marka deneyiminin marka imajı ve marka sadakatine etkisi: marka imajının aracılık rolü. *Marmara Üniversitesi Öneri Dergisi*, 16(55), 221-249.
- Singh, H. (2006). The important of customer satisfaction in relation to customer loyalty and retention. *Aia Pasific Univercity College of Teclonogy and Innovation*, 1-6.
- Şahin, Ş. (2017). *Şikayete yönelik tutum değiştirme maliyeti, tüketici güveni, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati ilişkisi*. [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Balıkesir Üniversitesi.
- Şaylan, O., & Tokgöz E. (2020). Marka güveni ve marka sadakati ilişkisinde marka özdeşleşmesinin düzenleyici rolü. *Business and Management Studies: An International Journal*, 8(1), 144-163.
- Şenyurt, Ö. (2021). *Havayolu sektöründe müşteri deneyimi ve müşteri odaklı marka değerinin marka sadakatine etkisinde marka güveninin düzenleyici rolü* [Yayımlanmış Doktora Tezi]. Başkent Üniversitesi.
- Şimşek, G. G., & Noyan, F. (2009). Türkiye’de cep telefonu pazarında marka sadakati için bir model denemesi. *ODTÜ Gelişme Dergisi*, 36, 121-159.
- Şişmanlar, D. (2014). *Kamu hastaneleri birliği kurum ve kuruluşlarında marka imajı ve değeri yaklaşımı* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Okan Üniversitesi.
- T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. (2020a). *İlaç sektörü raporu*. Sanayi ve Verimlilik Genel Müdürlüğü, Sektörel Raporlar ve Analizler Serisi, 1-28.
- T.C. Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı. (2020b). *İlaç Sektörü Raporu*. [https://www.sanayi.gov.tr/assets/pdf/plan-program/IlacSektorRaporu\(2020\).pdf](https://www.sanayi.gov.tr/assets/pdf/plan-program/IlacSektorRaporu(2020).pdf)
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2004). *Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı*. 10-11.

- Tahtasakal, D. (2021). *İlaç sanayiinde AR-GE harcaması ve rekabet gücü ilişkisi: Türkiye örneği*. [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Kırklareli Üniversitesi.
- Taşçı, H. & Baş, M. (2018). Marka, marka değeri ve değerlendirme yöntemleri. *Üçüncü Sektör Sosyal Ekonomi Dergisi*, 53(3), 710-723.
- Taşkın, Ç., & Akat, Ö. (2010). Tüketici temelli marka değerinin yapısal eşitlik modelleme ile ölçümü ve dayanıklı tüketim malları sektöründe bir araştırma. *İşletme ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 1-16.
- Taşlıyan, M., & Gök, S. 2012. Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 69-94.
- Tosun, N. B., & Elmasoğlu, K. (2015). Duyusal markalamanın marka sadakati üzerindeki rolü. *Maltepe Üniversitesi İletişim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 91-111.
- Tosun, N., & Arslan Kurtuluş, S. (2017). Hekimlerin reçeteleme kararında ilaç mümessillerinin rolü. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(54), 1307-9581.
- Türker, G. Ö., & Türker, A. (2013). GSM operatörleri sektöründe marka sadakatini etkileyen faktörlerin belirlenmesi; üniversite öğrencileri üzerine bir uygulama. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 3(1), 49-67.
- Türkiye Cumhuriyeti – Ticaret Bakanlığı (2021). İhracat Genel Müdürlüğü Kimya Ürünleri ve Özel İhracat Daire Başkanlığı, 1-8.
- Urmak, T. (2021). Marka İmajının Marka Tercihi Üzerindeki Etkisinde Elektronik Ağızdan Ağıza Pazarlamanın Aracılık Rolü. [Yayımlanmış Doktora Tezi]. Haliç Üniversitesi.
- Vançelik, S., Çalıkoğlu, O., Güraksın, A., & Beyhun, E. (2006). Pratisyen hekimlerin reçete yazımını şekillendiren faktörler ve akılcı ilaç kullanım kriterlerini önemseme durumları. *Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 26(2), 65-75.
- Varnalı, K. (2017). *Müşteri Deneyimi*. MediaCat Yayıncılık.
- Yağız, K. (2015). Tüketici odaklı marka sermayesi kapsamında spor liglerinde marka bilgisi, marka tepkileri ve marka yankısı arasındaki ilişkilerin incelenmesi. [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Hacettepe Üniversitesi.
- Yalçın, A., & Ene, S. (2013). Online ortamda kurumsal marka imajının marka sadakati ile ilişkisi üzerine bir araştırma. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1, 113-134.
- Yapraklı, T., Ünalın, M., & Keser, E. (2020). Marka güveni ve marka özdeşleşmesinin marka evangelizmi üzerindeki etkisi. *Uluslararası İktisadi ve İdari İncelemeler Dergisi*, 27, 35-54.
- Yaşgöl, Y. S. (2009). Patent koruması ileri teknoloji içeren ürünlerin ithalatını artırıyor mu? Türkiye örneği. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 16(1), 51-63.
- Yazgan, H., Çatı, K., & Kethüda, Ö. (2014). Tüketici temelli marka değerinin ağızdan ağıza pazarlamaya etkisi. *C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 15(1), 237-252.
- Yazıcı, E. (20 Kasım 2012). *Markanın pazarlama açısından önemi*. <https://pazarlamaturkiye.com/>
- Yener, D. (2013). Marka çağrışım unsurlarının marka kişiliği üzerine etkisi. *Electronic Journal Of Vocational Colleges*, 3(1), 89-103.

- Yılmaztürk, A. (2013). *Sağlıkta dönüşüm süreci ve Türkiye’de ilaç sektörü paydaşları üzerine etkileri*. [Yayımlanmış Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi.
- Yaşgöl, Y. (2009). *Fikri mülkiyet haklarının yükselişinde gelişmekte olan ülkelerin uyguladıkları stratejilerin küresel politik ekonomi yönünde uygulamaları* [Doktora Tezi]. Marmara Üniversitesi
- Yükselen, C. (2019). *Temel pazarlama bilgileri*. Detay Yayıncılık.
- Zor, İ., & Göker, K.E. (2015). Finansal ve davranışsal yaklaşım açısından marka değerlendirme ve bir karşılaştırma. *Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(1), 51-64.

**EK 1: Derinlemesine Mülakat Soruları**

<b>Soru 1</b>	Belirli endikasyonlarda sabit reçete ettiğiniz şablonlar kullanır mısınız?
<b>Soru 2</b>	Bir ürünün pek çok aynı farmasötik formda ve aynı etken maddeye sahip muadilleri varken, spesifik olarak daha ağırlıklı reçetelendiriyor olmanızın sebepleri nelerdir?
<b>Soru 3</b>	Bir Tıbbi Tanıtım Temsilcisinin sizlere yaptığı tanıtım faaliyetleri sizce nasıl olmalıdır, nelere dikkat edilmelidir? En çok tekrar reçetesine yer verdiğiniz ilacı düşündüğünüzde, o ilacın çalışanı ya da firması neyi daha farklı yaparak sizin reçete gücünüzü elde etmiştir?
<b>Soru 4</b>	Türkiye’de yerli ve global ilaç firma çalışanlarının arasında farklılıklar gözlemliyor musunuz? Sizin için bu farklılıkların temel sebepleri nelerdir?
<b>Soru 5</b>	Sizin için ilaç sektöründe çalışmalarına devam eden firmalar içerisinden marka bilinirliği ve tanıtım faaliyetlerini en iyi yürüttüğünü düşündüğünüz firma hangisidir? Bu firma için böyle düşünmenizın spesifik sebepleri ve diğer firmalardan ayıran yanları nelerdir?
<b>Soru 6</b>	Türkiye ilaç pazarında Apranax, Aspirin, Gripin gibi bazı çok muadilli ürünler rakiplerinin arasından sıyrılarak yoğun bir reçete gücü elde etmiş ve böylece marka olmayı başarmıştır. Sizce bu gibi ürünlerin markalaşabilmesinin ve rakipleri arasından sıyrılmasının temel sebepleri nelerdir?
<b>Soru 7</b>	Bir ilaç firmasının güvenilirliğini belirleyen etmenler sizce nelerdir? Sahada size hangi firma çalışanlarının tavırları daha güvenilir gelmektedir ve sebepleri nelerdir?
<b>Soru 8</b>	Tıbbi Tanıtım Temsilcisi ile medikal içerikli ya da sosyal içerikli bir sohbet gerçekleştirir misiniz? Bu sohbetler esnasında karşınızdakinin iletişim kabiliyetleri sizin için ne ifade eder?
<b>Soru 9</b>	Reçete tercihlerinizi etkileyen ve bu tercihlerin tekrarlanmasını sağlayan gelecekte tekrar ve daha fazla miktarlarda reçete etmenize zemin hazırlayan koşulları düşündüğünüzde en önemli etmenler nelerdir?
<b>Soru 10</b>	Reçetelerinizde yer verdiğiniz ilaç markalarında tavsiye hiç etkili oluyor mu? (Kimlerin tavsiyeleri etkilidir?)
<b>Soru 11</b>	Tercih ettiğiniz ilaç markasını diğer hekimlere veya hastalarınıza önermenizdeki en önemli unsurlar nelerdir?
<b>Soru 12</b>	Tercih edeceğiniz ilaç markası için daha fazla vakit harcamaya ya da beklemeye sebep olan, sizi çaba sarfetmeye razı eden durumlar oluyor mu? Oluyorsa bu durumlar nelerdir?



ARAŞTIRMA MAKALESİ

# HASTANE YÖNETİCİLERİNİN YÖNETSEL BECERİ, BİLİŞSEL ESNEKLİK VE İŞ STRESİ DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN İNCELENMESİ

Gökhan ABA \*

Mustafa METE \*\*

Yasemin ASLAN \*\*\*

Dursun KANBUR \*\*\*\*

Aysu ZEKİOĞLU \*\*\*\*\*

## ÖZ

Bu çalışmada, hastane yöneticilerinin yönetsel beceri, bilişsel esneklik ve iş stresi düzeyleri arasındaki ilişkilerin ortaya konması amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda veriler, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (Beyoğlu) 4 Nolu Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı 13 hastane ve ağız diş sağlığı merkezinde görev yapan 91 üst düzey yöneticiden anket yöntemi ile toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak; Yönetsel Beceri, Bilişsel Esneklik ve İş Stresi Ölçekleri kullanılmıştır. Verilerin analizinden önce, açıklayıcı faktör ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde, SPSS 25.0 ve Eviews 10,0 programları kullanılarak, frekans, yüzde, ortalama, standart sapma istatistiklerinin yanında Pearson Korelasyon ve Regresyon Analizleri uygulanmıştır. Araştırma sonuçları yönetsel beceri, bilişsel esneklik ve iş stresi değişkenleri arasında zayıf düzeyde anlamlı ilişkilerin olduğunu, bilişsel esneklik değişkeninin yönetsel beceri değişkenini pozitif yönde (arttırıcı), iş stresi değişkenini ise negatif yönde (azaltıcı) etkilediğini göstermektedir. Ayrıca, bilişsel esnekliğin, yönetsel beceri değişkenini pozitif yönde, iş stresi değişkenini ise negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Sonuç olarak, araştırma bulgularına göre hastane yöneticilerinin bilişsel esneklik, yönetsel beceri ve iş stresi düzeyleri arasında zayıf ilişkiler bulunmasına rağmen hizmetlerin etkili bir şekilde sürdürülebilmesi için hastane yöneticilerinin yönetsel beceri ve bilişsel esneklik düzeylerinin yüksek, iş stresi düzeylerinin ise düşük olmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Yönetsel beceri, bilişsel esneklik, iş stresi, hastane yöneticisi

## MAKALE HAKKINDA

\* Doç. Dr., Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, gaba@bandirma.edu.tr,

<https://orcid.org/0000-0002-4742-3217>

\*\*Dr. Öğr. Üyesi., İstanbul Aydın Üniversitesi, SBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, mustafamete@aydin.edu.tr,

<https://orcid.org/0000-0002-1332-7905>

\*\*\*Dr. Öğr. Üyesi., Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi, SBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, yaseminaslan@bandirma.edu.tr,

<https://orcid.org/0000-0001-6292-2332>

\*\*\*\* İdari ve Mali İşler Müdürü, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, dursunkanbur@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4374-5849>

\*\*\*\*\*Doç. Dr., Trakya Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, aysukurtuldu@trakya.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-4514-5073>

Gönderim Tarihi: 14.09.2022

Kabul Tarihi: 31.08.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Aba, G., Mete, M., Aslan, Y., Kanbur, D., & Zekioğlu, A.. (2023). Hastane yöneticilerinin yönetsel beceri, bilişsel esneklik ve iş stresi düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 837-852

## EXAMINATION OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN MANAGERIAL SKILL, COGNITIVE FLEXIBILITY AND WORK STRESS LEVELS OF THE HOSPITAL MANAGERS

Gökhan ABA \*  
Mustafa METE \*\*  
Yasemin ASLAN \*\*\*  
Dursun KANBUR \*\*\*\*  
Aysu ZEKİOĞLU \*\*\*\*\*

### ABSTRACT

This study aimed to reveal the relationships between the managerial skills, cognitive flexibility and job stress levels of hospital managers. For this purpose, data were collected by questionnaire method from 91 hospital managers working in 13 hospitals and oral and dental health centers which connected to the Istanbul Provincial Health Directorate, (Beyoğlu) No. 4 Public Hospitals Services Presidency. Managerial Skills, Cognitive Flexibility and Job Stress Scales were used as a data collection tool. Explanatory factor and reliability analyzes were performed before the analysis of the data. In the analysis of the data, Pearson Correlation and Regression Analyzes were applied as well as frequency, percentage, mean and standard deviation statistics by using SPSS 25.0 and Eviews 10,0 programs. The results of the study show that there are weakly significant relationships between the variables of managerial skill, cognitive flexibility and work stress, while the variable of cognitive flexibility affects the managerial skills variable positively (increasing) and the dimension of job stress negatively (decreasing). In addition, it has been determined that cognitive flexibility has a positive effect on the managerial skill variable and work stress has a negatively affects on the managerial skill. As a result, although there are weak relationships between hospital managers' cognitive flexibility, managerial skills and work stress levels according to the research findings, it is thought that it is important for hospital managers to have high levels of managerial skills and cognitive flexibility and low levels of work stress in order to maintain services effectively.

**Keywords:** Managerial skill, cognitive flexibility, job stress, hospital manager

### ARTICLE INFO

\*Assoc. Prof., Bandırma Onyedi Eylül University, Department of Health Management, gaba@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4742-3217>

\*\*Assist. Prof., Istanbul Aydın University, Department of Health Management, mustafamete@aydin.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1332-7905>

\*\*\* Assist. Prof., Bandırma Onyedi Eylül University, Department of Health Management, yaseminaslan@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-6292-2332>

\*\*\*\* Administrative and Financial Affairs Manager, Istanbul Provincial Health Directorate, dursumkanbur@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4374-5849>

\*\*\*\*\*Assoc. Prof., Trakya University, Department of Health Management, aysukurtuldu@trakya.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4514-5073>

Received: 14.09.2022

Accepted: 31.08.2023

### Cite This Paper:

Aba, G., Mete, M., Aslan, Y., Kanbur, D., & Zekiöğlü, A.. (2023). Hastane yöneticilerinin yönetsel beceri, bilişsel esneklik ve iş stresi düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 837-852

## I. GİRİŞ

Sağlık sisteminin en önemli alt sistemlerinden biri olan ve dinamik bir çevrede faaliyet gösteren hastaneler oldukça karmaşık bir yapıya sahiptir. Hastanelerin konumu ve karmaşık yapıda faaliyet göstermesi, profesyonel bir şekilde yönetilmesini zorunlu kılmaktadır. Hastanelerin profesyonel bir şekilde yönetilmesi için profesyonel hastane yöneticilerine ihtiyaç duyulmaktadır. Hastane yöneticisi, hastane yönetim fonksiyonlarını yerine getiren, amaçları gerçekleştirmek üzere gerekli girdileri kontrolünde bulunduran ve hastane hizmetlerinin koordineli bir şekilde yürütülmesini sağlayan kişi olarak tanımlanabilir (Ak, 1990). Hastane yöneticisi, hastane güvenliği ve bakım kalitesinin sağlanmasının yanı sıra sağlık bakım sisteminin hedeflerine ulaşmasında, insan kaynaklarının yönetilmesinde ve yönlendirilmesinde de önemli rol oynar (Moradi vd., 2020). Bu hedeflerin gerçekleştirilebilmesi için hastane yöneticilerinin bazı becerilere sahip olması gerekmektedir. Çünkü rekabetin giderek arttığı sağlık sektöründe, hastanelerin başarılı olması yöneticilerin sahip olduğu becerilere bağlıdır (Toygar ve Akbulut, 2013). Yöneticilerin becerileri her kuruluşun sürekli başarısında en önemli faktörlerden biridir ve bu becerilerden faydalanma, kuruluşun amaç ve hedefleri doğrultusunda çalışanların performansını artırırken, kuruluşun etkinliğine olumlu katkı sağlar. Yöneticilerin bu becerilere ilişkin yeterli farkındalığının olmaması ve bunların kullanımı bu konuda engelleyici bir faktör olabilir ve kuruluşun genel başarısını bir bütün olarak azaltır. Genel olarak, temel becerilere sahip olmadan modern organizasyonda başarılı bir yönetici hayal etmek zordur (Moradi vd., 2020).

Hem rutin hem de karmaşık işleri kapsayan yöneltsel işler, beceri kavramının önemine vurgu yapmaktadır. Bu doğrultuda beceri kavramı “*yöneticilerin yaptıkları işlerle ilgili sahip oldukları yetkinliklerine ait özelliklerin bütünü*” şeklinde tanımlanmaktadır (Doğan ve Şahin, 2011). Literatürde, hastane yöneticisinin sahip olması gereken beceriler, farklı şekillerde sınıflandırılmıştır. Katz (1974), etkili bir yönetim için yöneltsel becerileri; teknik beceriler, insan ilişkileri becerisi ve kavramsal beceriler olarak üç ana başlık altında toplamıştır. *Teknik beceri*, iş ile ilgili bilgi, araç-gereç ve teknikleri kullanabilme; *insan ilişkileri becerisi*, diğer insanları anlama, onlarla iletişime geçme, onları etkileme ve onlarla birlikte çalışabilme; *kavramsal beceriler* ise kurumu bir bütün olarak görebilme, bölümler arası koordinasyonu sağlayabilme ve kurum ile çevre arasındaki etkileşimi yönetebilme becerilerini kapsar (Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2012). Sperry (2003) ise yöneticilerin sahip olması gereken becerileri, ilişkisel, operasyonel ve analitik olmak üzere üç başlık altında incelemiştir. *İlişkisel beceriler*; etkili iletişim, çatışmaların yönetilmesi, çalışanlara rehberlik ve koçluk edilmesi gibi becerileri kapsamaktadır. *Operasyonel beceriler*; çalışanların bağlılığının güçlendirilmesi, motivasyonlarının artırılması, stres ve zaman yönetimini içerir. *Analitik beceriler* ise stratejik düşünme ve karar alabilme, mali ve beşeri kaynakları yönlendirebilme ve denetleyebilme gibi becerileri içerir.

Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayırt eden en önemli özelliklerinden biri, sağlık ihtiyacının ne zaman ve ne düzeyde ortaya çıkacağına belirsiz olmasıdır. Böyle bir ortamda, yöneticiler almış oldukları kararlarda esnek davranabilmeli ve ortaya çıkan durum karşısında hızlı ve etkili yeni kararlar alabilmelidir. Bu durum yöneticilerin bilişsel esneklik becerisine sahip olmasıyla ilgilidir. Bilişsel esneklik, bireyin çevresinde oluşan beklenmedik durumlarda karar verebilmesi ve bu tür durumlarla başa çıkabilmesi için pratik yöntemler geliştirmesi olarak tanımlanabilmektedir (Martin ve Rubin, 1995). Ayrıca bilişsel esneklik, bir kişinin (1) herhangi bir durumda mevcut seçenekler ve alternatifler olduğunun farkında olması, (2) esnek olma ve duruma uyum sağlama istekliliği ve (3) kişinin esnek olma yeteneğine sahip olduğuna dair inancını veya öz yeterliliğini ifade eder (Martin ve Anderson, 1998). Bilişsel esneklik, problemin olduğu durumlarda değişik çözümler üretebilmeyi içeren bilişsel bir beceri şeklinde de ele alınabilmektedir (Kaya vd., 2021).

Bireyin, yeni durum ile yeni görev gerekliliklerini etkin bir şekilde yorumlayabilmesi ve davranışlarını yeni koşullara uyarlayabilmesi için bilgilerini yeniden yapılandırması gerekmektedir. Bu nedenle bilişsel esneklik, dikkat süreçlerine ve bilgi temsiline bağlıdır (Canas vd., 2006). Bilişsel esnekliğe sahip çalışanlar, farklı durumlarda seçeneklerin ve alternatif davranış biçimlerinin

farkındadır ve bu durumlara uyum sağlamaya isteklidir (Chung vd., 2012). Bu doğrultuda bilişsel esnekliğin temelinde, çeşitli alternatifleri fark edebilme ve bunları kontrol edebilme noktasında öz güveninin olması vardır (Sapmaz ve Doğan, 2013). Kiss ve diğerleri (2020) bilişsel esnekliğe sahip yöneticilerin, kapsamlı ve çaba gerektiren bilgi arama faaliyetlerine katılma ve çalışma ortamındaki bir sorununun nedenlerini araştırma niyetlerinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu doğrultuda bilişsel esnekliğin oluşmasının yöneticilerin yönetsel becerileri üzerinde de etki oluşturması beklenmektedir. Yönetsel beceriler kapsamında bilişsel esneklik ile tartışmaya açık olma, anlaşmazlığa yönelik tolerans (Martin ve Anderson, 1998), kişilerarası iletişim becerileri (Rubin ve Martin, 1994) ve farkındalık, isteklilik, öz yeterlilik (Anderson ve Martin, 1995) arasında pozitif yönde ilişkili bulunmuştur. Bondarenko ve diğerleri (2021) bilişsel esnekliği, gelecekte daha da önem kazanacak bir yönetsel beceri olarak ele almıştır. Martin ve Anderson (1998) bilişsel esnekliğe sahip yöneticilerin, anlaşmazlık durumunda tartışmayı ve stresi yönetme becerilerinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Bu noktada iş stresini yönetebilmek için bilişsel esnekliğe sahip olunması gerektiği söylenebilir.

Ganster ve Rosen (2013) tarafından iş stresi “*işyeri psikolojik deneyimlerinin ve taleplerinin (stres etkenleri) zihinsel ve fiziksel sağlıkta hem kısa vadeli (gerginlikler) hem de uzun vadeli değişiklikler ürettiği süreç*” şeklinde tanımlanmıştır. İş stresinde, çevresel etmenlerin birey üzerindeki baskısına bağlı olarak ortaya çıkan gerginliğin, bireylere psikolojik ve fizyolojik olarak zarar vermesi durumu söz konusudur. Literatürde iş stresi kavramı, iş talep-kontrol dengesi teorisi ile ele alınmaktadır. Bu teori Karasek Jr (1979) tarafından ortaya atılmış ve iş yerindeki stresler iş talep olarak, bireyin sahip olduğu beceri ve yetenekler de iş kontrolü olarak ele alınmıştır. Bu teoriye göre iş stresi, iş talebinin fazla, iş kontrolünün az olduğu durumlarda ortaya çıkmaktadır. Hamidi ve diğerleri (2012), iş stresini etkileyen faktörleri; araçsal iletişim, kurumsal destek, içsel ödüller (örneğin kişisel gelişim fırsatları), eğitim, iş arkadaşı desteği, liderlik tarzı ve yönetim becerileri olarak sıralamıştır. Bu noktada iş stresini etkileyen bireysel ve kurumsal faktörlerin varlığından söz edilebilmektedir. Hastane yöneticileri, yoğun stres altında çalışan profesyonellerdir. Bu nedenle yöneticilerin iş stresi düzeylerinin ortaya konması oldukça önem arz eden bir konudur.

## II. YÖNTEM

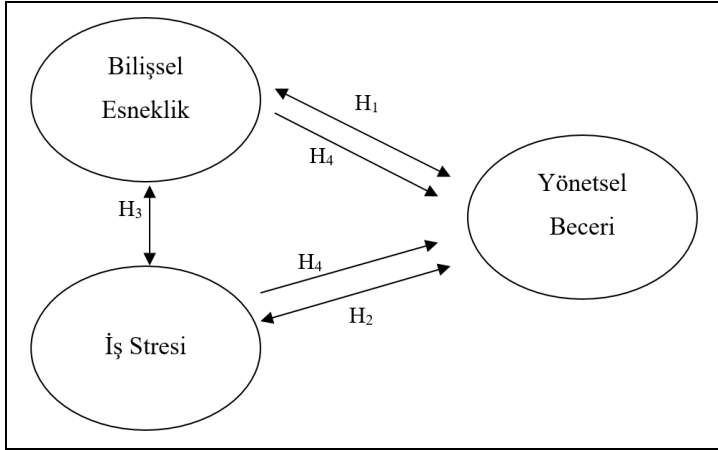
### 2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu çalışma, hastane yöneticilerinin sahip olduğu yönetsel beceri, bilişsel esneklik ve iş stresi düzeyleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi amacıyla yapılmıştır. Oldukça karmaşık bir yapıya sahip olan hastanelerde, yöneticilerin yönetsel becerilerinin yüksek olması gerekmektedir. Aynı zamanda, sağlık hizmetlerinde belirsizlik söz konusu olduğu için yöneticilerin hızlı ve etkili kararlar vermesi önemlidir. Bu açıdan bakıldığında, yöneticilerin bilişsel esneklik düzeylerinin de yüksek olması beklenir. Ayrıca hizmetlerin etkili bir şekilde sürdürülebilmesi için yöneticiler streslerini de etkin bir şekilde yönetebilmelidir. Bu kapsamda literatürde, hastane yöneticileri üzerinde her üç değişkenin birlikte incelendiği başka bir çalışmaya rastlanmamıştır.

### 2.2. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler

Bu çalışmada, yönetsel beceri, bilişsel esneklik ve iş stresi düzeyleri arasındaki etkileşim incelenmeye çalışılmıştır. Araştırma modeli Şekil 1.'de yer almaktadır. Araştırma modeli doğrultusunda oluşturulan hipotezler aşağıda sıralanmıştır.

Şekil 1. Araştırma Modeli



**Hipotezler;**

**H<sub>1</sub>:** Bilişsel Esneklik (BE), Yönetmel Beceri (YB) ile istatistik olarak anlamlı ilişkilidir.

**H<sub>2</sub>:** İş Stresi (İS), Yönetmel Beceri (YB) ile istatistiksel olarak anlamlı ilişkilidir.

**H<sub>3</sub>:** Bilişsel Esneklik (BE) ve İş Stresi (İS) istatistiksel olarak anlamlı ilişkilidir.

**H<sub>4</sub>:** Bilişsel Esneklik (BE) ve İş Stresi (İS) düzeylerinin Yönetmel Beceri (YB) düzeyleri üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

**2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırma, Aralık 2019-Ocak 2020 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmada, zaman, maliyet ve ulaşım kriterleri dikkate alınarak İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü (Beyoğlu) 4 Nolu Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı 13 hastane ve ağız diş sağlığı merkezinde (10 genel hastane, 2 ağız ve diş sağlığı hastanesi ve 1 ağız ve diş sağlığı merkezi) gerçekleştirilmiştir. Araştırma evrenini bu kurumlarda çalışan toplam 109 üst düzey yönetici (Başhekim ve Yardımcıları, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü ve Yardımcıları, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü ve Yardımcıları, Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü ve Yardımcıları) oluşturmaktadır. Araştırmada örneklem seçilmemiş, bütün yöneticilere ulaşılması hedeflenmiş ve 95 yöneticiden geri dönüş alınmıştır. Anketlerin 4'ü istatistiksel açıdan analiz edilebilir nitelikte olmadığı için araştırma kapsamı dışında bırakılmıştır. Toplamda 91 anket çalışmaya dahil edilmiştir. Anketlerin geri dönüş oranı % 83,4'tür.

**2.4. Veri Toplama Araçları**

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket kullanılmıştır. Dört bölümden oluşan anket formunun yüz yüze görüşme tekniği ile doldurulması sağlanmıştır. Anketin birinci bölümünde yöneticilerin kişisel bilgilerine yönelik 8 soru yer almaktadır. İkinci bölümde yöneticilerin bilişsel esneklik düzeylerinin belirlenebilmesine yönelik 12 ifadeden oluşan Bilişsel Esneklik Ölçeği yer almaktadır. Bilişsel Esneklik Ölçeği, Martin ve Rubin (1995) tarafından geliştirilmiş, Türkçe'ye uyarlaması Çelikkaleli (2014) tarafından yapılmıştır. 6'lı Likert tipte (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Kısmen katılmıyorum, 4=Kısmen katılıyorum, 5=Katılıyorum, 6=Kesinlikle katılıyorum) hazırlanan ölçekten alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 72'dir. Yüksek puanlar yüksek düzeyde bilişsel esnekliği gösterirken, düşük puanlar düşük düzeyde bilişsel esnekliği göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,74 olarak bulunmuştur. Anketin üçüncü bölümünde yer alan Yönetmel Beceri Ölçeği Sperry (2003) tarafından geliştirilmiş, Yüksel (2015) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 4'lü Likert tipine göre (1=Hiçbir zaman, 2=Bazen, 3=Sık sık, 4= Daima) hazırlanmış olup, 65 ifade ve 13 alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar; motivasyon, bağlılık, ekip performansı, yetki devri, iletişim, anlaşma, liderlik, tavsiyelerde bulunma ve görüşme, stratejik düşünme karar verme, bütçeleme, finansal ve insan kaynakları, kurumsal/kişisel kaynaklara uyum ve zaman/stres yönetimidir. Her bir alt boyut en düşük 5, en yüksek 20 puan

almaktadır. 16-20 arası puan; yüksek yönetsel beceri düzeyini, 11-15 arası puan; orta düzeyde yönetsel beceri düzeyini ve 10 ve altı puan; düşük yönetsel beceri düzeyini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,82 olarak bulunmuştur. Anketin son bölümünde yer alan İş Stresi Ölçeği, House ve Rizzo (1972) tarafından geliştirilmiş, Efeoğlu (2006) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 5'li Likert tipine göre (1=Kesinlikle katılmıyorum, 2=Katılmıyorum, 3=Fikrim yok, 4=Katılıyorum, 5=Kesinlikle katılıyorum) hazırlanmış olup, tek boyut ve 7 ifadeden oluşmaktadır ve ölçekte, yüksek puan yüksek iş stresini, düşük puan düşük iş stresini göstermektedir. Ölçeğin Cronbach Alfa katsayısı 0,83 olarak bulunmuştur.

## 2.5.Araştırmanın Yöntemi

Araştırma sonucunda elde edilen veriler bilgisayar ortamında SPSS 25.0 (Statistical Package for Social Sciences) paket programı ve Eviews 10,0 sürümü yardımıyla değerlendirilmiştir. Verilerin analizinden önce, açıklayıcı faktör ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Verilerin analizinde kategorik veriler için (cinsiyet, eğitim durumu vb.) yüzde dağılımları ve sürekli veriler için (yaş, meslekte geçen süre vb.) ortalama±standart sapma, maksimum ve minimum değerleri verilmiştir. Araştırmada kullanılacak analiz yöntemlerinin seçimi için normal dağılım testleri olan Kolmogorov-Smirnov testi uygulanmıştır. Test sonucunda normal dağılımın sağlandığı belirlenmiştir (Yönetsel Beceri  $p:0,065>0,05$ ; Bilişsel Esneklik  $p:0,093>0,05$ ; İş Stresi  $p:0,181>0,05$ ). Her üç boyut ile yöneticilerin pozisyonları arasında farklılıkların analizi için Anova analizi yapılmıştır. İlişkilerin belirlenmesi amaçlı Pearson Korelasyon Analizi ve Regresyon Analizi uygulanmıştır. Regresyon Analizi çözümünde varsayımların sağlanması için Newey-West algoritması kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık  $\alpha=0,05$  düzeyinde değerlendirilmiştir.

## 2.6.Faktör Analizi Sonuçları

Ölçeklerin güvenilirliğini test etmek amacıyla "Güvenilirlik Analizi", yapı geçerliliğini test etmek için "Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA)" yapılmıştır. Güvenilirlik testi olarak Cronbach Alpha testi uygulanmıştır. Ölçeklerin Cronbach Alpha değerlerinin %70'in üzerinde olması, anket çalışmasının başarılı olduğunu ifade etmektedir (Yönetsel Beceri Ölçeği: 0,916; Bilişsel Esneklik Ölçeği: 0,912; İş Stresi Ölçeği: 0,905). Faktör yapısının ortaya konulması amacıyla faktör tutma yöntemi olarak "varimax döndürme metodu" ile "temel bileşenler analizi" yöntemi uygulanmıştır. Böylece, toplam varyansın %77,01'ini açıklayan 13 alt boyuta sahip yönetsel beceri boyutunun Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) örneklem yeterliği, iyi düzeyi ifade eden 0,70 değerinin üzerinde ve 0,921 olarak elde edilmiştir. Tutarlılığını ölçmek için yapılan Bartlett küresellik testinin sonucu istatistik anlamlı ( $\chi^2=6734,99$  ve  $p=0,000$ ) çıkarken, anti-imağ korelasyon matrisi sonuçlarına göre ise ifadelerin çapraz ilişki katsayıları kritik düzey olan 0,5'in üzerinde 0,62-0,92 arasında elde edilmiştir. Extraction (çıkarma) sütununda 0,20'nin altında değer alan madde olmadığı için soru çıkarılmamıştır. Faktör ağırlıkları (0,574-0,792) değerleri arasında değişmektedir. Diğer yandan, toplam varyansın %71,56'sını açıklayan bilişsel esneklik tek faktörlü bir yapıda KMO değeri 0,913 ve Bartlett küresellik testinin sonucu istatistik anlamlı ( $\chi^2=5783,45$  ve  $p=0,001$ ) çıkarken, anti-imağ korelasyon matrisinde ifadelerin çapraz ilişki katsayıları kritik düzey olan 0,5'in üzerinde 0,58-0,89 arasında elde edilmiştir. Extraction (çıkarma) sütununda 0,20'nin altında değer alan madde olmadığı için soru çıkarılmamıştır. Faktör ağırlıkları (0,514-0,821) değerleri arasında değişmektedir. Son olarak, varyansın %69,74'ünü açıklayan iş stresi tek boyutlu ve KMO değeri 0,908 ve Bartlett küresellik testinin sonucu istatistik anlamlı ( $\chi^2=6122,59$  ve  $p=0,000$ ) çıkarken, anti-imağ korelasyon matrisinde ifadelerin çapraz ilişki katsayıları kritik düzey olan 0,5'in üzerinde 0,57-0,91 arasında elde edilmiştir. Extraction (çıkarma) sütununda 0,20'nin altında değer alan madde olmadığı için soru çıkarılmamıştır. Faktör ağırlıkları (0,602-0,830) değerleri arasında değişmektedir (Tablo 1).

**Tablo 1. Ölçek ve Alt Boyutlara Yönelik Bilgiler**

Alt Boyutlar	Varyansı Açıklama Yüzdesi	Cronbach-Alpha	Ort. ± Ss.
<b>Yöneltil Beceri Ölçeği</b>	<b>%77,01</b>	<b>0,916</b>	<b>3,28±0,357</b>
Motivasyon Alt Boyutu	%9,1	0,910	3,35±0,484
Bağlılık Alt Boyutu	%8,8	0,889	2,92±0,723
Ekip Performansı Alt Boyutu	%8,2	0,911	3,41±0,530
Yetki Devri Alt Boyutu	%7,9	0,905	2,93±0,476
İletişim Alt Boyutu	%7,1	0,902	3,25±0,410
Anlaşma Alt Boyutu	%6,7	0,890	3,56±0,467
Liderlik Alt Boyutu	%5,6	0,894	3,42±0,595
Tavsiyelerde Bulunma ve Görüşme Alt Boyutu	%5,2	0,903	3,41±0,446
Stratejik Düşünme Karar Verme Alt Boyutu	%4,5	0,897	3,26±0,469
Bütçeleme Alt Boyutu	%4,1	0,884	3,23±0,547
Finansal ve İnsan Kaynakları Alt Boyutu	%3,7	0,895	3,35±0,629
Kurumsal ve Kişisel Kaynaklara Uyum Alt Boyutu	%3,3	0,891	3,29±0,650
Zaman ve Stres Yönetimi Alt Boyutu	%2,9	0,904	3,19±0,557
<b>Bilişsel Esneklik Ölçeği</b>	<b>%71,56</b>	<b>0,912</b>	<b>4,21±0,539</b>
<b>İş Stresi Ölçeği</b>	<b>%69,74</b>	<b>0,905</b>	<b>2,86±0,836</b>

### 2.7.Araştırmanın Etik Yönü

Bu çalışma Trakya Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından (14.11,2018 tarihli, 2018.10.10 karar nolu) onaylanmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden yöneticiler dâhil edilmiştir. Araştırma için ayrıca, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden yazılı onay alınmıştır (Sayı no: 15916306-604.01.01). Ölçeklerin kullanım izni yazarlardan mail aracılığıyla alınmıştır.

### 2.8.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma, sadece 4 Nolu Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığına bağlı kamu hastanelerinde görev yapan yöneticilerin vermiş oldukları cevaplarla sınırlıdır. Özel sektördeki yöneticileri kapsamaz. Araştırma, sadece İstanbul ili Beyoğlu bölgesinde yer alan kamu hastanelerinde görev yapan yöneticilerle sınırlıdır, Türkiye'ye genellenemez.

## III. BULGULAR

Katılımcıların %45,1'i kadın iken, %54,9'u erkektir. Katılımcıların %23,1'inin eğitim durumu lisans, %58,2'sinin yüksek lisans, %3,3'ünün doktora ve %15,4'ünün ise tıpta uzmanlıktır. Katılımcıların %9,9'u hastanede hastane yöneticisi/başhekim pozisyonunda, %23,1'i başhekim yardımcısı pozisyonunda, %14,3'ü idari ve mali hizmetler müdürü pozisyonunda, %26,4'ü idari ve mali hizmetler müdür yardımcısı pozisyonunda, %7,7'si destek ve kalite hizmetleri müdürü pozisyonunda, %4,4'ü destek ve kalite hizmetleri müdür yardımcısı pozisyonunda, %9,9'u sağlık bakım hizmetleri müdürü pozisyonunda ve %4,4'ü sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı pozisyonunda çalışmaktadır (Tablo 2).

**Tablo 2. Sosyo-demografik Özellikler**

	n	%
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	41	45,1
Erkek	50	54,9
<b>Toplam</b>	<b>91</b>	<b>100</b>
<b>Eğitim düzeyi</b>		
Lisans	21	23,1
Yüksek Lisans	53	58,2
Doktora	3	3,3
Tıpta Uzmanlık	14	15,4
<b>Toplam</b>	<b>91</b>	<b>100</b>
<b>Pozisyon</b>		
Hastane Yöneticisi/Başhekim	9	9,9
Başhekim Yardımcısı	21	23,1
İdari ve Mali Hizmetler Müdürü	13	14,3
İdari ve Mali Hizmetler Müdür Yardımcısı	24	26,4
Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü	7	7,7
Destek ve Kalite Hizmetleri Müdür Yardımcısı	4	4,4
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü	9	9,9
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı	4	4,4
<b>Toplam</b>	<b>91</b>	<b>100</b>

Katılımcıların yaş ortalaması  $44,29 \pm 8,17$ 'dir. Katılımcıların meslekteki toplam çalışma süresi ortalaması  $21,6 \pm 7,95$ 'tir. Katılımcıların yöneticilik pozisyonunda toplam çalışma süresi ortalaması  $5,85 \pm 4,6$ 'dir. Katılımcıların günlük uyku süresi ortalaması  $6,64 \pm 0,89$ 'dur. Katılımcıların günlük çalışma saati ortalaması  $9,18 \pm 1$ 'dir (Tablo 3).

**Tablo 3. Katılımcıların Kişisel Bilgilerine Yönelik Tanımsal İstatistik Bilgiler**

Değişkenler	Minimum	Maksimum	Ortalama	Standart Sapma
Yaş	27,00	66,00	44,29	8,17
Meslekteki Toplam Çalışma Süresi	7,00	40,00	21,60	7,95
Yöneticilik Pozisyonunda Toplam Çalışma Süresi	1,00	25,00	5,85	4,60
Günlük Uyku Süresi	5,00	9,00	6,64	0,89
Günlük Çalışma Saati	8,00	12,00	9,18	1,00

Araştırmada yer alan ölçeklere ilişkin korelasyon analizi sonuçları Tablo 4'de yer almaktadır. Buna göre; yönetsel beceri, bilişsel esneklik ve iş stresi boyutları arasında zayıf düzeyde olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Korelasyon analizi için modelin  $H_1$ ,  $H_2$  ve  $H_3$  hipotezleri doğrulanmıştır.



**Tablo 4. Korelasyon Analizi Sonuçları**

	Bilişsel Esneklik	Motivasyon	Bağlılık	Ekip Performansı	Yetki Devri	İletişim	Anlaşma	Liderlik	Tavsiyelerde Bulunma ve Görüşme	Stratejik Düşünme Karar Verme	Bütçeleme	Finansal ve İnsan Kaynakları	Kurumsal ve Kişisel Kaynaklara Uyum	Zaman ve Stres Yönetimi	Yönetimsel Beceri (Genel)	İş Stresi
<b>Bilişsel Esneklik</b>	1,00	0,364*	0,248*	0,359*	0,08	0,167*	0,273*	0,229*	0,228*	0,202*	0,11	0,182*	0,300*	0,219*	0,318*	-0,13*
Motivasyon Alt Boyutu		1,00	0,256*	0,474*	0,155*	0,336*	0,414*	0,318*	0,440*	0,445*	0,260*	0,359*	0,441*	0,428*	0,553*	-0,210*
Bağlılık Alt Boyutu			1,00	0,288*	0,181*	0,310*	0,164*	0,192*	0,324*	0,223*	0,10	0,226*	0,347*	0,287*	0,418*	-0,11
Ekip Performans Alt Boyutu				1,00	0,280*	0,381*	0,370*	0,329*	0,335*	0,370*	0,311*	0,421*	0,492*	0,435*	0,584*	-0,06
Yetki Devri Alt Boyutu					1,00	0,283*	0,185*	0,373*	0,15	0,267*	0,10	0,11	0,279*	0,307*	0,344*	-0,04
İletişim Alt Boyutu						1,00	0,309*	0,384*	0,433*	0,418*	0,255*	0,341*	0,377*	0,368*	0,535*	-0,08
Anlaşma Alt Boyutu							1,00	0,309*	0,388*	0,418*	0,309*	0,380*	0,370*	0,346*	0,506*	-0,171*
Liderlik Alt Boyutu								1,00	0,332*	0,517*	0,247*	0,217*	0,356*	0,350*	0,496*	-0,09
Tavsiyelerde Bulunma ve Görüşme Alt Boyutu									1,00	0,510*	0,365*	0,433*	0,461*	0,356*	0,569*	-0,08
Stratejik Düşünme Karar Verme Alt Boyutu										1,00	0,448*	0,493*	0,417*	0,455*	0,636*	-0,152*
Bütçeleme Alt Boyutu											1,00	0,649*	0,365*	0,319*	0,481*	-0,08
Finansal ve İnsan Kaynakları Alt Boyutu												1,00	0,470*	0,443*	0,602*	-0,05
Kurumsal ve Kişisel Kaynaklara Uyum Alt Boyutu													1,00	0,552*	0,651*	-0,182*
Zaman ve Stres Yönetimi Alt Boyutu														1,00	0,618*	-0,211*
<b>Yönetimsel Beceri (Genel)</b>															1,00	-0,157*
<b>İş Stresi</b>																1,00

\*Anlamlılık düzeyi: 0,05

Çalışmada, bilişsel esneklik ve iş stresinin, yönetsel beceriye etkisine yönelik olarak regresyon analizleri uygulanmıştır (Tablo 5). Bilişsel esneklik ve iş stresi bağımsız değişken olarak, yönetim becerisi bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır. Varsayımların sağlanması amaçlı Newey-West algoritması ile analizler gerçekleştirilmiştir.

Model çıktılarından görüleceği üzere; bilişsel esneklik bir birim arttığında yönetsel beceri 0,248 birim artmaktadır. Bilişsel esneklik, yönetsel beceriyi olumlu yönde etkilemektedir. Diğer yandan, iş stresi bir birim arttığında yönetsel beceri 0,194 birim azalmaktadır. İş stresi, yönetsel beceriyi olumsuz yönde etkilemektedir. Modelin H4 hipotezi regresyon analizi ile de doğrulanmıştır. Bağımsız değişkenler olan bilişsel esneklik ve iş stresi, bağımlı değişken olan yönetsel beceriyi %68,4 ( $R^2=0,684$ ) açıklama gücüne sahiptir.

Modelin anlamlı olup olmadığını ifade eden F testine göre; p değerinin 0,05'ten küçük olmasından dolayı, modelin anlamlı olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Modelin varsayımlarına ilişkin heteroskedasite (eş varyanslılığın sağlanmaması) için Harvey testinden faydalanılmıştır. Harvey testinin sonucuna göre p değeri 0,05'ten büyük olduğundan dolayı homoskedasite (eş varyans durumu) olduğu ortaya konulmuştur. Otokorelasyon sorununa ilişkin olarak LM testi yapılmıştır. Testin sonucuna göre p değeri 0,05'ten büyük olduğu için otokorelasyon bulunmadığı tespit edilmiştir. Hata paylarının normalliğini belirlemeye ilişkin yapılan Jarque-Bera testinin neticesinde p değeri 0,05'ten büyük olduğundan dolayı, hataların normal dağıldığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, modelin varsayımları sağlanmış ve elde edilen sonuçların yorumuna uygun ve güvenilir yapıda oldukları belirlenmiştir.

**Tablo 5. Regresyon Analizi Sonuçları**

Bağımlı Değişken: Yönetsel Beceri	Katsayı	St. hata	t istatistiği	p (anlamlılık)
Bilişsel Esneklik	0,248	0,042	5,904	0,000*
İş stresi	-0,194	0,039	-4,974	0,001*
Sabit	1,362	0,260	5,238	0,000*
$R^2 = 0,684$ $F_{hesap} = 35,89$ $F_{anlamlılık} = 0,000$ Harvey test (p) = 0,126				
LM test (p)= 0,109 Jarque-Bera (p)=0,284				

\*Anlamlılık düzeyi: 0,05

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık yönetimi alanında doğru politikaların oluşturulması ve nitelikli kararların verilmesi, doğrudan sahip olunan insan kaynağının bilgi ve becerisine bağlıdır. Yöneticilerin yönetsel beceri ve nitelikleri ne kadar yüksek olursa, alınan kararların kalitesi ve etkinliği de o derece yüksek olur. Bu nedenle sağlık kurumu yöneticilerinin sahip olduğu yönetsel beceriler ve bu becerileri etkileyen faktörlerin tespit edilmesi önemlidir. Çalışmada motivasyon, bağlılık, ekip performansı, yetki devri, iletişim, anlaşma, liderlik, tavsiyelerde bulunma ve görüşme, stratejik düşünme karar verme, bütçeleme, finansal ve insan kaynakları, kurumsal ve kişisel kaynaklara uyum, zaman ve stres yönetimi alt boyutlarının tamamının yönetsel beceri boyutunu pozitif yönde etkilediği; motivasyon, anlaşma, stratejik düşünme karar verme, kurumsal ve kişisel kaynaklara uyum ile zaman ve stres yönetimi alt boyutlarının iş stresi boyutunu negatif yönde etkilediği, diğer alt boyutların iş stresi boyutuyla anlamlı bir ilişkisinin olması tespit edilmiştir. Toygar ve Akbulut (2013), hastane yöneticilerinin karar verme ve problem çözme becerileri ile motivasyon, bağlılık ve ekip performans becerileri arasında zayıf, pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki, karar verme ile yetki devri, stres yönetimi, etkili stratejik iletişim arasında orta düzeyde pozitif bir ilişkinin olduğunu saptamıştır. Barsbay (2016)'ın çalışmasında, Sağlık Bakanlığı hastanelerinde görevli hekim yöneticilerin en önemli gördüğü ve en yüksek skora sahip insan ilişkisi kaynaklı yönetsel becerilerin; çalışanları ve takımı yönetme, iletişim ve çalışanları motive etme becerileri olduğu tespit edilmiştir. Yüksel ve

diğerleri (2016) tarafından hastanelerde görev yapan yöneticilerin yönetsel becerilerinin değerlendirildiği diğer bir çalışmada, yöneticilerin en gelişmiş yönetsel becerilerinin anlaşma, iletişim, liderlik, tavsiyede bulunma ve görüşme becerileri olduğu, en fazla geliştirilmesi gereken becerinin ise bağlılık alt boyutu olduğu tespit edilmiştir. Toygar ve Akbulut (2013), yönetsel beceriler arasındaki ilişkileri değerlendirdikleri bir çalışmada; yetkilendirme, etkili ve stratejik iletişim, stres yönetimi, örgütsel kaynakların insan kaynaklarıyla uyumu arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Aynı çalışmada, hastane yöneticilerinin en düşük yönetsel beceri skorunun bağlılık alt boyutuna ait olduğu bulunmuştur. Karaalp ve diğerlerinin (2013), askeri bir hastanede yöneticilerin yönetsel başarı durumlarının değerlendirilmesiyle ilgili yapmış oldukları çalışmada, çalışanların yöneticilerini genellikle başarılı buldukları alanların kalite anlayışı, planlama ve yürütme fonksiyonlarının yerine getirilmesi unsurları oldukları, başarısız buldukları fonksiyonların ise koordinasyon ve motivasyon faktörleri olduğu ve hastane yöneticilerinin motivasyon, iletişim, ekip yaklaşımı ve iş bölümü konusunda daha özenli davranmaları önerilmiştir. Çalışmada kapsama alınan yönetsel fonksiyonlar bazında, hastane üst düzey yöneticilerinin yönetsel başarı ortalamasının düşük olduğu görülmüştür. Finlandiya’da başhekimlerin yönetici becerilerinin hekimler tarafından değerlendirildiği bir çalışmada, başhekimlerin en zayıf yönetsel becerilerinin, yetkilendirme ve motive etme becerileri olduğu ve başhekimlerin %85’inin yönetim becerileri konusunda oldukça kısıtlı bir eğitim aldıkları tespit edilmiştir. Çalışmada, yetkilendirme becerileri gelişmiş olan yöneticilerin, problem çözme ve karar verme becerilerinin daha üst düzeyde olduğu bulunmuştur (Kumpusalo vd., 2003). Supic ve diğerlerinin (2010) Sırbistan’da üst düzey hastane yöneticileri üzerinde yapmış olduğu bir çalışmada, yöneticilerin iletişim ve anlaşma yönetsel becerilerinin düşük ortalamaya sahip olduğu, yöneticilere verilen hastane yönetimi eğitiminden sonra yönetsel becerilerinde iyileştirme görüldüğü tespit edilmiştir. Moradi ve diğerlerinin (2020) çalışmasında, hastane yöneticilerinin sahip olması gereken en önemli yönetsel becerilerin; stratejik beceri, algılama becerisi, insan ilişkileri becerisi, iş deneyimi ve kişisel özelliklerle ilişkili beceriler olduğu, yöneticilerin özellikle zorlandıkları konuların; finansal kaynakların kısıtlı olması, alman eğitim ile yapılan iş arasında bir orantının olmaması konuları olduğu vurgulanmıştır. Khadka ve diğerleri (2014), hastane yöneticileri arasındaki en önemli rekabet faktörlerinin liderlik ve iletişim becerileri olduğunu belirtmiştir. Kalargyrou ve diğerleri (2012) yöneticilerin becerileri arasında insan ilişkileri becerisinin önemini vurgulamıştır. Bu noktada yönetici eğitimlerinin önemi ortaya çıkmaktadır. Kebede ve diğerleri (2012), hastane yöneticilerinin yönetim becerilerinin geliştirilmesi amacıyla düzenlenen eğitimlerin, sağlık bakım sistemlerinin performansında önemli bir gelişme ile sonuçlandığını belirtmiştir. Toygar ve Akbulut (2013), hastane yöneticilerinin yönetsel becerilerinin geliştirilmesi amacıyla, yetkilendirme ve güçlendirmenin her yönetim seviyesinde teşvik edilmesini, çalışanlarla etkili bir iletişim kurularak sorunlarının ve isteklerinin dinlenilmesini, hastane yöneticilerinin sahip olması gereken yönetsel becerilerin bir bütün olarak ele alınmasını ve geliştirilmesini önermiştir.

Çalışmada iş stresinin, yönetsel beceriyi olumsuz yönde etkilediği tespit edilmiştir. Yöneltsel beceri düzeyi yüksek olan bireylerin stresle daha etkin bir şekilde başa çıktıkları bilinmektedir (Kesselring, 2010). Araştırmalar, yöneticilerin yönetsel becerilerinin, çalışanların iş stresini azaltıp, performanslarını artırdığını göstermektedir (Walsh vd., 2019; AbuAlRub ve Al-Zaru, 2008). Hamidi ve diğerleri (2012), çalışanların iş stresi ile yöneticilerin insani, kavramsal ve tasarım becerileri arasında anlamlı ve negatif bir ilişki bulunduğunu tespit etmiştir. Aynı araştırmada, sağlık yöneticilerinin %36,7’sinin mesleki beceri düzeyinin yüksek, %56,6’sının orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir ve sağlık kurumu yöneticilerinin yönetsel becerilerinin geliştirilmesinin iş stresini azaltıp, performansı artırabileceği belirtilmiştir. Nijerya’da yöneticiler üzerinde yapılan bir çalışmada, iş stresinin konsantrasyon düşüklüğü ile birlikte karar verme becerilerinde zayıflığa ve öfke, korku, kaygı gibi duygularda artışa yol açtığını görülmüştür (Salami vd., 2010). Demirbaş ve diğerlerinin (2011) hastane yöneticilerinin yönetsel stres kaynaklarıyla ilgili çalışmasında, “yetki ve sorumluluk” yönünden başhemsire yardımcılarının başhekim yardımcılara nazaran daha fazla yönetsel stres yaşadıkları, yöneticilik süresi az olan yöneticilerin yöneticilik süresi daha uzun olan yöneticilere kıyasla “aşırı iş yükü ve zaman baskısı ve çalışma arkadaşlarıyla ilişkiler” yönünden daha fazla stres yaşadıkları tespit edilmiştir. Aynı çalışmada yöneticilerin iş stresiyle başa çıkabilmek amacıyla; fiziksel egzersiz yaptıkları, aile ve sosyal hayatlarına daha fazla vakit ayırdıkları, olumlu bir iletişim

kurmaya özen gösterdikleri, kültürel etkinliklere katıldıkları, yetki devri yaptıkları ve sosyal ortamlardan daha fazla yararlandıkları görülmüştür. Yüksel ve diğerlerinin (2016) yöneticilerin yönetsel beceri düzeyini belirleyen boyutlar arasındaki ilişkileri değerlendirdikleri çalışmada; bağlılık ile zaman ve stres yönetimi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Torun ve Tekin (2014)'in çalışmasında ise iş stresini yoğun bir şekilde yaşayan sağlık kurumu yöneticilerinin çoğunlukla A tipi kişilik özelliklerine sahip olduğu, stres ile sosyo-demografik özellikler arasında anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı tespit edilmiştir. Klein ve diğerleri (2011), sağlık çalışanları arasında psikososyal stresi azaltmaya yönelik müdahalelerin, sağlık hizmetlerinin kalitesini geliştirebileceğini öne sürmüştür. Sağlık kurumlarında iş yükünün, rol belirsizliğinin, psikolojik baskıların azaltılması, yöneticilerde ve çalışanlarda strese neden olan faktörlerin belirlenerek, bu yönde iyileştirici çalışmalar yapılması, stresi azaltmaya yönelik danışmanlık hizmetlerinin ve sosyal destek faaliyetlerinin artırılması, çalışma ortamının iyileştirilmesi, kurumda iş yükünün dengeli bir şekilde dağıtılması yöneticilerin ve çalışanların performansının iyileştirilmesi açısından önemlidir.

Çalışmada bilişsel esnekliğin, yönetsel beceriyi pozitif yönde, iş stresini negatif yönde etkilediği bulunmuştur. Sağlık sektöründe bu konu ile ilgili yapılan çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Hemşirelik öğrencilerinin stres durumları ile bilişsel esneklik düzeyleri arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmada, öğrencilerin algılanan stres düzeyleri arttıkça, bireysel esneklik düzeylerinin azaldığı görülmüştür. Aynı çalışmada, algılanan stres ile bilişsel esneklik ölçek puanları arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu tespit edilmiştir (Turan vd., 2019). Araştırmalar bilişsel esneklik düzeyi yüksek olan bireylerin, stres düzeylerinin düşük olduğunu, bilişsel esneklik ile mutluluk düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkinin olduğunu göstermektedir (Altunkol, 2011; Han vd., 2011; Asıcı ve İkiz, 2015). Laçın ve Yalçın (2019)'ın çalışmasında stresle başa çıkma tarzının bilişsel esnekliğin önemli bir yordayıcısı olduğu tespit edilmiştir. Diğer taraftan Çuhadaroğlu (2011) tarafından yapılan bir çalışmada, stresle başa çıkma yöntemlerinin bilişsel esnekliği anlamlı bir şekilde yordamadığı, bilişsel esneklik ile stresle başa çıkma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunmadığı görülmüştür. Bireyin üzerinde hissettiği bir baskı unsuru olan stresle etkin bir şekilde baş edebilmesi amacıyla, esnek bir düşünce yapısına sahip olması ve bilişsel esnekliğinin yüksek olması, bu baskıyı daha az hissetmesini ve uygun çözüm yöntemleri geliştirmesini sağlayabilir (Altunkol, 2011). Çalışma bulgularının, hastane yöneticilerinin sürekli ve hızla değişen çevre koşullarına uyum sağlamak amacıyla bilişsel esneklik düzeylerinin yüksek olduğunun bir göstergesi sonucu olduğu düşünülmektedir. Sağlık sektörü son derece dinamik, karmaşık, uzmanlaşma seviyesi yüksek, hataya toleransı düşük, hızlı ve doğru kararların alınması gereken ve teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı sektörlerden biridir. Buna ek olarak araştırma kapsamına dahil olan hastane yöneticilerinin büyük bir kısmının yüksek lisans mezunu olmasının da yöneticilerin esnek bir düşünce yapısına sahip olması üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir.

Çalışma sonuçları motivasyon, bağlılık, ekip çalışması, yetki devri, iletişim, liderlik, stratejik karar verme, zaman ve stres yönetimi değişkenlerinin yönetsel beceriyi pozitif yönde etkilediğini göstermektedir. Bu nedenle kurumsal düzeyde yöneticilerin liderlik ve stratejik karar verme süreçlerine rehberlik yapması, çalışanların motivasyonunu artıracak, ekip çalışmasını ve iletişimini güçlendirecek, yetki devrinin etkin bir şekilde işlenmesini sağlayacak çalışmalar yapılması ve bu konularda farkındalığı yüksek hastane yöneticilerinin yetiştirilmesi faydalı olabilir. Buna ek olarak iş stresinin yönetsel beceriyi negatif yönde etkilemesi nedeniyle iş hayatında strese neden olan faktörlerin kurumsal düzeyde tespit edilerek azaltılmasına yönelik düzenlemeler yapılması, stresle başa çıkma teknikleri konusunda hastane yöneticilerine ve çalışanlara düzenli aralıklarla eğitim verilmesi önerilmektedir. Bilişsel esnekliğin yönetsel beceriyi olumlu yönde etkilemesinden hareketle çevresel değişimlere uyum gücü yüksek, dinamik, hızlı ve doğru karar alma becerisine sahip ve iş birliğine açık yöneticilerle çalışılması veya yöneticilere bu becerilerin kazandırılması yönünde düzenlemeler yapılması kurumsal başarıya katkı sağlayabilir. Çalışmada yönetsel beceri, bilişsel esneklik ve iş stresi boyutları arasında anlamlı ancak zayıf düzeyde ilişkilerin olduğu belirlenmiştir. Hastane yöneticilerinin, yönetsel becerilerini ve bilişsel esnekliklerini artırmak amacıyla mezuniyet öncesi eğitim programlarında bu konulara yer verilmesi, otoriter bir yönetim tarzı yerine katılımcı bir

yönetim yaklaşımının benimsenmesi, işe alım ve yerleştirmede bireysel yetenek ve becerilerin göz önünde bulundurulması, açık bir iletişim ortamının teşvik edilmesi ve yetki devrinin öneminin yöneticilere aktarılması önemlidir. Böylece, bilişsel esneklikleri yüksek, yönetmel becerilerde başarılı, stresle baş etme teknikleri konusunda bilgi sahibi hastane yöneticileri sayesinde, sağlık kurumlarının daha başarılı bir şekilde yönetilmesi sağlanabilir. Çalışma kapsamındaki değişkenler arasındaki ilişkilerin daha net bir şekilde anlaşılması açısından, farklı sağlık kurumlarında ve farklı örneklem büyüklükleri üzerinde benzer çalışmalar yapılması önerilmektedir.

**Etik Kurul İzni:** Bu çalışma Trakya Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu tarafından (14.11,2018 tarihli, 2018.10.10 karar nolu) onaylanmıştır.

## KAYNAKLAR

- AbuAlRub, R. F., & Al-Zaru, I. M. (2008). Job stress, recognition, job performance and intention to stay at work among Jordanian hospital nurses. *Journal of Nursing Management*, 16(3), 227-236.
- Ak, B. (1990). *Hastane yöneticiliği*. Özkan Matbaacılık.
- Altunkol, F. (2011). *Üniversite öğrencilerinin bilişsel esneklikleri ile algılanan stres düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Anderson, C. M., & Martin, M. M. (1995). Communication motives of assertive and responsive communicators. *Communication Research Reports*, 12(2), 186-191.
- Asıcı, E., & İkiz, F. E. (2015). Mutluluğa giden bir yol: bilişsel esneklik. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(35), 191-211.
- Barsbay, M. Ç. (2016). *Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hekim yöneticilerin yönetmel beceri ve rollerinin incelenmesi*. (Doktora Tezi). Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Bondarenko, V., Diugowanets, O., & Kurei, O. (2021). *Transformation of managerial competencies within the context of global challenges*. SHS Web of Conferences 90, 02002, International Conference on Entrepreneurial Competencies in a Changing World (ECCW 2020). <https://doi.org/10.1051/shsconf/20219002002>.
- Canas, J. J., Fajardo, I., & Salmeron, L. (2006). Cognitive flexibility. *International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors*, 1, 296-301.
- Chung, S. H., Su, Y. F., & Su, S. W. (2012). The impact of cognitive flexibility on resistance to organizational change. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 40(5), 735-745.
- Çelikkaleli, Ö. (2014). Bilişsel esneklik ölçeği'nin geçerlik ve güvenilirliği. *Eğitim ve Bilim*, 39(176), 339-346.
- Çuhadaroğlu, A. (2011). *Bilişsel esnekliğin yordayıcıları*. (Doktora Tezi). Ankara Üniversitesi, Ankara.
- Demirbaş, T., Önder, Ö. R., Esatoğlu, A. E., & Ağırbaş, İ. (2011). Ankara il merkezindeki hastane yöneticilerinin yönetmel stres kaynakları ve stresle başa çıkma yöntemlerinin değerlendirilmesi. *Ankara Üniversitesi Dikimevi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Dergisi*, 10(1), 13-17.

- Doğan, S., & Şahin, F. (2011). Yönetmel güçlölük ve etkililik: kavramsal bir çalışma. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 25(2), 61-85.
- Efeoğlu, İ. E. (2006). *İş-aile yaşam çatışmasının iş stresi, iş doyumunu ve örgütsel bağlılık üzerindeki etkileri: İlaç sektöründe bir araştırma*. (Doktora Tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana.
- Ganster, D. C., & Rosen, C. C. (2013). Work stress and employee health: A multidisciplinary review. *Journal of Management*, 39(5), 1085-1122.
- Hamidi, Y., Mehri, M., Zamanparvar, A., & Imani, B. (2012). Relationship between managerial skills and employees job stress in health centers. *Journal of Research in Health Sciences*, 12(2), 122-126.
- Han, D. H., Park, H. W., Koe, B. S, Na, C., Na, D. H. E., & Zaichkowsy, L. (2011). Performance enhancement with low stress and anxiety modulated by cognitive flexibility. *Korean Neuropsychiatric Association*, 8(3), 221-226.
- House, R. J., & Rizzo., J. R. (1972). Role conflict and ambiguity as critical variables in model of organizational behavior. *Organizational Behavior and Human Performance*, 7(3), 467-505.
- Kalargyrou, V., Pescosolido, A. T., & Kalargiros, E. A. (2012). Leadership skills in management education. *Academy of Educationl Leadership Journal*, 16, 39-46.
- Karaalp, T., Teke, A., & Çelen, Ö. (2013). Yöneticilerin yönetmel başarı düzeylerinin değerlendirilmesi: Asker hastaneleri örneği. *Gülhane Tıp Dergisi*, 55(4), 253-260.
- Karasek Jr, R. A. (1979). Job demands, job decision attitude, and mental strain: Implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Katz, R. L. (1974). *Skills of an effective administrator*. Harvard Business Review, Management Skills. <https://hbr.org/1974/09/skills-of-an-effective-administrator>.
- Kavuncubaşı, ř., & Yıldırım, S. (2012). *Hastane ve sağlık kurumları yönetimi*. Siyasal Kitabevi.
- Kaya, M. E., Eken, F. O., & Ümmet, D. (2021). İçgörü ve bilişsel esnekliğin psikolojik dayanıklılık üzerindeki yordayıcı etkisinin incelenmesi. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 3(1), 22-29.
- Kebede, S., Mantopoulos, J., Ramanadhan, S., Cherlin, E., Gebeyehu, M., Lawson, R., & Bradley, E. H. (2012). Educating leaders in hospital management: A pre-post study in Ethiopian hospitals. *Global Public Health*, 7(2), 164-174.
- Kesselring, A. F. (2010). *The relation of executive functioning to coping strategies and internalizing symptoms in a community sample of African American adolescents*. (Master's Thesis). Loyola University, ABD.
- Khadka, D. K., Gurung, M., & Chaulagain, N. (2014). Managerial competencies-A survey of hospital managers' working in Kathmandu valley, Nepal. *Journal of Hospital Administration*, 3(1), 62-72.
- Kiss, A. N., Libaers, D., Barr, P. S., Wang, T., & Zachary, M. A. (2020). CEO cognitive flexibility, information search, and organizational ambidexterity. *Strategic Management Journal*, 41(12), 2200-2233.

- Klein, J., Grosse Frie, K., Blum, K., & von dem Knesebeck, O. (2011). Psycho-social stress at work and perceived quality of care among clinicians in surgery. *BMC Health Services Research*, 11, 109.
- Kumpusalo, E., Virjo, I., Mattila, K., & Halila, H. (2003). Managerial skills of principal physicians assessed by their colleagues. *Journal of Health Organization and Management*, 17(6), 457-462.
- Laçın, B. G. D., & Yalçın, İ. (2019). Üniversite öğrencilerinde öz-yeterlilik ve stresle başa çıkma stratejilerinin bilişsel esnekliği yordama düzeyleri. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 34(2), 358-371.
- Martin, M. M., & Anderson, C. M. (1998). The cognitive flexibility scale: Three validity studies. *Communication Reports*, 11(1), 1-9.
- Martin, M. M., & Rubin, R. B. (1995). A new measure of cognitive flexibility. *Psychological Reports*, 76(2), 623-626.
- Moradi, F., Togholi, R., Abbas, J., Ziapour, A., Lebni, J. Y., Aghili, A., Baharirad, N., Mohseni, M., & Soroush, A. (2020). Hospital managers' skills required and onward challenges: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 228.
- Rubin, R. B., & Martin, M. M. (1994). Development of a measure of interpersonal communication competence. *Communication Research Reports*, 11(1), 33-44.
- Salami, A.O., Ojokuku, R., & Ilesanmi, I. (2010). Impact of job stress on managers' performance. *European Journal of Scientific Research*, 45(2), 249-260
- Sapmaz, F., & Doğan, T. (2013). Assessment of cognitive flexibility: Reliability and validity studies of Turkish version of the cognitive flexibility inventory. *Ankara University Journal of Faculty of Educational Sciences*, 46(1), 143-162,
- Sperry, L. (2003). *Becoming an effective health care manager: The essential skills of leadership*. Health Professions Press.
- Supic, Z. T., Bjegovic, V., Marinkovic, J., Milicevic, M. S., & Vasic, V. (2010). Hospital management training and improvement in managerial skills: Serbian experience. *Health Policy*, 96(1), 80-89.
- Torun, N., & Tekin, P. Ş. (2014). Ankara ilinde çalışan sağlık kurumları yöneticilerinin iş stresi ve kişilik özellikleri açısından değerlendirilmesi. *Ankara Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 13(1), 45-56.
- Toygar, S. A., & Akbulut, Y. (2013) Managerial skills of hospital administrators case study of Turkey. *Journal of Health Management*, 15(4), 579-594.
- Turan, N., Durgun, H., Kaya, H., Ertaş, G., & Kuvan, D. (2019). Hemşirelik öğrencilerinin stres durumları ile bilişsel esneklik düzeyleri arasındaki ilişki. *Journal of Academic Research in Nursing*, 5(1), 59-66.
- Walsh, A. P., Harrington, D., & Hines, P. (2019). Are hospital managers ready for value-based healthcare? *International Journal of Organizational Analysis*, 28(1), 49-65.
- Yüksel, S. (2015). *Hastane yöneticilerinin yöneltil beceri düzeylerinin incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Okan Üniversitesi, İstanbul.

Yüksel, S., Işıık, O., Uğurluoğlu, Ö., & Kahraman, G. (2016). Hastane yöneticilerinin yönetsel beceri düzeylerinin incelenmesi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 19(3), 241-254.



## A SYSTEMATIC REVIEW OF ECONOMIC EVALUATION STUDIES REGARDING COVID-19

Dolunay Özlem ZEYBEK \*  
Dilara ARSLAN \*\*

### ABSTRACT

The pandemic brought many uncertainties about both the disease itself and the health system. Due to the high rate of transmission, the Covid-19 pandemic has caused individuals to experience problems in accessing health services not only for Covid-19 but also for other diseases whether chronic or acute. In the stages of struggling with the pandemic, conducting economic evaluation studies on Covid-19 was seen as important, taking into account the uncertainties and access issues encountered, in order to guide decision makers for rational decision-making and to use resources effectively and efficiently. This study aims systematically review the economic evaluation studies for the diagnosis, treatment, and control of Covid-19 disease. PubMed, Scopus, Web of Science and ULAKBİM databases were searched from December 2019 to July 2021 to identify the literature on economic evaluation studies related to Covid-19. As a result of the systematic search, 362 articles were identified as a result of the search made in the relevant databases. After the repetitive entries were removed, title and abstract scanning were performed, and 22 publications that met the inclusion criteria were examined within the scope of the study. It was observed that 68.18% of the studies were published in 2021 and 31.81% in 2020. 81.8% of the published studies have been conducted with cost-effectiveness, 9.09% with cost-benefit, and 4.54% with cost minimization and cost-utility analysis. The majority of the countries where the studies were conducted were in high-income countries, in 2021 and cost-effectiveness analysis. The subject of these studies is mostly related to screening and diagnostic tests for Covid-19 disease. There wasn't any study detected conducted in Turkey on the subject. More research on this particular subject is required in the future.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, Coronavirus, systematic screening, economic evaluation.

### ARTICLE INFO

\* Res. Assist., Bandirma Onyedi Eylul University, Department of Health Management, dkilit@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1219-3308>

\*\* Res. Assist., Bandirma Onyedi Eylul University, Department of Health Management, darslan@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8667-4473>

Received: 05.07.2022

Accepted: 15.08.2023

### Cite This Paper:

Zeybek, D.Ö., & Arslan, D. (2023). A Systematic Review of Economic Evaluation Studies Regarding Covid-19, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 853-870

## COVID-19 İLE İLGİLİ YAPILAN EKONOMİK DEĞERLENDİRME ÇALIŞMALARINA İLİŞKİN SİSTEMATİK İNCELEME

Dolunay Özlem ZEYBEK \*  
Dilara ARSLAN \*\*

### ÖZ

Pandemi hem hastalığın kendisi hem de sağlık sistemi hakkında pek çok belirsizliği beraberinde getirmiştir. Covid-19 pandemisi, yüksek bulaşma hızı nedeniyle sadece Covid-19 için değil, kronik veya akut diğer hastalıklar için de bireylerin sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşamasına neden olmuştur. Pandemi ile mücadele aşamalarında, karar vericilerin akılcı karar almalarına rehberlik etmek ve kaynakları etkin ve verimli kullanmak amacıyla, yaşanan belirsizlikler ve erişim sorunları dikkate alınarak Covid-19 ile ilgili ekonomik değerlendirme çalışmalarının yapılması önemli görülmektedir. Bu çalışma, Covid-19 hastalığının tanı, tedavi ve kontrolüne yönelik ekonomik değerlendirme çalışmalarının sistematik olarak gözden geçirilmesini amaçlamaktadır. Covid-19 ile ilgili ekonomik değerlendirme çalışmalarına ilişkin literatürü belirlemek için 2019 Aralık ve 2021 Temmuz arasında PubMed, Scopus, Web of Science ve ULAKBİM veri tabanları taranmıştır. Yapılan sistematik tarama sonucunda ilgili veri tabanlarında yapılan tarama sonucunda 362 makale tespit edilmiştir. Tekrar eden kayıtlar kaldırıldıktan sonra başlık ve özet taraması yapılmış, dahil edilme kriterlerini karşılayan 22 yayın çalışma kapsamında incelenmiştir. Çalışmaların %68,18'inin 2021 yılında %31,81'inin 2020 yılında yayınlandığı görülmüştür. Yayınlanan çalışmaların %81,8'i maliyet etkililik, %9,09 maliyet fayda, %4,54'ü maliyet minimizasyon ve maliyet yararlanım analizidir. Çalışmaların yapıldığı ülkelerinin çoğunluğunun yüksek gelirli ülkelerde, 2021 yılında ve maliyet etkililik analizi olduğu görülmüştür. Bu çalışmaların konusunun çoğunlukla Covid-19 hastalığına yönelik tarama ve tanı testleri ile ilgilidir. Türkiye'den ise konuyla ilgili yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Konuyla ilgili ilerleyen dönemlerde daha fazla araştırma yapılması gereklidir.

**Anahtar Kelimeler:** Covid-19, Koronavirüs, sistematik tarama, ekonomik değerlendirme.

### MAKALE HAKKINDA

\* Arş. Gör., Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, dkilit@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1219-3308>

\*\* Arş. Gör., Bandırma Onyediy Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi, darslan@bandirma.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-8667-4473>

Gönderim Tarihi: 05.07.2022

Kabul Tarihi: 15.08.2023

### Atıfta Bulunmak İçin:

Zeybek, D.Ö., & Arslan, D. (2023). A Systematic Review of Economic Evaluation Studies Regarding Covid-19, Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 853-870

## **I. INTRODUCTION**

Covid-19 has been defined as a disease caused by a virus type whose agent was determined to be SARS-CoV-2 and was first detected in December 2019 (Ren et al., 2020). It has been announced that the total number of individuals caught in Covid-19, which has been declared a pandemic by WHO in March 2020, is over 530 million globally and the total number of deaths due to the virus is over 6 million as of 2022. According to the statistical reports prepared by considering the virus transmission data around the world, it is known that Türkiye is the 10th country with the highest number of cases (WHO, 2022a). For this reason, it is also important to examine the numbers specific to our country. As of the week of March 19-25, it was announced that the total number of cases in our country was 14,775,634 and the total number of deaths was 97,666 (Ministry of Health, 2022). The quantitative size of the groups affected by the virus has reached to unbelievable proportions, nearly 2 years after the disease began to spread globally and was declared a pandemic, and this brought 'Covid-19' to the top of the countries' agendas.

The source of the virus is still unknown, according to the latest epidemiological guide published by the Ministry of Health (Ministry of Health, 2020). However, it is thought that the evidence-based guideline needed in the management of the epidemic has been successfully created thanks to the studies on reducing the transmission rate of the disease, controlling its spread, detecting, and treating it. In this guideline, the most important and first step considered by the authorities, is the prevention of contamination (Turan and Hamza Çelikyay, 2020). In this step, it is aimed to break the infection chain of the disease, which is known to be transmitted by droplets (Ministry of Health, 2020). It has been stated that the most important point in breaking this chain is to take the source (sick individual) under control, and then to remove the healthy individual from the disease factor, since there is no cure discovered yet for the disease and for its fast-spread (Hayran and Sur, 2021; Turan and Hamza Çelikyay, 2020). Various quarantine and social distance strategies have been developed to achieve that goal. Although the strategy of quarantining the entire population by excluding some occupational groups such as physicians, nurses, health personnel, and security forces was implemented by many countries at first, this practice has left its place to lighter versions over time. Precautions such as isolation of the infected individuals and the individuals they have contacted with during the disease incubation period (2-14 days), the citizens in the risk group being in home quarantine, the closure of places where communities come together like schools, shopping malls, places of worship or limiting their activities, restrictions on domestic and international entry and exit have been taken (Ferguson et al., 2020; Turan and Hamza Çelikyay, 2020). Differently from individual mobility restrictions, vaccination studies to prevent disease transmission were initiated in the early period of the pandemic.

The first fully approved covid-19 vaccine has been developed with the partnership of Pfizer-Biontech and was made available as the first vaccine approved by the FDA in December 2020 (Yavuz, 2020). Apart from this, the vaccines that have been developed and made available for public use in various countries are as follows; Moderna, Sputnik, Sinovac, Astrazeneca-Oxford (Sookaromdee and Wiwanitkit, 2021). In the diagnosis phase of the disease, physicians' findings and radiological findings were used until diagnostic kits were developed, and over time, serological tests such as PCR test and ELISA and diagnostic tests-kits have started to be used (Temel et al., 2021). Individuals diagnosed with Covid positive might be asymptomatic cases as well as showing the symptoms of the disease. It is known that the symptoms of infection in symptomatic patients may vary depending on the person and be mild, moderate, and severe (Ministry of Health, 2020). While patients with mild symptoms can spend this period resting at home, the treatment processes of individuals with severe disease may require healthcare services in hospital intensive care units. It is also known that many drugs such as Remdesivir, Hydroxychloroquine, Ivermectin, Sotrovimab and Molmupiravir are being used in the treatment process of the disease (WHO, 2022b).

The fact that economies of the countries are directly and indirectly affected by various reasons such as the financial burden of the strict measures taken in the fight against the virus (e.g., quarantine at the national level, travel restrictions, mandatory routine testing for early diagnose), the increase in the expenses of the health sector etc. necessitates the economic evaluation of the strategies implemented

within the scope of epidemic management. In addition, while economic evaluation studies on sustainable service delivery in healthcare have always been seen as valuable sources, more studies seem needed on epidemic management which provides continuation of the services provided in times of crisis and successfully manages the crisis/outbreak (Doğan et al., 2019). Thanks to the reports obtained from the economic evaluations to be made, the outputs of the strategies for the country's economy can be observed, and also supply of healthcare resources which are getting harder day by day due to the epidemic can be made in a more evidence-based way (Briggs et al., 1994). Main methods used in economic evaluation studies as follows: Cost-Effectiveness Analysis, Cost Minimization Analysis, Cost-Benefit Analysis and Cost-Utility Analysis (Kobelt, 2013). These methods are based on comparison of the costs of two or more situations with the outcomes (Doğan et al., 2019). Cost-Utility is an economic evaluation method that takes into account not only quantitative but also quality aspects when comparing health interventions. In this method, the parameter that is compared with the costs is the improvement in the health status of the individuals which are measured by the quality-of-life adjusted years (QALY), disability life years (DALY) or healthy years equivalent (HYE) (Doğan et al., 2019; Kobelt, 2013). In the cost-benefit analysis, the costs, and the benefits such as the effects on the quality of life and life span that individuals have or will acquire are compared, but unlike the cost-utility analysis, the benefits obtained from the individuals are converted into monetary units. It is the determination of the net monetary benefit value of the health intervention after the necessary actions are taken on the two parameters, and the one with the highest value is determined as the method to be applied (Doğan et al., 2019; Shiell et al., 2002). Cost-effectiveness analysis is an economic evaluation method that focuses on obtaining maximum outcome with minimum cost. In this analysis, all parameters should remain in their natural form and should be evaluated as such (Shiell et al., 2002; Yalçın Balçık and Şahin, 2013). The cost-effectiveness method emerges as the most frequently used method in economic evaluation studies in healthcare (Doğan et al., 2019). Cost-Minimization method is seen in the literature as an extension of cost-effectiveness analysis (Kobelt, 2013). In this method, the outcomes to be obtained at the end of the intervention would be equal or considered equal (Shiell et al., 2002). The aim is to compare the costs of two or more interventions with equal outcomes to determine the least costly one. It is a relatively less preferred method since intervention situations with the same or nearly identical outcomes are rarely encountered in health services. However, it is a more common economic evaluation method in new intervention development studies to improve outcomes (Kobelt, 2013).

Managing the Covid-19 pandemic by newly developed interventions and strategies, and the undeniable magnitude of its economic effects have made economic evaluation studies in this specific field inevitable. Starting from that point, it is aimed to present a quick review of the studies in the literature on the management of the Covid-19 pandemic, in which the preventive, therapeutic and rehabilitative interventions are evaluated economically.

## **II. METHODOLOGY**

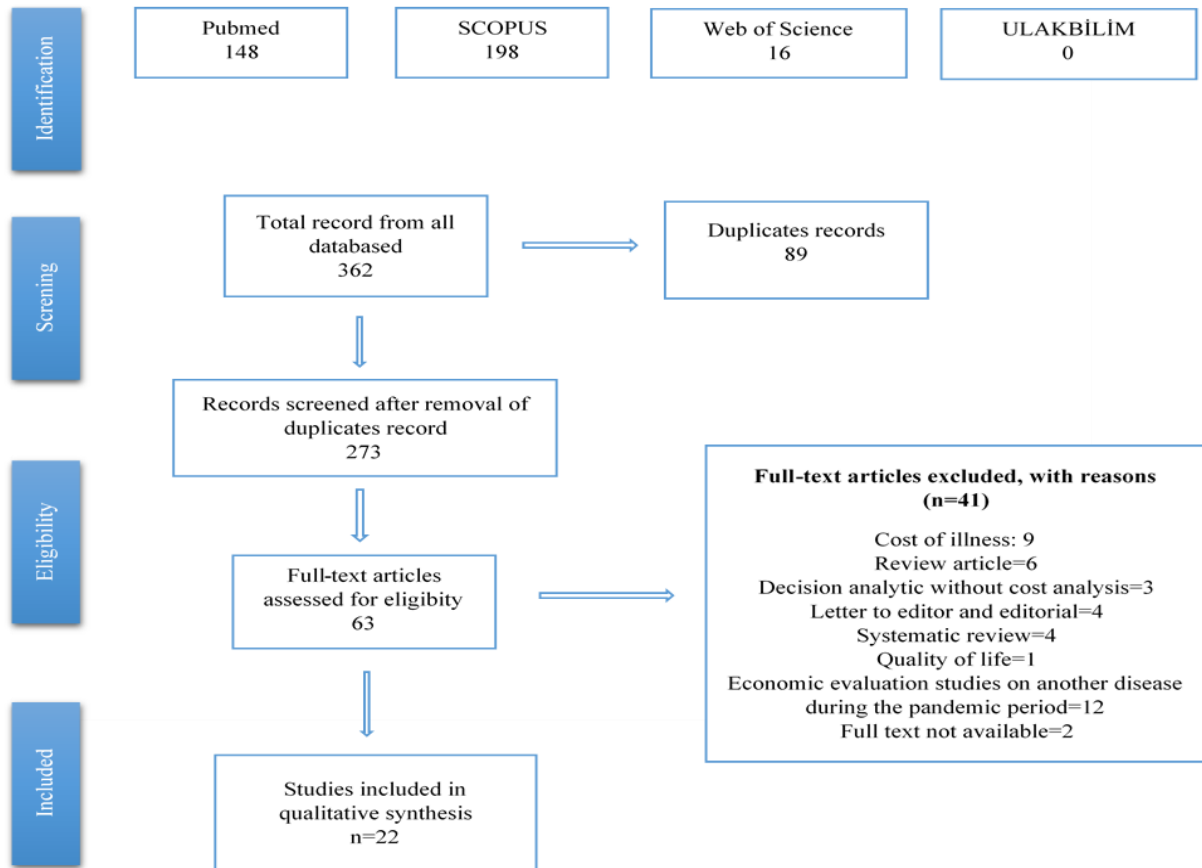
Economic evaluation methods are significant tools for rational decision-making in health services and for the effective and efficient use of scarce resources. Due to the high rate of transmission, the Covid-19 pandemic has caused individuals to experience some problems in accessing health services related to a disease other than Covid-19 as well (Aközlü and Öztürk Şahin, 2021; Yıldız and Bulut, 2021). From the first day the Covid-19 disease was detected to nowadays, new diagnosis, treatment and controlling methods have been found, and it is expected that new methods will be developed thanks to the increasing experience and knowledge. It has been considered important and valuable to conduct economic evaluation studies on Covid-19 in order to guide the decision makers and ensure the effective and efficient use of resources. In this context, it is aimed to systematically review the economic evaluation studies for the diagnosis, treatment, and control of Covid-19 disease. To conduct the research, databases of Pubmed, Scopus and Web of Science were chosen as it is suggested for health-related studies in the literature (Tawfik et al., 2019) together with ULAKBİM that is one of the most comprehensive database in Turkish literature.

**Table 1. Strategy of Literature Scanning**

<b>Keywords</b>	[(covid 19) OR (corona virus 19)] OR (sars cov2)] AND (economic evaluation) AND [(cost utility analysis) OR (cost effectiveness analysis) OR (cost benefit analysis) OR (cost minimization analysis)] [(covid 19) OR (korona virüs 19) OR (sars cov2)] AND (ekonomik değerlendirme) AND [(maliyet yararlanım analizi) OR (maliyet etkililik analizi) OR (maliyet fayda analizi) OR (maliyet minimizasyon analizi)]
<b>Database</b>	Pubmed, Scopus, Web of Science, ULAKBİM
<b>Research Time</b>	01.07.2021-15.07.2021
<b>Language</b>	English, Turkish
<b>Inclusion Criteria</b>	1. Full text available 2. 2019-2021
<b>Exclusion Criteria</b>	1. Cost of illness=9 2. Review article=6 3. Decision analytic without cost analysis=3 4. Letter to editor and editorial=4 5. Systematic review=4 6. Quality of life=1 7. Economic evaluation studies on another disease during the pandemic period 8. Full text not available

Details of the screening strategy for systematic review are given in Table 1. As a result of the search made in the relevant databases, 362 articles were identified, and after the duplicate records were removed, 22 publications were obtained by considering the inclusion criteria and title-abstract-keywords evaluation and were examined within the scope of the study (Figure 1).

**Figure 1. PRISMA flow chart for study selection**



### III. FINDINGS

As a result of the screening process shown in Figure 1, 22 economic evaluation studies related to Covid-19 were examined. Considering the general characteristics of the study (Table 2), it was seen that 68.18% of the studies were published in 2021 and 31.81% in 2020. Distribution of the economic evaluation methods conducted in the studies is found to be as follows: cost-effectiveness (81.8% of the studies), cost-benefit (9.09% of the studies), cost minimization (4.54% of the studies) and cost-utility analysis (4.54% of the studies). Looking at the countries where the studies were held, it was detected that the studies were carried out in 9 different countries, especially the United States (5 of the studies). The majority of economic evaluation studies were related to screening and diagnostic tests (7 of the studies). When the type of intervention in the studies was examined, the majority of the studies were found to be on preventive health services (7 of the studies).

**Table 2. General Characteristics of Economic Evaluations Studies on Covid-19**

	Number of the studies (N=22)
<b>Publication date</b>	
2020	7
2021	15
<b>Type of study</b>	
Cost-Effectiveness Analysis	18
Cost-Benefit Analysis	2
Cost-Minimization Analysis	1
Cost-Utility Analysis	1
<b>Type of interventions*</b>	
Diagnosis	10
Treatment	5
Preventive	14
<b>Country*</b>	
America	5
United Kingdom	4
Spain	3
China	3
Germany	2
South Africa	2
Low and middle-income countries	1
Canada	1
Israel	1
Taiwan	1
<b>Strategies *</b>	
Screening and diagnostic tests	7
Quarantine	3
Social distancing	2
Isolation	3
Personal Protective equipment	5
Treatment	5
Vaccination	4
<b>* Some of the studies are included to more than one section.</b>	

In total, 81.8% of economic evaluation studies have applied cost-effectiveness analysis in the methodology. The study conducted in Canada, the USA and the United Kingdom was carried out to measure the cost-effectiveness of general vaccination and risk-stratified vaccination models. As a result of the study, if Pfizer, Biontech and Moderna vaccines are applied in the universal vaccination model,

the vaccine both provides cost savings and positively affects health outcomes as long as the rate of anaphylaxis does not exceed 0.8% (Shaker et al., 2021).

In a study conducted in the USA, it was aimed to measure the cost-effectiveness of potential treatments and 'the best supportive care' as mentioned in the publication for patients hospitalized due to Covid-19. As a result, long-term treatments for patients were found to be cost-effective (Sheinson et al., 2021). In the study, which evaluated the cost-effectiveness of social distance, mask, and routine diagnostic tests on a university campus in the USA, it was concluded that comprehensive social distance and mandatory mask-wearing policies were more cost-effective than routine diagnostic tests (Losina et al., 2021). In another study conducted in the USA, a hypothetical Covid-19 vaccine was found to be cost-effective compared to no vaccine at all (Kohli et al., 2021).

A study was conducted to measure the cost-effectiveness of controlling the epidemic strategies in South Africa. A combined epidemic control strategy, consisting of diagnostic testing, contact tracing, isolation of positive cases, collective symptom screening, and quarantine of contacts, is found to be the most cost-effective option (Reddy et al., 2021). Another study conducted in South Africa was led to measure the cost-effectiveness of purchasing the intensive care unit capacities of private hospitals for the treatment of patients. Consequently, it was detected that purchasing the intensive care unit capacity of private hospitals was not a cost-effective option (Cleary et al., 2021).

In a study to measure the cost-effectiveness of infection prevention and control strategies in the endoscopy unit in Germany, the use of high-risk protective equipment and pre-endoscopy virus diagnosis tests to protect healthcare workers were identified cost-effective when the prevalence rate among asymptomatic individuals is 1% or more (Ebigbo et al., 2021). The cost-effectiveness of an increase in the existing intensive care capacity in Germany was calculated, and as a result, the existing capacity was found to be sufficient (Gandjour, 2021).

A study was carried out in the United Kingdom on whether screening tests should be laboratory-based in aged care homes or should be done by establishing a care point in the institution. It was measured that testing in the nursing home was generally more cost-effective than laboratory-based testing (Stevenson et al., 2021). Hypothetical suppression policies in the UK were compared in terms of cost-effectiveness. The cost-effectiveness status of these policies was depending on the hypothesis applied (Zala et al., 2020).

Procurement and distribution of large-scale personal protective equipment is a cost-effective option for low- and middle-income countries to keep the healthcare worker infection rate below 10% and the mortality rate below 1% (Risko et al., 2020). In a study conducted in Israel, three different types of social distancing (isolation of patients and their contacts, quarantine at the national level, and social distancing determined as 2 meters) and two different strategies were determined and compared. As a result of the comparison, it was seen that quarantining the entire population, except for certain occupational groups, is a cost-effective option (Shlomai et al., 2021). Mass vaccination in Taiwan proved to be more cost-effective than no vaccination (Wang and Flessa, 2020).

The purpose of the study conducted in Spain was to compare the cost-effectiveness of the population being vaccinated or non-vaccinated, and it was concluded with the result that the vaccinated population was cost-effective (Marco-Franco et al., 2021). In another study conducted in Spain (González López-Valcárcel and Vallejo-Torres, 2020), it was determined that the TTQ strategy, which is called the testing-tracking-quarantine strategy, is more cost-effective than not taking any precautions or a national quarantine strategy.

**Table 3.** Features of included economic evaluations studies on COVID-19

	Author	Country	Population	Intervention Type	Type of Economic Evaluation	Purpose	Sensitivity Analysis	Conclusion	Strategies *
1	Segui et al. (2021)	Spain	General population	Diagnostic	Cost-benefit analysis	To evaluate the economic impact of mass screening of asymptomatic individuals in the first and second waves of the Covid-19 epidemic.	Not available	The cost-effectiveness of collective screening in asymptomatic cases depends on screening high-risk individuals who are expected to test positive.	Covid-19 screening strategy
2	Shaker et al. (2021)	USA, UK, Canada	General population	Preventive	Cost-effectiveness analysis	To measure the cost-effectiveness of general vaccination and risk-stratified vaccination models.	Available	The universal vaccination model should not exceed 0.8% of the vaccine anaphylaxis rate to be cost effective.	Vaccine (Pfizer, Moderna, Biontech)
3	Sheinson et al. (2021)	USA	Inpatient	Treatment	Cost-effectiveness analysis	To measure the cost-effectiveness of potential treatment relative to best supportive care in patients hospitalized Covid-19.	Available	Long-term treatments for hospitalized patients have been found to be cost-effective.	Treatment (Short term: No supplemental oxygen, supplementation without ventilation, supplemental oxygen with ventilation (Long term: No ventilation during inpatient treatment, ventilation during inpatient treatment)
4	Losina et al. (2021)	USA	University students and academics	Preventive and diagnostic	Cost-effectiveness analysis	To evaluate the cost-effectiveness of routine diagnostic test, social distance and mask applications applied in the university campus.	Available	Comprehensive social distancing and mandatory mask-wearing policies are cost-effective compared to routine diagnostic testing.	Social distancing, mandatory wearing of masks, diagnostic tests
5	Reddy et al. (2021)	South Africa	General population	Preventive and diagnostic	Cost-effectiveness analysis	To make an economic evaluation of epidemic control strategies (diagnostic testing only for individuals who apply to health centers,	Available	The combined outbreak control strategy, consisting of diagnostic testing, contact tracing, isolation of positive cases, mass symptom screening, and	Diagnostic testing, contact tracing, isolation, collective symptom screening, quarantine



						contact tracing at home, isolation centers for cases requiring hospitalization, diagnostic testing for individuals with symptoms, quarantine centers for individuals with negative test results).		quarantine of contacts, was the most cost-effective option in Covid-19 outbreak control.	
6	Ebigbo et al. (2021)	Germany	Health workers	Preventive and diagnostic	Cost-effectiveness analysis	To measure the cost-effectiveness of infection prevention and control strategies of healthcare professionals working in the endoscopy unit.	Available	When the prevalence rate is 1% or more among asymptomatic individuals, the use of high-risk protective equipment and pre-endoscopy virus testing are cost effective.	Diagnostic testing and high-risk protective equipment
7	Risko et al. (2020)	Low and Middle-Income Countries	Health workers	Preventive	Cost-effectiveness analysis	To assess the cost-effectiveness of immediate investment in personal protective equipment for healthcare workers.	Available	Procurement and distribution of large-scale personal protective equipment is a cost-effective option to keep the healthcare worker infection rate below 10% and the mortality rate below 1%.	Mask and protective clothing
8	Cleary et al. (2021)	South Africa	Patient	Treatment	Cost-effectiveness analysis	To measure the cost-effectiveness of purchasing the intensive care unit capacities of private hospitals for the treatment of patients.	Available	It is not cost-effective to buy the intensive care unit capacity of private hospitals.	Intensive care unit capacity
9	Bagepally et al. (2021)	India	General population	Preventive	Cost-utility analysis	To measure the cost-effectiveness of non-pharmacological protective interventions such as hand hygiene, surgical mask, N95	Available	Hand hygiene practices were the most cost-effective option.	Non-pharmacological protective interventions

						mask, hand hygiene and mask.			
10	Gandjour et al. (2021)	Germany	-	Treatment	Cost-effectiveness analysis	To evaluate the cost-benefit of increasing or not increasing the intensive care unit bed capacity.	Available	It is cost-effective to increase the number of intensive care beds, even if the probability of using intensive care beds is minimal.	Providing additional capacity in the Intensive Care Unit
11	Currie et al. (2020)	UK	Patients with suspected Covid-19	Diagnostic	Cost minimization analysis	To evaluate the cost of standard hospital test applications with the test-making model, which is called the community test model, developed in the study.	Not available	Community testing model saves cost.	Screening and Diagnostic Tests
12	Shlomaini et al. (2021)	Israel	General population	Preventive	Cost-effectiveness analysis	To compare three different types of social distancing (isolation of patients and contacts, quarantine at national level, social distancing set at 2m) and quarantine strategies in terms of cost-effectiveness	Available	It has been determined that the advantageous between the two strategies is the quarantine of the entire population, except for those with basic occupations determined only by government decision. However, it was stated that the strategy could only provide a moderate advantage due to its cost burden.	Social distancing and quarantine
13	Stevenson et al. (2021)	UK	Elders	Diagnostic	Cost-effectiveness analysis	Hypothetically comparing whether Covid-19 screening tests should be done in the laboratory or at the care point established in aged care homes.	Available	In general, point-of-care testing is more cost-effective than lab-based testing.	Screening and Diagnostic Tests
14	Marco-Franco et al. (2021)	Spain	General population	Preventive	Cost-effectiveness analysis	Comparing the cost-effectiveness of the population's vaccination	Available	Vaccination is a cost-effective option. Even if 70% of the population is	Vaccine

						status with its non-vaccination status.		vaccinated with two injections with 70% efficacy, the ICER is determined as 5132 Euros.	
15	Broughel and Kotrous (2021)	USA	General population	Preventive treatment and diagnostic	Cost-benefit analysis	To make a cost-benefit analysis of the strategies implemented to control the first wave of Covid 19.	Not available	As a result of the study, it was determined that the strategies applied during the first wave were effective in slowing the spread of Covid 19 and should be continued.	Quarantine and social distancing
16	Jiang et al. (2020)	China	Patients with Covid-19	Diagnostic	Cost-effectiveness analysis	To assess whether RT-PCR testing twice or three times would be cost-effective to diagnose Covid 19 disease and discharge patients	Available	Three times the RT-PCR test was more cost-effective than two times in quarantined individuals.	Diagnostic Tests
17	Lopez-Valcarcel and Vallejo-Torres (2020)	Spain	Patients with suspected Covid-19	Preventive and diagnostic	Cost-effectiveness analysis	To evaluate the cost-effectiveness of the diagnosis-follow-up-quarantine strategy, called the TTQ strategy	Available	Successful TTQ implementations are no countermeasures and are a cost-effective option compared to a national quarantine strategy.	Screening and diagnostic tests, monitoring and quarantine
18	Kohli et al. (2021)	USA	General population	Preventive	Cost-effectiveness analysis	To investigate the cost-effectiveness of group prioritization in a hypothetical vaccination.	Available	It has been stated that the research has many uncertainties and limitations. However, a hypothetical Covid 19 vaccine was found to be cost-effective compared to no vaccination.	Vaccine
19	Wang et al. (2020)	Taiwan	General population	Preventive	Cost-effectiveness analysis	Vaccination and non-vaccination status of the entire population were compared.	Available	Vaccination of the entire population is cost-effective compared to the absence of vaccination.	Vaccine

20	Jiang et al. (2021)	China	Patients with Covid-19	Treatment	Cost-effectiveness analysis	To compare the cost-effectiveness of using remdesivir and not using it in the treatment of Covid-19.	Available	It has been determined that the use of remdesivir in treatment is more cost-effective. For this reason, it is recommended to add a treatment protocol.	Medication
21	Zhao et al. (2020)	China	General population	Preventive	Cost-effectiveness analysis	The cost-effectiveness of early implementation of movement restriction policies (quarantine, isolation and travel restrictions) and one week, two weeks and 4 weeks late implementation were compared.	Available	Early movement restriction policies were found to be the most cost-effective. It has also been found that these practices reduce the health burden and social costs.	Quarantine, isolation and travel restrictions
22	Zala et al. (2020)	UK	General population	Preventive and diagnostic	Cost-effectiveness analysis	Comparing the cost-effectiveness of hypothetical suppression policies	Available	The cost-effectiveness of suppression policies depends on the assumptions applied.	Quarantine, diagnostic tests and isolation

Performing the RT-PCR test three times in Covid-19 patients in China was found to be more cost-effective than performing the RT-PCR test twice in environments where it is quarantined due to Covid 19 (Jiang et al., 2020). The cost-effectiveness of early implementation of the movement restriction policies (e.g., quarantine, isolation, and travel restrictions) and its one week, two weeks, 4 weeks late implementation were compared in China. The early implementation was seen as the most cost-effective option (Zhao and Feng, 2020). In another study conducted in China, the context of the medication was considered. The cost-effectiveness of using remdesivir and not using it in the treatment of Covid-19 patients was compared. As a result, the usage of remdesivir was found to be cost-effective (Jiang et al., 2021).

4.54% of the economic evaluation studies included in the systematic review have proceeded with the cost-utility analysis. In a study conducted in India by Bagepally et al. (2021), it was aimed to measure the efficiency of non-pharmacological protective interventions such as hand hygiene, surgical mask, N95 mask, hand hygiene and mask. The study concluded that hand hygiene was found to be the most convenient option.

Repeatedly, 4.54% of the economic evaluation studies in the systematic review have utilized from cost minimization analysis in the methodology. In the study conducted in the United Kingdom, the testing model, which is named community testing, was developed for patients with suspected Covid-19, and standard hospital testing practices were compared in terms of cost. The community testing model was found to be the cost-minimized option (Currie et al., 2020).

9.09% of economic evaluation studies are cost-benefit analyses. In a study conducted in Spain, it is cost-effective to perform collective screening in asymptomatic individuals if screening is performed on individuals who are likely to be positive. (López Seguí et al., 2021). In another study which cost-benefit analysis was used conducted in the USA, it was aimed to measure the cost-benefit of the strategies applied to control the first wave of Covid-19. It was seen that the strategies applied during this time period seemed the efficient option (Broughel and Kotrous, 2021).

#### **IV. DISCUSSION**

Relevant literature was reviewed by Rezapour et al. (2021) similar to our study by putting a time limit between 2019 November and 2020 July, and the economic evaluation studies of the covid-19 period were systematically scanned and gathered under one title. In the study, scanning was carried out using Medline, PubMed, Cochrane Library, Embase, Web of Science (Core Collection), Scopus and Google Academic databases, and the publication language was limited to English. A total of 26 studies were included in the review during the scanning process. 53% of these studies (14 studies) chose cost-effectiveness analysis as the method, and this was followed by studies using cost-benefit analysis (7 studies) and cost-utility analysis (4 studies). Another study preferred to use the decision tree method. Eighteen of these studies determined the entire population as the universe, 4 of them were studied on patients with covid-19, only 2 on health workers and the other 2 on specific groups. It was determined that some of the included studies worked on more than one subject and the subject distribution was stated as follows: quarantine (10 studies), diagnostic and screening tests (8 studies), social distance (7 studies), isolation (6 studies), personal protective equipment (5 studies), treatment and vaccination (3 studies), and hygiene (1 study). As a result of this study, social distancing in long-term studies and the use of personal protective equipment in short-term studies were found to be more cost-effective than other strategies (herd immunity, quarantine, etc.), besides all studies have found that screening tests are cost-effective.

In another systematic review, 70 studies published between March 2020 and May 2021 were included and examined after scanning the NIH (National Institute of Health) database, NBER (National Bureau of Economic Research) database, EconLit, Google Scholar and Covid Scholar databases (Podolsky et al., 2022). It was observed that the included studies were conducted using cost-effectiveness (45 studies),

cost-benefit (22 studies) and cost-consequence (3 studies) analyses. In this review, where the language of publication was limited to English only, 83% of the studies (58 studies) were conducted on the whole population in general, while the other 12 studies were selected for specific groups such as children, the elderly, health workers, and students. Likely to Rezapour and his friends' study (Rezapour et al., 2021), it has been seen that some of these studies are based on more than one subject. The study subject distributions were stated as follows: non-drug practices (28 studies), diagnostic tests and application policies (15 studies), quarantine and isolation (14 studies), social distance (10 studies), mask (9 studies), treatment (8 studies), investment in health care (6 studies), community screening (5 studies), vaccination policy (5 studies), public information campaigns (5 studies), hand hygiene (4 studies), school closure (4 studies), cleaning (2 studies) study), cancellation of public events (2 studies). As a result of the study, it was taken into account in the economic evaluation studies on Covid-19, and therefore it was suggested to expand the scope of the future studies.

In the scope of our study, Turkish literature was also included together with English literature. The time limit was determined to be between December 2019 and June 2021. In this context, a wider time interval was examined and more comprehensive research was made rather than the systematic review studies in the literature (Rezapour et al., 2021; Podolsky et al., 2022). Unlike the previous studies, the following databases were reviewed: Web of Science, Scopus, Pubmed (Podolsky et al., 2022) and ULAKBİM (Rezapour et al., 2021; Podolsky et al., 2022). Similarly to these studies, the majority of the included studies in this review were conducted with cost-effectiveness analysis and this was followed by cost-benefit. It has been seen that studies were carried out with healthcare workers, (potential) covid-19 patients, the general population, university students and academics. The types of interventions examined in the studies were grouped as diagnostic, preventive and treatment by the researchers. It was determined that studies were more focused on preventive and diagnostic procedures.

## **V.CONCLUSION**

In this study, in which economic evaluation researches related to covid-19 were systematically reviewed, 22 studies were discussed in detail. This study is considered to be significant for why it reveals in which contexts economic evaluation methods are used in the fight against covid-19 and in which areas it can be studied. It was seen that the majority of the studies were conducted in high-income countries and carried out in 2021. The subject of these studies is mostly related to the diagnosis and treatment of covid-19 disease. Although the studies included were carried out in various countries worldwide, no studies have been found in Türkiye regarding the economic evaluation of covid-19. Therefore, this research is important in terms of identifying the gap in the literature and guiding the economic evaluation studies to be carried out on covid-19 in the future. The strengths of this study are that it covers a wider time period (December 2019- June 2021) than other studies found in the literature and that Turkish literature is also included to the process, even though it has limitations of being conducted in databases of PubMed, Scopus, Web of Science, ULAKBİM and including the ones in English and Turkish only.

**Ethics Committee Approval:** This study does not require an ethics committee approval.

## REFERENCES

- Aközülü, Z., & Öztürk Şahin, Ö. (2021). Covid-19 pandemisinde sağlık hizmetlerine erişim: Çocuk sağlığı nasıl etkilendi? *Çocuk Dergisi*, 21(2), 149–156.
- Bagepally, B. S., Haridoss, M., Natarajan, M., Jeyashree, K., & Ponnaiah, M. (2021). Cost-effectiveness of surgical mask, N-95 respirator, hand-hygiene and surgical mask with hand hygiene in the prevention of COVID-19: Cost effectiveness analysis from Indian context. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 10.
- Briggs, A., Sculpher, M., & Buxton, M. (1994). Uncertainty in the economic evaluation of health care technologies: The role of Sensitivity Analysis. *Health Economics*, 3, 95-104.
- Broughel, J., & Kotrous, M. (2021). The benefits of coronavirus suppression: A cost-benefit analysis of the response to the first wave of COVID-19 in the United States. *PLoS ONE*, 16(6).
- Cleary, S. M., Wilkinson, T., Tamandjou Tchuem, C. R., Docrat, S., & Solanki, G. C. (2021). Cost-effectiveness of intensive care for hospitalized COVID-19 patients: Experience from South Africa. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-10.
- Currie, J., Adamson, J., Bowden, B., Woolls, J., Jones, R., Healy, B., Heyburn, D., Shankar, A. G., & Howe, R. (2020). Impact of a novel community testing pathway for people with suspected COVID-19 in Wales: A cost-minimisation analysis. *BMJ Open*, 10(8), e038017.
- Doğan, İ., Ünal, A., & Çankaya, M. (2019). Sağlık hizmetlerinde ekonomik değerlendirme yöntemleri economic evaluation methods in health care. *Fiscaoeconomia*, 3(3), 152–168.
- Ebigbo, A., Römmele, C., Bartenschlager, C., Temizel, S., Kling, E., Brunner, J., & Messmann, H. (2021). Cost-effectiveness analysis of SARS-CoV-2 infection prevention strategies including pre-endoscopic virus testing and use of high risk personal protective equipment. *Endoscopy*, 53(2), 156-161.
- Ferguson, N. M., Laydon, D., Nedjati-Gilani, G., Imai, N., Ainslie, K., Baguelin, M., Bhatia, S., Boonyasiri, A., Cucunubá, Z., Cuomo-Dannenburg, G., Dighe, A., Dorigatti, I., Fu, H., Gaythorpe, K., Green, W., Hamlet, A., Hinsley, W., Okell, L. C., van Elsland, S., ... Ghani, A. C. (2020). *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID-19 mortality and healthcare demand*. Imperial College COVID-19 Response Team, London, March, 16.
- Gandjour, A. (2021). How many intensive care beds are justifiable for hospital pandemic preparedness? A cost-effectiveness analysis for COVID-19 in Germany. *Applied Health Economics and Health Policy*, 19(2), 181–190.
- González López-Valcárcel, B., & Vallejo-Torres, L. (2020). The costs of COVID-19 and the cost-effectiveness of testing. *Applied Economic Analysis*, 29(85), 77–89.
- Hayran, O. E., & Sur, H. (2021). Covid-19 Epidemiyolojisi. In F. Budak (Ed.), *Sağlık Yönetimi Bakış Açısıyla Covid-19* (2nd ed., pp. 7–26). Nobel Yayınevi.
- Jiang, Y., Cai, D., Chen, D., & Jiang, S. (2020). The cost-effectiveness of conducting three versus two reverse transcription-polymerase chain reaction tests for diagnosing and discharging people with COVID-19: Evidence from the epidemic in Wuhan, China. *BMJ Global Health*, 5(7), e002690.
- Jiang, Y., Cai, D., Chen, D., Jiang, S., Si, L., & Wu, J. (2021). Economic evaluation of remdesivir for the treatment of severe COVID-19 patients in China under different scenarios. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 87(11), 4386-4396.

- Kobelt, G. (2013). *Health Economics: An Introduction to Economic Evaluation* (Office of Health Economics, Ed.; 3rd ed.). Monographs.
- Kohli, M., Maschio, M., Becker, D., & Weinstein, M. C. (2021). The potential public health and economic value of a hypothetical COVID-19 vaccine in the United States: Use of cost-effectiveness modeling to inform vaccination prioritization. *Vaccine*, 39(7), 1157-1164.
- López Seguí, F., Estrada Cuxart, O., Mitjà i Villar, O., Hernández Guillaumet, G., Prat Gil, N., Maria Bonet, J., Isnard Blanchar, M., Moreno Millan, N., Blanco, I., Vilar Capella, M., Català Sabaté, M., Aran Solé, A., Argimon Pallàs, J. M., Clotet, B., & Ara del Rey, J. (2021). A cost-benefit analysis of the COVID-19 asymptomatic mass testing strategy in the North Metropolitan Area of Barcelona. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(13), 7028.
- Losina, E., Leifer, V., Millham, L., Panella, C., Hyle, E. P., Mohareb, A. M., Neilan, A. M., Ciaranello, A. L., Kazemian, P., & Freedberg, K. A. (2021). College campuses and COVID-19 mitigation: Clinical and economic value. *Annals of Internal Medicine*, 174(4), 472–483.
- Marco-Franco, J. E., Pita-Barros, P., González-De-julián, S., Sabat, I., & Vivas-Consuelo, D. (2021). Simplified mathematical modelling of uncertainty: Cost-effectiveness of Covid-19 vaccines in Spain. *Mathematics*, 9(5), 566.
- Ministry of Health. (2020). *COVID-19 (SARS-CoV-2 ENFEKSİYONU) Genel Bilgiler, Epidemiyoloji ve Tanı*. <https://covid19.saglik.gov.tr/Eklenti/39551/0/covid-19rehberigenelbilgilerepidemiyolojivetanipdf.pdf>
- Ministry of Health. (2022, March). *Covid19*. <https://covid19.saglik.gov.tr/>
- Podolsky, M. I., Present, I., Neumann, P. J., & Kim, D. D. (2022). A Systematic review of economic evaluations of COVID-19 interventions: Considerations of non-health Impacts and distributional issues. *Value in Health*, 25(8), 1298-1306.
- Reddy, K. P., Shebl, F. M., Foote, J. H. A., Harling, G., Scott, J. A., Panella, C., Fitzmaurice, K. P., Flanagan, C., Hyle, E. P., Neilan, A. M., Mohareb, A. M., Bekker, L. G., Lessells, R. J., Ciaranello, A. L., Wood, R., Losina, E., Freedberg, K. A., Kazemian, P., & Siedner, M. J. (2021). Cost-effectiveness of public health strategies for COVID-19 epidemic control in South Africa: a microsimulation modelling study. *The Lancet Global Health*, 9(2), e120–e129.
- Ren, L. L., Wang, Y. M., Wu, Z. Q., Xiang, Z. C., Guo, L., Xu, T., Jiang, Y. Z., Xiong, Y., Li, Y. J., Li, X. W., Li, H., Fan, G. H., Gu, X. Y., Xiao, Y., Gao, H., Xu, J. Y., Yang, F., Wang, X. M., Wu, C., ... Wang, J. W. (2020). Identification of a novel coronavirus causing severe pneumonia in human: A descriptive study. *Chinese Medical Journal*, 133(9), 1015–1024.
- Rezapour, A., Souresrafil, A., Peighambari, M. M., Heidarali, M., & Tashakori-Miyanroudi, M. (2021). Economic evaluation of programs against COVID-19: A systematic review. *International Journal of Surgery*, 85, 10–18.
- Risko, N., Werner, K., Offorjebe, O. A., Vecino-Ortiz, A. I., Wallis, L. A., & Razzak, J. (2020). Cost-effectiveness and return on investment of protecting health workers in low- And middle-income countries during the COVID-19 pandemic. *PLoS ONE*, 15(10), e0240503.
- Shaker, M., Abrams, E. M., & Greenhawt, M. (2021). A Cost-Effectiveness Evaluation of Hospitalizations, Fatalities, and Economic Outcomes Associated with Universal Versus Anaphylaxis Risk-Stratified COVID-19 Vaccination Strategies. *Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, 9(7), 2658-2668.



- Sheinson, D., Dang, J., Shah, A., Meng, Y., Elsea, D., & Kowal, S. (2021). A cost-effectiveness framework for COVID-19 treatments for hospitalized patients in the United States. *Advances in Therapy*, 38(4), 1811–1831.
- Shiell, A., Donaldson, C., Mitton, C., & Currie, G. (2002). Health economic evaluation. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(2), 88.
- Shlomai, A., Leshno, A., Sklan, E. H., & Leshno, M. (2021). Modeling social distancing strategies to prevent SARS-CoV-2 spread in Israel: A cost-effectiveness analysis. *Value in Health*, 24(5), 607–614.
- Sookaromdee, P., & Wiwanitkit, V. (2021). New COVID-19 vaccines, its cost and shelf life: A cost effectiveness analysis. *Archives of Medical Research*, 52(4), 453.
- Stevenson, M., Metry, A., & Messenger, M. (2021). Modelling of hypothetical SARS-CoV-2 point-of-care tests on admission to hospital from A&E: Rapid cost-effectiveness analysis. *Health Technology Assessment*, 25(21), 1–68.
- Tawfik, G.M., Dila, K.A.S., Mohamed, M.Y.F., Tam, D.N.H., Kien, N.D., Ahmed, A.M., Huy, N.T. (2019). A step by step guide for conducting a systematic review and meta-analysis with simulation data. *Trop Med Health*, 47(1), 1-9.
- Temel, A., Ateş, A., & Eraç, B. (2021). COVID-19 pandemisinde mikrobiyolojik tanı yöntemleri. *Türk Mikrobiyoloji Cemiyeti Dergisi*, 51(2), 99–108.
- Turan, A., & Hamza Çelikyay, H. (2020). Türkiye’de KOVID-19 ile mücadele: Politikalar ve aktörler. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 3(1), 1–25.
- Wang, M., & Flessa, S. (2020). Modelling Covid-19 under uncertainty: what can we expect? *European Journal of Health Economics*, 21(5), 665–668.
- WHO. (2022a, April 14). *WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard / WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard With Vaccination Data*. <https://covid19.who.int/>
- WHO. (2022b). *Therapeutics and COVID-19: living guideline*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-therapeutics-2022.2>
- Yalçın Balçık, P., & Şahin, B. (2013). Sağlık hizmetlerinde maliyet etkililik analizi ve karar analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 16(2), 121–134.
- Yavuz, E. (2020). COVID-19 aşılıları. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 24(4), 227–234.
- Yıldız, A., & Bulut, S. (2021). COVID-19 pandemi döneminde sağlık hizmetleri kullanımının değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(4), 928–938.
- Zala, D., Mosweu, I., Critchlow, S., Romeo, R., & McCrone, P. (2020). Costing the COVID-19 pandemic: An exploratory economic evaluation of hypothetical suppression policy in the United Kingdom. *Value in Health*, 23(11), 1432–1437.
- Zhao, H., & Feng, Z. (2020). Staggered release policies for COVID-19 control: Costs and benefits of relaxing restrictions by age and risk. *Mathematical Biosciences*, 326.



# KANO MODELİNİN SAĞLIK SEKTÖRÜNDE UYGULANABİLİRLİĞİNE VE KULLANIM ALANLARINA İLİŞKİN KANITLAR: SİSTEMATİK BİR DERLEME

Zehra Özge ÇANDERELİ\*

## ÖZ

Bu çalışmada son yıllarda sağlık alanında kullanımı artan ve hizmet kalite performansı ile müşteri tatmini arasındaki doğrusal olmayan ilişkiye odaklanan Kano modeli incelenmiştir. Sağlık alanında nasıl uygulandığını anlamak, temel özelliklerini belirlemek ve güncel uygulama örnekleri ile fırsat ve zorluklarını ortaya koymak amaçlanmıştır. Bu kapsamda günümüz hasta ihtiyaçlarının karmaşık doğasını ortaya koymada tercih edilen Kano modeline ilişkin sistematik derleme yoluyla uluslararası alanda yapılan bilimsel makaleler ele alınmıştır. Belirli kriterler ile son beş yıllık (2018-2022) süreçte WoS, PubMed ve Scopus veri tabanlarında yayınlanan sağlık alanındaki uygulama örneklerine yer verilmiş ve 23 araştırma makalesi incelenmiştir. Kano modelinin hem sağlık sektörünün çeşitli alanlarında hem de sağlık hizmetlerinin farklı birimlerinde kullanıldığı belirlenmiştir. Modelin, hastaların sağlık kurumlarına ilişkin farklı hizmet özelliklerinden beklentilerinin tanımlanması, izlenmesi ve iyileştirme stratejileri için girdi sağladığı bulunmuştur. Ayrıca mobil sağlık uygulamaları ve tele-hemşirelik gibi ortaya çıkan yeni teknoloji tabanlı hizmet sunumunda müşteri tatmini üzerinde en fazla etkiye sahip olabilecek hizmet özelliklerinin tasarımı, tanımlanmasında ve önceliklendirilmesinde kullanıldığı görülmüştür. Kano modelinin dinamik ve esnek yapısı sayesinde Servqual, Çok Kriterli Memnuniyet Analizi (MUSA) ve Önem-Performans Analizi (IPA) gibi diğer kalite ve performans iyileştirme araçları ile birlikte kullanıldığı ve bu araçların sınırlılıklarının azaltılmasında birlikte kullanılmasının önerildiği saptanmıştır. Entegre modeller hasta/kullanıcı ihtiyaçlarının karmaşık doğasının daha bütüncül olarak ele alınmasında yardımcı olmaktadır. Bu yaklaşımlar ise yöneticilere ve sağlık hizmeti sunucularına hastanın sesini dikkate alarak daha etkin iyileştirme stratejileri oluşturması için bir bakış açısı sunmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta tatmini, hizmet kalitesi, kano modeli, sağlık hizmetleri

## MAKALE HAKKINDA

\*Arş. Gör., İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İİBF, Sağlık Yönetimi Bölümü, ozgehucet@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-4616-2761>

Gönderim Tarihi: 02.01.2023

Kabul Tarihi: 07.07.2023

## Atıfta Bulunmak İçin:

Çandereli, Z. Ö. (2023). Kano modelinin sağlık sektöründe uygulanabilirliğine ve kullanım alanlarına ilişkin kanıtlar: Sistematik bir derleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 871-894

## EVIDENCE FOR THE APPLICABILITY AND USE AREAS OF THE KANO MODEL IN THE HEALTH SECTOR: A SYSTEMATIC REVIEW

Zehra Özge ÇANDERELİ \*

### ABSTRACT

*This study examined the Kano model, which focuses on the nonlinear relation between service quality performance and customer satisfaction and has been used in the field of health in recent years. In order to understand how it is applied in the field of health, to determine its basic features and to reveal the opportunities and difficulties with current application examples, research articles made in the international arena were examined through systematic review. In this context, application examples of the Kano model in the field of health published in the WoS, Pubmed and Scopus databases in the last five years (2018-2022) were included and 23 research articles were examined with certain criteria. It has been determined that the Kano model is used both in various fields of the health sector and in different units of health services. The model provided input to the identification, monitoring and improvement strategies of patients' expectations from different service characteristics related to health institutions. It has been seen that the model is also used in the design, definition and prioritization of service features that may have the most impact on customer satisfaction in emerging new technology-based service delivery such as mobile health applications and tele-nursing. Thanks to the dynamic and flexible nature of the Kano model, it is used together with other quality and performance tools such as Servqual, MUSA, and IPA. Furthermore, it is recommended that they be used together to reduce the limitations of these tools and thus integrated models aid in providing a more comprehensive response to the complex nature of patient needs. This provides a perspective for healthcare managers and healthcare providers to create more effective improvement strategies taking into account the voice of patient.*

**Keywords:** Healthcare, kano model, patient satisfaction, service quality

### ARTICLE INFO

\*Res. Assist., İzmir Katip Çelebi University, Department of Health Management, ozgehucet@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-4616-276>

Received: 02.01.2023

Accepted: 07.07.2023

### Cite This Paper:

Çandereli, Z. Ö. (2023). Kano modelinin sağlık sektöründe uygulanabilirliğine ve kullanım alanlarına ilişkin kanıtlar: Sistematik bir derleme. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 871-894

## I. GİRİŞ

Günümüzde, organizasyonların başarılı olabilmesi için sunulan hizmete ilişkin müşteri algısı oldukça önemlidir. Ancak ihtiyaçların karmaşık doğası nedeniyle müşteriler tarafından talep edilen yüksek kaliteli hizmet, her zaman yüksek tatmin düzeyi ile sonuçlanmamaktadır (Materla ve Cudney, 2020; Nordin ve Razak, 2014). Küreselleşme, artan bilinç, teknoloji kullanımı ve internete erişimdeki artışla birlikte müşteri beklentileri, deneyimleri ve dolayısıyla müşteri profili hızla değişmektedir. Bu sürece hizmet kalitesinin soyut doğası da eklendiğinde, rekabet avantajını sürdürmek ve beklentilerdeki değişimi belirlemek için performans ve tatmin arasındaki doğrusal olmayan ilişkileri açıklamak daha önemli hale gelmiştir. Başlangıçta Kano modeli, imalat alanında ortaya çıkmış ve geliştirilen bir ürünün kalitesini yükseltmek için kullanılmıştır. Günümüzde ise teknoloji ve spor ürünlerinden bilgi sistemleri, bankacılık, turizm, eğitim ve sağlığa kadar birçok farklı endüstri ve hizmet sektöründe yeni ürün geliştirme, performans ve kalite yönetimi süreçlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır (Barrios-Ipenza vd., 2021; Çufar vd., 2015; Lacerda vd., 2021; Meng ve Dong, 2018).

Sağlık kurumlarının sürdürülebilirliği ve etkililiği için müşteri tatmini ve kalite algısı oldukça önemlidir. Özellikle hastaların ihtiyaçları ve kalite algıları; sağlık hizmeti maliyetlerindeki artış, teknolojik gelişmeler ve yaşlanan nüfus gibi demografik özelliklerdeki dönüşüm dikkate alındığında oldukça dinamik ve karmaşıktır (Materla ve Cudney, 2020). Bu bağlamda hasta merkezli bakış açısıyla sağlık kurumları, hizmet kalitesini artırma ve maliyetleri yönetme aracı olarak hasta tatminini artırmaya odaklanmakta ve bunu değerlendirmek için birçok yöntem kullanmaktadır (Johnson ve Johnson, 2021). Servqual gibi hizmet kalitesini ölçen modeller, çoğunlukla kalite algısı ile hasta tatmini arasındaki “kalite arttıkça müşteri tatmininin de artacağına” dayalı doğrusal ilişkiyi varsaymaktadır (Tan ve Pawitra, 2001). Diğer yandan, hasta tatmini hastaların algıladıkları ihtiyaçları, beklentileri ve deneyimlerinin karmaşık bir birleşimini yansıttığı için günümüzde doğrusal olmayan ilişkilerin de değerlendirilmesine odaklanmak önemli hale gelmiştir (Chang ve Chang, 2013; Lacerda vd., 2021; Priyono ve Yulita, 2017).

Müşterilerin hizmet kalite gereksinimlerini ortaya çıkarmak ve tatminini artırmak için kullanılan ve doğrusal olmayan ilişkiye odaklanan Kano modeli (Kano vd., 1984) oldukça eski bir yöntem olmasına rağmen, hasta ihtiyaçlarının karmaşıklığının yüksek olması nedeniyle son yıllarda sağlık hizmet sunumunun tasarlanmasında ve memnuniyetin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır (Gimpel vd., 2021; Gustavsson vd., 2016; Materla vd., 2017; Nordin ve Razak, 2014; Yuan vd., 2022).

Çalışmanın amacı, son yıllarda sağlık sektöründe kalite yönetiminde kullanılan Kano modeline ilişkin sağlık alanında uygulama örneklerini inceleyerek, modelin kullanım alanlarını, nasıl kullanıldığını, çeşitli uygulamalardaki farklılıkları ve uygulanmasındaki zorlukları ortaya koymaktır. Bu çalışma, modelin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olarak sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için çeşitli koşullarda nasıl kullanılabileceğine ilişkin bir bakış açısı sağlayabilir. Ayrıca, ulusal alan yazınında sağlık alanında Kano modeline ilişkin oldukça az sayıda çalışma olması nedeniyle ilgili alan yazına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda ilk olarak Kano modelinin kavramsal yapısı ele alınmış, ikinci olarak araştırmanın metodolojisi açıklanmış, daha sonra bulgular sunulmuş ve araştırma bulguları tartışılmıştır.

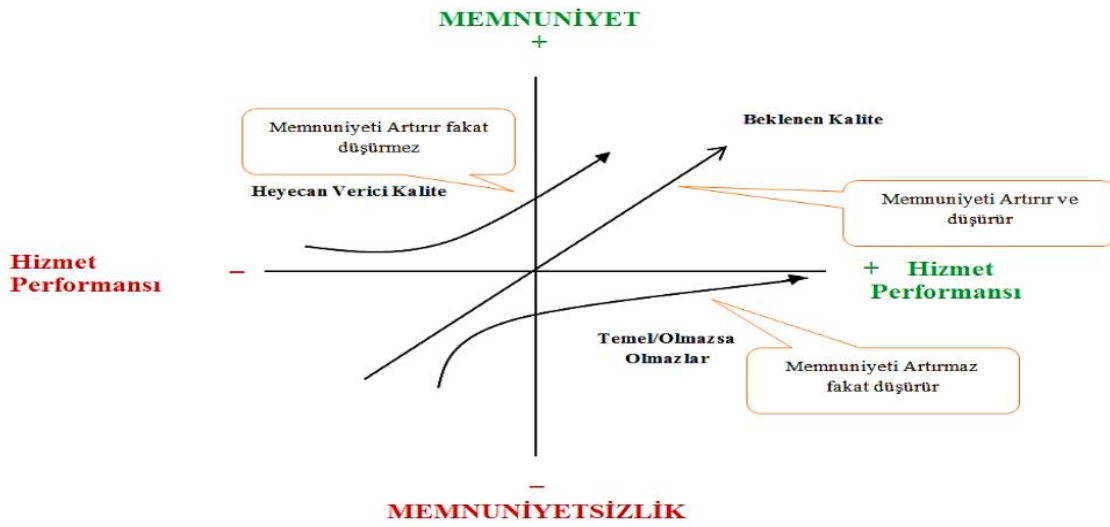
### 1.1. Kano Modeli

Noriaki Kano ve diğerleri (1984) tarafından geliştirilen Heyecan Verici Kalite Teorisi (the theory of attractive quality), Herzberg ve diğerlerinin (1959) Çift Faktör Motivasyon Teorisini temel almaktadır. Teori, farklı kalite özelliklerinin, müşterilerin tatmini için oynadığı rolü tanımlamakta ve bunlar arasında doğrusal olmayan bir ilişki önermektedir. Bu nedenle modele göre algılanan hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ya da memnuniyetsizliğine doğrudan karşılık gelmemektedir. Farklı hizmet özellikleri, bu özelliklerin hangi kategoriye girdiğine bağlı olarak müşteri memnuniyeti üzerinde daha büyük veya daha az bir etkiye sahip olabilmektedir (Kano vd., 1984). Kano modelinin temel özelliklerinden biri,

organizasyonlara farklı kalite özelliklerinin etkilerini anlamasını ve sınıflandırmasını sağlayan bir metodoloji sunmasıdır. Bu, Kano modeli ve model içinde özellikleri sınıflandıran bir araştırma metodolojisini içermekte ve kalitenin müşteri perspektifinden bir özellik düzeyinde anlaşılmasını sağlamaktadır (Witell vd., 2013).

Kano modeli, bir gereksinimin yerine getirilmesi ve müşterinin yaşadığı tatmin arasındaki ilişkiyi görselleştirerek (Şekil 1) müşteri ihtiyaçlarını anlamaya yardımcı olmaktadır. Diğer bir ifadeyle, organizasyonların müşteri beklentilerini karşılayabilme derecesi ile müşteri tatmini arasındaki ilişkiyi anlatan iki boyutlu bir kalite modelidir. Yatay eksen hizmetin müşteri beklentilerini karşılamada ne kadar başarılı olduğunu gösterirken, dikey eksen hizmet ile ilgili müşteri tatmin derecesini göstermektedir (Gustavsson vd., 2016).

**Şekil 1. Kano Diyagramı**



**Kaynak:** Göral ve Topuz (2018)

Kano modeli, kalite özelliklerini; temel (must-be) (M), beklenen (one-dimensional) (O), heyecan verici (attractive) (A), sıradan (indifferent) (I), zıt (reverse) (R) ve şüpheli (questionable) olmak üzere altı algılanan kalite kategorisinden birine ayırmaktadır (Göral ve Topuz, 2018; Materla ve Cudney, 2020).

Temel özellikler, ürün/hizmette var olması gereken, bulunduğu varsayılan özelliklerdir. Bu gereksinimler karşılanmazsa müşteri oldukça memnuniyetsiz olacak ve gereksinimlerin karşılanması durumunda ise memnuniyeti artmayacaktır. Müşterinin, ön şart olarak kabul ettiği ve nadiren söz ettiği bu özellikler sağlık hizmetleri açısından bakımın teknik yönlerini ifade etmektedir. Ancak hasta için önemi nedeniyle bu özellikler zaruri ile kritik arasında değişim göstermektedir (Cheng Lim vd., 1999; Ferreira vd., 2018; Matzler ve Hinterhuber, 1998).

Beklenen özellikler, müşteriye ne istediği sorulduğunda alınan cevaptır. Bu gereksinimler, müşteri tatminini sağlama düzeyi ile orantılıdır. Hizmeti yerine getirme düzeyi ne kadar yüksek olursa müşteri tatmini de o kadar yüksek olur ya da tam tersi de geçerlidir. Sağlık hizmetleri açısından güler yüzlü çalışanlar, tıbbi bakımın sunulma şekli gibi hastalar tarafından alınan bakımın kişiler arası yönünü ifade etmektedir (Cheng Lim vd., 1999; Matzler ve Hinterhuber, 1998).

Heyecan verici özellikler, bir müşterinin belirli bir üründen ne kadar memnun kalacağı üzerinde en büyük etkiye sahip olan kriterlerdir. Heyecan verici gereksinimler ne açıkça ifade edilir ne de müşteri tarafından beklenir. Bu gereksinimleri yerine getirmek, orantılı memnuniyetten daha fazlasını sağlar.

Ancak, karşılanmadıkları takdirde, memnuniyetsizlik hissi yoktur. Müşteriler bu ihtiyaçların farkında olmadığı için, bu açıklanmayan ihtiyaçlarla ilgili sorunlarını ve fırsatlarını araştırmak sağlık kurumunun sorumluluğundadır. Sağlık hizmet sunumunda ileri teknolojilerin kullanılması ve kişiselleştirilmiş bakım buna örnek gösterilebilir (Cheng Lim vd., 1999; Matzler ve Hinterhuber, 1998; Howsawi vd., 2020).

Sıradan özellikler, müşteri tatmini ya da tatminsizliği üzerinde etkisi olmayan özelliklerdir. Zıt özellikler ise var olduğunda büyük memnuniyetsizlik yaratırken, bu özelliklerin olmaması memnuniyet sağlar. Şüpheli özellik ise müşteriler soruyu yanlış anladığında veya özellik ile ilgili daha fazla bilgiye ihtiyaç duyduklarında ortaya çıkmaktadır. Örneğin; bir özelliğine ilişkin fonksiyonel ve fonksiyonel olmayan sorulara verilen cevaplar çelişkili ise bu sınıfa girmektedir (Berger vd., 1993; Malinka vd., 2022; Materla ve Cudney, 2020).

Kano modeli, bir ürünün/hizmetin hem var olan hem de olmayan özelliklerinin yarattığı memnuniyet ve memnuniyetsizlik duygularını ortaya çıkarmak için bir anket kullanmaktadır (Müller vd., 2022). Buna göre her bir hizmet gereksinimi için işlevsel (olumlu) ve işlevsel olmayan (olumsuz) bir soru çifti yer almaktadır. Örneğin; Hastanede modern ekipmanlar varsa, nasıl hissediyorsunuz? (işlevsel durum) / Hastanede modern ekipmanlar yoksa nasıl hissediyorsunuz? (işlevsel olmayan durum). İşlevsel durum, mevcut veya yeterli bir kalite seviyesi olup olmadığını incelerken, işlevsel olmayan durum kalitenin yetersiz olduğunu varsaymaktadır. Diğer bir ifadeyle işlevsel boyutta, hizmet niteliği sağlanmış veya yerine getirilmiş ise müşterinin tepkisi öğrenilmektedir. İşlevsel olmayan boyut ise bunun tam tersi şeklinde gerçekleşmektedir. Cevaplar genellikle; hoşlanırım, öyle olmalı, fark etmez, katlanabilirim ve hoşlanmam şeklinde beş seçenek olarak ifade edilmektedir (Göral ve Topuz, 2018; Materla ve Cudney, 2020; Vassiliadis vd., 2014).

**Tablo 1. Kano Değerlendirme Tablosu**

Müşteri Gereksinimleri		Olumsuz (İşlevsel Olmayan) Soruya Verilen Yanıt				
		Hoşlanırım	Öyle olmalı	Fark etmez	Katlanabilirim	Hoşlanmam
<b>Olumlu (İşlevsel) Soruya Verilen Yanıt</b>	Hoşlanırım	Q	A	A	A	O
	Öyle olmalı	R	I	I	I	M
	Fark etmez	R	I	I	I	M
	Katlanabilirim	R	I	I	I	M
	Hoşlanmam	R	R	R	R	Q

**Kaynak:** Berger ve diğerleri (1993)

Kano modelinin araştırma metodolojisi ise anket uygulandıktan sonra, katılımcıların her bir hizmet kalite özelliğine ilişkin soru çiftine verdiği yanıtın Kano Değerlendirme Tablosuna (Tablo 1) göre tanımlanmasını ve özelliklerin altı algılanan kalite kategorisinden birine atanmasını içermektedir. Buna göre katılımcı bir hizmet kalite özelliğine ilişkin soruda işlevsel boyuta “hoşlanırım” ve işlevsel olmayan boyuta “hoşlanmam” yanıtı veriyse bu özellik “beklenen özellik” kategorisine girmektedir. Algılanan kalitenin nihai kategorisini belirlemek için her bir özelliğin Kano kategorisindeki karşılıklarına göre frekans analizi yapılmaktadır (Berger vd., 1993; Materla ve Cudney, 2020).

Sonuç olarak Kano modeli, hizmetin içermesi gereken özellikler açısından bir hiyerarşiye (M>O>A>I) yol açmaktadır. Diğer bir ifadeyle, memnuniyet üzerinde en fazla etkiyi yaratmak için iyileştirme yapılması gereken genel öncelik sırası; temel özellikler, beklenen özellikler, heyecan verici özellikler ve sıradan özelliklerdir. Bu açıdan hizmet sunucular öncelikle tüm temel özellikleri karşılamalı, beklenen özellikler açısından rekabetçi olmalı ve rekabet avantajı sağlamak için kullanıcıyı memnun edecek seçilmiş heyecan verici özellikler sunmalıdır (Berger vd., 1993; Gimpel vd., 2021). Bu hiyerarşiyle birlikte Kano modeline göre bu boyutlar içinde sınıflandırılan özelliklerin kendi yaşam döngüleri vardır çünkü müşteriler için gereksinimler ve bunlara verdikleri önem zaman içinde

değişebileceği için durağan değildir; heyecan verici özellik, beklenen özelliğe dönüşebileceği gibi beklenen bir özellik temel özelliğe dönüşebilir. Bu nedenle müşteri beklentilerinin dinamik yapısını göz önünde bulundurmak, sağlık hizmeti sunucularının müşteri davranışlarını daha iyi anlamalarına ve hizmet stratejilerini benimsemelerine yardımcı olabilir (Gimpel vd., 2021; Plehn vd., 2016; Yuan vd., 2022). Ayrıca, bu sistematik yaklaşım, sınırlı bütçe, ekonomik durgunluk ve yoğun rekabet gibi koşullarda hizmet kalite özelliklerinin önceliklendirilmesi, kaynak tahsisinin daha etkin yapılması ve karmaşık hasta ihtiyaçlarının anlaşılmasında daha bütüncül bir resim sunduğu için önerilmektedir (Materla ve Cudney, 2020).

## II. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, Kano modelinin hizmet alıcıların sesini elde ederek sağlık hizmet kalitesini ve tasarımını geliştirmek için çeşitli koşullarda nasıl uygulandığını incelemek, kullanım alanlarını ve çeşitli uygulamalardaki farklılıkları ve uygulanmasındaki zorlukları ortaya koymaktır. Son yıllarda, sağlık sektöründe hasta tatmini ve kalite algısı arasındaki ilişkiyi anlamak için Kano modeli kullanılarak yapılan çalışmalar artmıştır. Buradan hareketle aşağıdaki araştırma sorularına cevap aranmıştır;

1. Sağlık alanında bir kalite değerlendirme aracı olarak kullanılan Kano modeline ilişkin çalışmaların yayın yılları ve yapıldığı ülkeler nedir?
2. Sağlık alanında Kano modelinin uygulanma amacı nedir?
3. Kalite değerlendirme aracı olarak Kano modeli sağlık sektörünün hangi alanlarında kullanılmıştır?
4. Kano modeli hangi kalite veya performans iyileştirme araçlarıyla birlikte kullanılmıştır?
5. Kano modeli kullanarak sağlık alanında yapılan çalışmaların ortaya çıkardığı mevcut sorunlar ve kısıtlamalar nelerdir?

Böylece modelin daha iyi anlaşılmasına yardımcı olarak sağlık hizmet kalitesinin iyileştirilmesi için çeşitli koşullarda nasıl kullanılabileceğine ilişkin bir bakış açısı sağlanması planlanmıştır.

### 2.2. Veri toplama aracı ve yöntemi

#### 2.2.1. Araştırma stratejisi

Çalışma, sistematik bir derleme niteliğindedir. 2018-2022 yılları arasında seçilmiş uluslararası veri tabanlarında konu ile ilgili bilimsel yayınlardan elde edilen ikincil veriler kullanılmıştır. Sistematik derleme; *“belli bir konuda hazırlanmış araştırma sorusuna yanıt bulmak için, belirlenmiş kriterlere uygun olarak o alanda yayınlanmış orijinal çalışmaların sistemli ve yan tutmadan taranması, bulunan çalışmaların geçerliğinin değerlendirilmesi ve sentezlenerek birleştirilmesidir”* (Çınar, 2021). Değerlendirme yöntemi olarak ise Sistematik Derlemeler ve Meta Analizler için Tercih Edilen Raporlama Maddeleri (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses-PRISMA) yaklaşımı kullanılmıştır. PRISMA'nın amacı sistematik derleme ve meta-analizi araştırmalarında bulguların değerlendirilmesi ve karşılaştırılabilmesi için bir rehber oluşturmaktır (Moher vd., 2009). Çalışmada, yazar indeksli İngilizce anahtar kelimelerin, kelime bulutu analizi için MAXQDA 2022 programı kullanılmıştır.

#### 2.2.2. Çalışma Seçimi

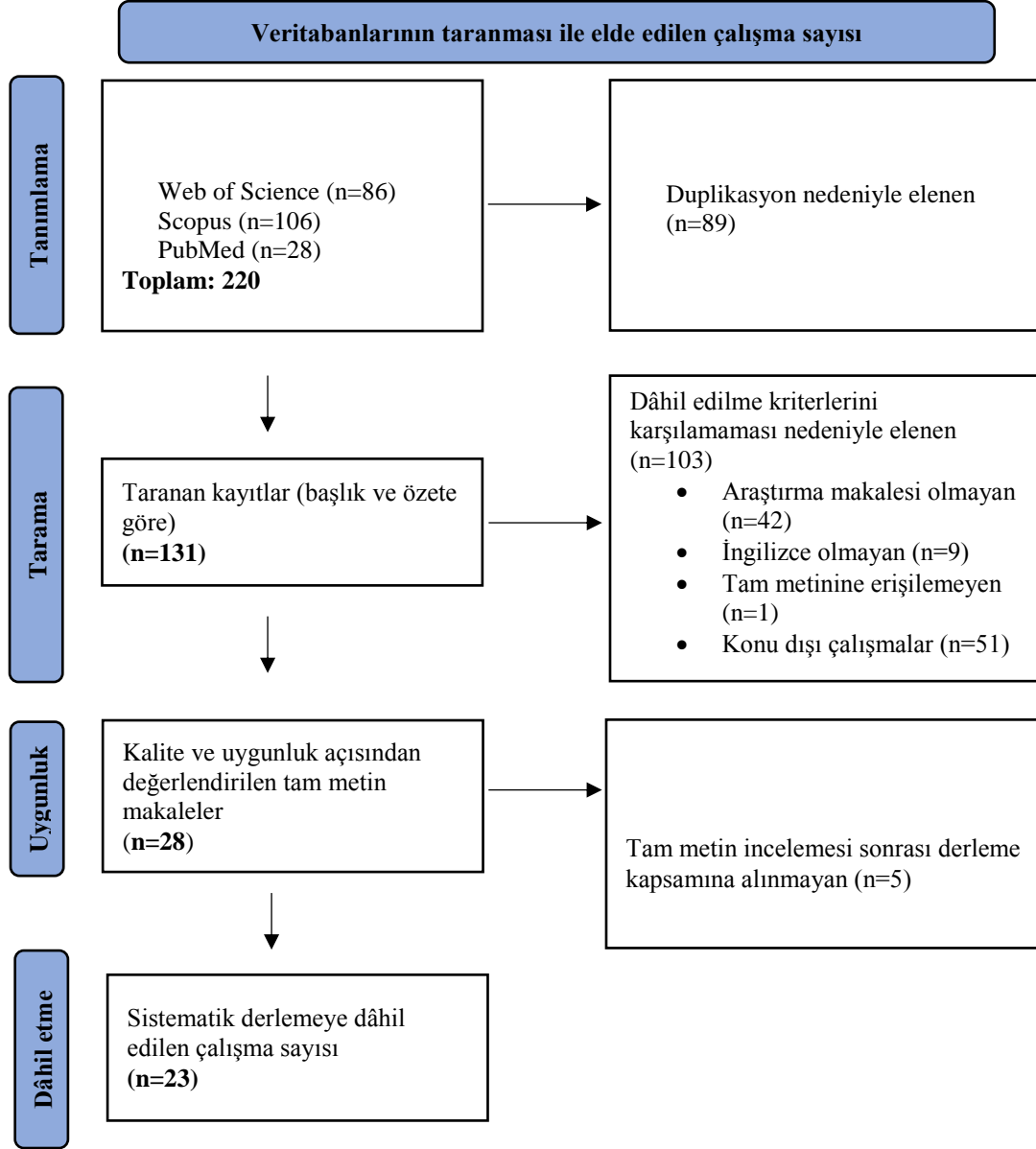
Bu kapsamda 15 Ekim - 15 Kasım 2022 tarihleri arasında PubMed, Web of Science ve Scopus elektronik veri tabanları kullanılarak, son 5 yılda (2018-2022 yılları arasında) yayımlanan uluslararası bilimsel makaleler taranmıştır. Zaman dilimi olarak son beş yıl, Kano modelinin dinamik yapısı dikkate alınarak bulguların güncel olması için seçilmiştir. Çalışma kapsamına sadece araştırma makalelerinin



alınma nedeni Kano modeli metodolojisinin sağlık sektöründe nasıl uygulandığını ve uygulama örneklerini ortaya koymaktır.

Tarama yapılırken, araştırma amacına bağlı olarak “Kano modeli” (Kano modeli), “health\*” (sağlık), “hospital” (hastane), “patient satisfaction” (hasta tatmini), “service quality” (hizmet kalitesi) İngilizce anahtar kelimeleri kullanılmıştır. Anahtar kelimelerin hem kendi aralarında kombinasyonları hem de “AND (ve)” ve “OR (veya)” bağlaçları ile kombinasyonları kullanılmıştır.

## Şekil 2. Sistemik Derleme PRISMA Akış Diyagramı



### 2.2.3. Dâhil edilme ve Dışlanma kriterleri

Araştırmada uluslararası elektronik veri tabanlarında yayımlanan araştırma makalelerine odaklanılmış, kitap bölümü, konferans bildirisi ve diğer yayınlar hariç tutulmuştur. Araştırmanın amacı doğrultusunda tarama kriterleri aşağıda verilmiştir;

- 2018-2022 yılları arasında yayınlanmış olması,

- İngilizce dilinde yazılmış olması,
- Araştırma makalesi olması,
- Tam metnine erişilebilir olması ve
- Kano modeline ve modelin diğer kalite veya performans iyileştirme yöntemleri ile entegrasyonuna odaklanan çalışmalar olması

Bu kriterler doğrultusunda 23 çalışma inceleme kapsamına alınmıştır.

### 2.3. Çalışmanın Sınırlılıkları

Çalışmada sadece uluslararası belirli veri tabanlarının kullanılması, uluslararası alan yazında sadece İngilizce dilinde yazılan ve 2018-2022 yılları arasında yayımlanan araştırma makalelerinin ele alınması bu çalışmanın sınırlılıkları arasındadır.

### 2.4. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmada ele alınan yayınlar erişime açık olan elektronik veri tabanlarından elde edildiği için etik kurul iznine gerek duyulmamaktadır.

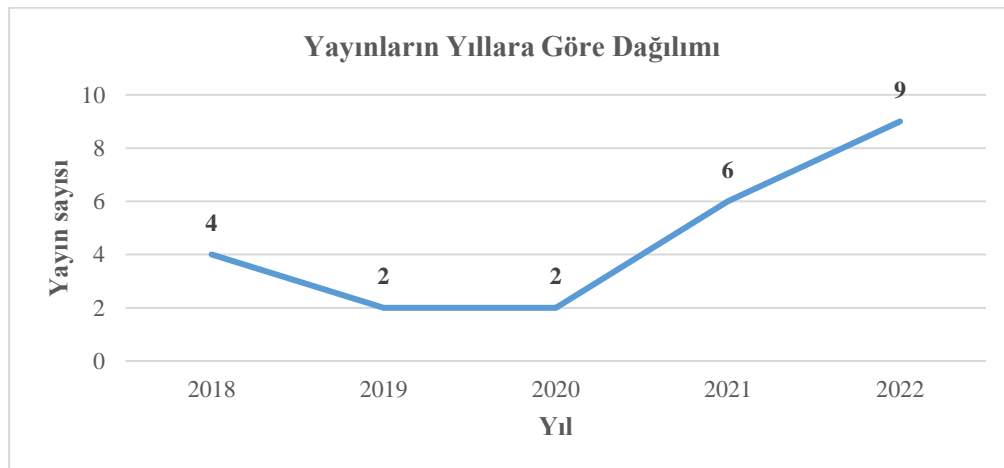
## III. BULGULAR

### 3.1. Yayınların seçimi ve özellikleri

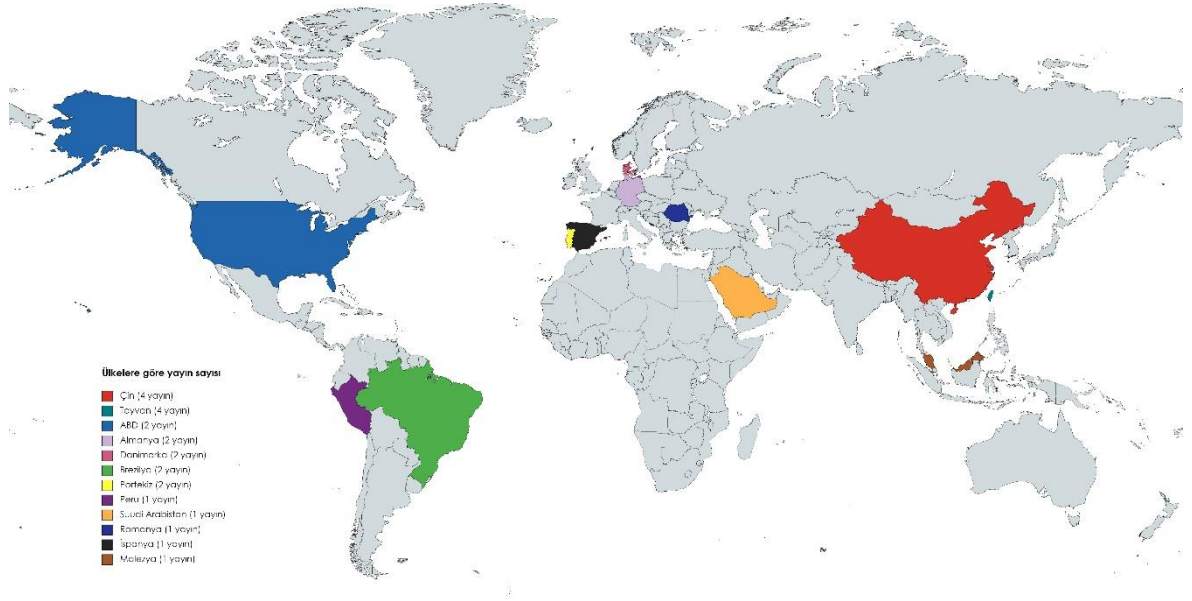
Bu kapsamda ilk tarama sonucunda toplam 220 (Web of Science:86, Scopus:106 ve PubMed: 28) araştırmaya ulaşılmıştır. Tekrar eden (n=89), araştırma makalesi olmayan (n=42), İngilizce olmayan (n=9), tam metnine ulaşamayan (n=1), konu dışı çalışmalar (n=5) ve tam metin incelemesi sonucu Kano modelini tam uygulamayan (n=5) çalışmalar kapsam dışında bırakılmıştır. Dâhil edilme kriterlerini sağlayan 23 çalışma incelenmiştir (Şekil 2).

Araştırma kriterlerine göre saptanan 23 makale incelendiğinde (Şekil 3), ele alınan 2018-2022 yılları arasında en fazla yayın 2022 yılında yayınlanmıştır. Yayınların ülkelere göre dağılımları incelendiğinde ise yazarların 12 ülkede bulunan kurumlara bağlı olduğu bulunmuştur ve sağlık alanında Kano modelinin Çin (n=4) ve Tayvan (n=4) gibi Uzak Doğu ülkelerinde daha fazla çalışıldığı bunu ABD (n=2), Almanya (n=2), Danimarka (n=2) ve Portekiz (n=2) gibi gelişmiş Batı ülkelerinin takip ettiği görülmüştür (Şekil 4). Ayrıca, yayınlara ilişkin kelime bulutu kullanılarak yapılan yazar indeksli İngilizce anahtar kelimelerin analizi, makalelerin ana vurgusunun grafiksel olarak sırasıyla “Kano-model (Kano modeli)”, “healthcare (sağlık hizmeti)”, “satisfaction (memnuniyet)”, “quality (kalite)” ve “m-health (m-sağlık)” ile ilgili olduğunu göstermiştir (Şekil 5).

### Şekil 3. Araştırma Kapsamına Alınan Yayınların Yıllara Göre Dağılımı



Şekil 4. Araştırma Kapsamına Alınan Yayınların Ülkelere Göre Dağılımı



### 3.2. Sağlık Alanında Kano Modelinin Uygulanma Amaçları

Tablo 2’de daha bütüncül bir görüş sağlamak için Kano modelini uygulayan ve onu sağlık sektörünün farklı alanlarında diğer kalite ve performans yöntemleriyle bütünleştiren çalışmalar, amaçları, yapıldıkları hizmet birimi ve çalışmaların önemli bulguları sunulmuştur.

Kano modelinin sağlık alanında uygulandığı çalışmaların örneklemini incelendiğinde, %78,2’sinin (n=18) Kano modelini sundukları hizmetlere ilişkin hastaların ihtiyaçlarını, taleplerini, kalite algılarını ve memnuniyetlerini anlamak ve buna göre kalite özelliklerini sınıflandırma, önceliklendirme ve kaynak tahsisi yapmak için kullandığı görülürken, %13’ünün (n=3) yeni oluşturulacak veya geliştirilecek hizmet veya tesisin tasarım aşamasında hizmet kalite özelliklerine ilişkin geri bildirim almak için kullandığı görülmüştür. Böylece Kano modeli, var olan ya da planlanan hizmete ilişkin karar vericilere ve uygulayıcılara hizmete ilişkin kullanıcının ihtiyaç ve beklentilerini anlayarak; iyileştirmeye açık alanları ortaya koymak, önceliklendirme yapmak ve kalite yönetim stratejileri geliştirmek için önemli bir referans sağlamaktadır. Sağlık sektörü, çeşitli hizmet birimleri ve karmaşık hasta ihtiyaçları ile son derece kompleks olduğundan, hizmet sunucular yalnızca hasta ihtiyaçlarını anlamaya ve hizmet kalitesini artırmaya değil, aynı zamanda etkili sağlık hizmetleri geliştirmek için hizmet gereksinimlerini yönetmeye de odaklanmaktadır (Materla vd., 2017). Bu nedenle hasta veya potansiyel kullanıcıların yanı sıra iki çalışmada hizmet alıcısı olarak hekim ve hemşirelerin hizmet sunum sürecinde kullanacakları teknolojik ürünlerin tasarımına (Müller vd., 2021) ve mobil sağlık uygulamasına (Malinka vd., 2022) ilişkin hizmet kalite özellikleri hakkında geri bildirim almak için kullanıldığı saptanmıştır. Ayrıca üç çalışma ise Kano modelinin sağlık alanına nasıl uyarlanabileceği ve kullanılabilmesi üzerine odaklanmıştır (Lacerda vd., 2021; Materla vd., 2019; Müller vd., 2022).

**Tablo 2. Sağlık Alanında Kano Modelinin Uygulanmasına İlişkin Çalışmalara Ait Bulgular**

Yazarlar (Yayın Yılı) Yapılan Ülke	Araştırmanın Yapıldığı Birim ve Örneklem	Çalışmanın Yöntemi ve Amacı	Temel Bulgular
Mao ve diğerleri (2022) Çin	2 Hastane' den hizmet alan 354 kronik hastalığa sahip yaşlı yetişkin	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli</li> <li>• Kronik hastalığa sahip 60 yaş üzerindeki yaşlı hastaların geliştirilen akıllı ilaç yönetim sistemine ilişkin teknolojik taleplerini Kano modeli ile araştırmak amaçlanmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 14 hizmet özelliğinden 4'ü temel özellik, 3'ü heyecan verici özellik, 1'i beklenen özellik ve 6'sı sıradan özellik olarak bulunmuştur.</li> <li>• Daha büyük yazı tipi boyutu, daha basit işlem süreci, planlanmış ilaç hatırlatmaları ve güvenilir donanım temel özellikler iken, WeChat aracılığıyla hastalıkla ilgili bilgileri görme beklenen özellik, WeChat aracılığıyla ilaç talimatlarını aramak, daha hassas sistem ve daha uzun pil ömrü ise heyecan verici olarak tanımlanmıştır.</li> </ul>
Müller ve diğerleri (2022) Danimarka	Pediyatri ve Ergen Tıbbi Anabilim Dalı'ndan hizmet alan 21 kronik hastalığa sahip çocuk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli</li> <li>• Mobil sağlık uygulama geliştirme tasarım aşamasında çocuk hastaların bilgi ihtiyaçlarını ortaya çıkarmak amacıyla Kano modelinin nasıl uyarlanabileceği ve kullanılabileceği araştırılmıştır.</li> <li>• Bir vaka çalışması olarak yapılandırılmış ve yarı-yapılandırılmış görüşmenin tasarlandığı araştırmada Kano modeli yapılandırılmış görüşmeye uyarlanmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobil sağlık uygulamasına ilişkin 19 özelliğin çoğunun 8'i sıradan ve 6'sı beklenen özellik olarak sınıflandırılmıştır. Ayrıca 3 özellik heyecan verici ve 2 özellik zıt özellik sınıfına girmiştir.</li> <li>• “önceki ağrı düzeyini görebilme”, “ne kadar egzersiz yaptığını görebilme” ve “uygulamanın doktor ziyaretlerini azaltmaya imkân sağlaması” heyecan verici özellik sınıfına girerken “uygulama üzerinden hekimler ve diğer çocuk hastalarla iletişim kurabilme” sıradan özellik sınıfına girmiştir.</li> </ul>
Wang ve diğerleri (2022) Çin	Çin'de 3. basamak sağlık hizmeti sunan 3 hastanede yatan 357 meme kanseri hastası	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli ve Önem-Performans Analizi (IPA)</li> <li>• Kano modeli yaklaşımına dayalı olarak hastanede yatan meme kanseri hastalarının “manevi bakım gereksinimleri” özelliklerini niteliksel olarak tanımlamak, sıralamak, sınıflandırmak ve optimize etmek amaçlanmıştır.</li> <li>• Kano modeliyle manevi bakım ihtiyaçları sınıflandırılırken, bu ihtiyaçların önemini ve tatminini analiz etmek ve özellikleri sınıflandırmak için önem-memnuniyet matrisi analiz modeli (IPA) kullanılmıştır. Ayrıca özellikleri optimize etmek için de mavi deniz stratejisi analiz modeli kullanılmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manevi bakım ihtiyacına ilişkin 12 özellikten 2'si temel, 5'i beklenen, 3'ü heyecan verici ve 2'si sıradan özellik sınıfına girmiştir.</li> <li>• IPA modeli ile entegre edildiğinde temel ve beklenen özellikler ağırlıklı olarak “iyi bir atmosfer yaratma” ve “benlik algısını paylaşma” boyutlarına odaklanırken, heyecan verici özellikler daha çok “benlik algısını paylaşma” ve “düşünmeye yardımcı olma” boyutlarına odaklanmaktadır.</li> </ul>
Yuan ve diğerleri (2022) Çin	Bir eyaletteki 5 kırsal ve 5 kentsel alanda yaşayan 348 kronik hastalığa sahip yaşlı birey	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli</li> <li>• Çin'de, yalnız veya eşiyile birlikte yaşayan yaşlı bireylerin (60 yaş üzeri) Kano modeli ile tele-hemşirelik hizmetlerine olan ihtiyaçlarının belirlenmesi ve uzaktan bakım kalitesinin iyileştirilmesi için bir referans sağlanması amaçlanmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tele-hemşireliğe ilişkin 15 özellikten 3'ü temel, 5'i beklenen, 5'i heyecan verici ve 2'si sıradan özellik sınıfında yer almıştır.</li> <li>• “Hastalıkların uzaktan teşhisi”, “Uzaktan sağlık danışmanlığı”, “Uzaktan rehabilitasyon rehberliği”, “Uzaktan tekrar ziyaretler ve ilgili sağlık eğitimi” ve “Düzenli aile ziyaretleri” beklenen özellik sınıfına girmiştir.</li> <li>• Heyecan verici özellikler arasında “Ev güvenliğini sağlama konusunda uzaktan eğitim”, “Bakım becerileri üzerine uzaktan eğitim”, “Hastalık önleme hakkında uzaktan dersler”, “Hastalıklar için uzaktan tarama” ve “Hastalık risk faktörlerine uzaktan müdahale” yer almaktadır.</li> </ul>

<b>Malinka ve diğerleri (2022) Almanya</b>	Alman Ortopedi ve Travma Cerrahisi Derneği'ne kayıtlı 382 hekim	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli</li> <li>• Sağlıkla ilgili mobil uygulamalara ilişkin önceden tanımlanmış dokuz kalite özelliğinin ortopedi hekimleri tarafından Kano modeli aracılığıyla değerlendirilmesi ve önceliklendirilmesi amaçlanmıştır.</li> <li>• Bu kapsamda Kano modeli ile kalite özellikleri sınıflandırılırken, Memnuniyet katsayısı indeksi yaklaşımından uyarlanan bir metrik ile bu özelliklerin önceliklendirilmesi planlanmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobil sağlık uygulamalarına ilişkin daha önce tanımlanan 9 kalite özelliğinin tamamı temel özellik sınıfına girmiştir.</li> <li>• Öncelik sıralaması ise (1) pratiklik, (2) risk yeterliliği, (3) etik sağlamlık (4) yasal uygunluk, (5) içerik geçerliliği, (6) teknik yeterlilik, (7) kullanılabilirlik, (8) kaynak verimliliği ve (9) şeffaflık olarak bulunmuştur.</li> </ul>
<b>Lin ve diğerleri (2022) Tayvan</b>	Çevrimiçi kayıt sistemini deneyimleyen 34 hasta ile nitel görüşme ve anket için 376 katılımcı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli ve Neden Sonuç Teorisi Zinciri (MEC)</li> <li>• Kano modeli kullanarak bir hastane çevrimiçi kayıt sisteminin hangi özelliklerinin kullanıcılar tarafından yüksek oranda önceliklendirildiğini ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.</li> <li>• Bu kapsamda Kano modeli ile hizmet kalite özellikleri sınıflandırılırken, Neden-Sonuç Teorisi Zinciri ile de kullanıcılar için hangi özelliklerin önemli olduğu araştırılmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano modelinin kalite sınıflandırmasının birinci öncelikli özelliklerine göre; çevrimiçi kayıt sistemine ilişkin 16 özellikten; 6'sı beklenen özellik ve 10'u sıradan özellik olarak sınıflandırılmıştır.</li> <li>• MEC analizi ile entegrasyon sonucunda; "departmana veya bir hastalık belirtisine göre kayıt sekmesine sağ tıklama işlevlerinin sunulması", "poliklinik randevu numarasının ilerleyişini poliklinik hastalarına anlık mesaj olarak bildirme", "randevunun değiştirilebilmesi veya iptal edilebilmesi", "hekimin programının indirilebilmesi" ve "hekim bilgilerine ulaşabilme" özelliklerinin beklenen özellik sınıfına girdiği ve aynı zamanda kullanıcılar tarafından en fazla önem atfedilen ve memnuniyeti hızla artıran özellikler olduğu sonucuna ulaşılmıştır.</li> </ul>
<b>Liang ve diğerleri (2022) Tayvan</b>	55-75 yaş arasındaki sağlıklı 180 yaşlı katılımcı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli</li> <li>• Sağlıkla ilgili mevcut iyi bilinen kişisel medya ve web sitelerini analiz etmek ve buna göre Kano modeli aracılığıyla yaşlılar arasında self-medya talebini araştırmaktır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-medya talebine ilişkin 37 özellikten 10'u temel, 5'i heyecan verici, 4'ü zıt ve geriye kalan 18'i sıradan özellik sınıfına girmiştir.</li> <li>• Hem temel özellik sınıfına giren hem de en yüksek tatmin düzeyi sağlayan self-medya özellikleri; "sayfanın resmi web sitesi formunda olması", "eğlenceye ilişkin etkinlik takvimi içeriği olması", "mesajlara ve makalelere yanıt verme", "diğer kullanıcılarla çevrimiçi sohbet etme", "zamanı göstermesi" ve "toplam ziyaretçi sayısını gösterme" gibi özelliklerdir.</li> </ul>
<b>Dinulescu ve Dobrin (2022) Romanya</b>	Özel bir klinikten hizmet alan 130 hasta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli ve Bulanık Analitik Hiyerarşi Prosesi (FAHP)</li> <li>• Bir kliniğin tesis tasarımı ve sağlık personeli ile ilgili hizmet kalitesi özelliklerine dayalı olarak hastaların ihtiyaçlarını sınıflandırmak ve hasta memnuniyetini etkileyecek özellikleri ortaya koymaktır.</li> <li>• Bu kapsamda daha iyi ve gelişmiş iş stratejileri oluşturmaya ve verimli bir kaynak tahsisine destek sağlamak için entegre bir Kano Modeli ve Bulanık Analitik Hiyerarşi Prosesi kullanılmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kliniğin tesis tasarımı ve sağlık personeli ile ilgili 28 hizmet kalite özelliğinden; 7'si temel, 12'si beklenen, 7'si heyecan verici ve 1'i sıradan özellik sınıfına girmiştir.</li> <li>• FAHP'a göre beklenen özellik olan "tıbbi personelin görünümü" en yüksek etkiye sahipken bunu temel özellik olan "tesis içinde hareket rahatlığı" takip etmiştir.</li> <li>• Kano-FAHP entegrasyonuna göre ise hastalar için en önemli dört özellik sırasıyla "sağlık personelinin empati kurması (M)", "modern tıbbi ekipmanlar (A)", "sağlık personelinin görünümü (O)" ve "doğru tedavi (M)"dir.</li> </ul>
<b>De Vasconcelos</b>	Bir Kamu Üniversite	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli ve Dengeli Puan Cetveli (BSC)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programda hastaların kullandığı 4 ana hizmete (Ayakta Tedavi, Fiziki Çevre, Laboratuvar Testi ve Ayakta Eczane) ilişkin 20 özellik BSC unsurları dikkate</li> </ul>

<b>(2022) Brezilya</b>	Hastanesi'nde Tüberküloz tedavisi alan 35 hasta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bir kamu hastanesindeki 'Hastalık Kontrol Programı'nın hizmet kalite özelliklerine ilişkin tüberküloz hastalarının memnuniyeti araştırılmıştır.</li> <li>• Bu kapsamda hasta ihtiyaçlarını karşılamak için stratejilerin nasıl geliştirildiğini, kritik noktaları ve iyileştirme potansiyelini değerlendirmek için Kano modeliyle BSC entegre edilmiştir.</li> </ul>	<p>alınarak analiz edilmiştir. Buna göre 5'i temel özellik sınıfına ve 15'i beklenen özellik sınıfına girmiştir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano-BSC entegrasyonu sonucu Finansal boyutta 3 beklenen özellik, İç süreçler boyutunda 9 beklenen ve 4 temel özellik, Öğrenme ve gelişme boyutunda 5 beklenen ve 1 temel özellik, Müşteri boyutunda ise 4 beklenen özellik yer almıştır.</li> <li>• Özellikler arasında "eczane çalışanlarının hazırbulunuşluğu" ön plana çıkmıştır.</li> </ul>
<b>Yuan ve diğerleri (2021) Çin</b>	Bir eyaletteki 5 kırsal ve 5 kentsel alandan 268 yalnız veya eşiyile birlikte evde yaşayan yaşlı bireyler	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çin'de, yalnız veya eşiyile birlikte evde yaşayan, günlük yaşam aktivitelerinde tamamen bağımsız olan veya hafif derecede engelli olan yaşlı bireylerin (60 yaş üzeri) Kano modeli ile tele-hemşirelik hizmetlerine olan ihtiyaçlarının belirlenmesi ve uzaktan bakım kalitesinin iyileştirilmesi için bir referans sağlanması amaçlanmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli</li> <li>• Tele-hemşireliğe ilişkin 15 özellikten 2'si beklenen 13'ü ise heyecan verici özellik olarak belirlenmiştir.</li> <li>• "tek tuşla acil durum araması" ve "uzaktan acil yardım düzenlemesi" beklenen özellik iken "hastalıkların uzaktan teşhisi" ve "uzaktan sağlık danışmanlığı" gibi hizmetler heyecan verici özellik olarak bulunmuştur.</li> </ul>
<b>Müller ve diğerleri (2021) Danimarka</b>	İleri Yaşam Desteği (İYD) eğitimi alan 53 hekim ve 30 hemşire	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çalışma, CprPrototype uygulamasını değerlendirerek sağlık profesyonellerinin gereksinimlerini ve beklentilerini karşılamak için hastane içi bir CPR (Kardiyopulmoner Resüsitasyon) destek uygulamasının neleri içermesi gerektiğini belirlemeyi amaçlamıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli</li> <li>• CPR uygulamasına ilişkin 17 özellikten 3'ü beklenen, 5'i heyecan verici ve 9'u sıradan özellik olarak değerlendirilmiştir.</li> <li>• Beklenen özellik sınıfına "ritim kontrolünün hatırlatılması", "canlandırma ilaçlarının hatırlatılması" ve "yetişkinler ile çocuklar arasında ayırım yapılması" girerken, Heyecan verici özellikler arasında "uygulamada hasta günlüğüne erişim", "kardiyak arrest çağırıldığında otomatik zaman kaydı", "göğüs kompresyon oranını yönlendiren ses (metronom)" ve "CPR geçmişinin veri tabanına gönderilmesi" girmiştir.</li> <li>• Beklenen ve heyecan verici kategoriler açısından hekimler ve hemşireler arasında kullanıcı gereksinimlerinde fark ortaya çıkmıştır. Genel olarak, özelliklerin 5'i hemşireler tarafından beklenen olarak sınıflandırılırken, doktorlar tarafından 3'ü beklenen olarak sınıflandırılmıştır.</li> </ul>
<b>Lacerda ve diğerleri (2021) Brezilya</b>	Birinci Basamak Sağlık Hizmeti sunan bir kurumdan hizmet alan 120 katılımcı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çalışma, Brezilya'da Temel Sağlık Birimleri tarafından sağlanan hizmetlerin kalitesini Servqual hizmet kalitesi boyutları ile entegre Kano modeli kullanarak değerlendirmek amaçlanmıştır. Böylece birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde Kano modelinin potansiyel kullanımı araştırılmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli ve Servqual</li> <li>• 22 hizmet kalite özelliğinin hepsi beklenen özellik olarak tanımlanmıştır.</li> <li>• Memnuniyet ve memnuniyetsizlik indekslerine göre önceliklendirilmesi gereken 6 özellik ön plana çıkmıştır. Bunlar; Fiziksel boyutta "temiz ve hoş ortam", Güvenirlilik boyutunda "Sağlanan hizmetin etkinliği", "Hizmetin vaat edilen zamanda yerine getirilmesi" ve "zaman ve "bilginin güvenilirliği", Heveslilik boyutunda "kullanıcılarla ilişkilerde kibar ve nazik personel" ve Güvence boyutunda "hizmetleri gerçekleştirmek için çalışanların bilgisi" özellikleridir.</li> </ul>
<b>Barrios-Ipenza ve diğerleri (2021) Peru</b>	Kamu Özel Ortaklığı (KÖO)'na dayalı 2 Kamu Hastanesi'ndeki 250 sağlık hizmeti kullanıcısı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çalışmada (1) Peru'daki iki KÖO hastanesinde Kano modeli metodolojisini kullanarak sağlık hizmetlerinin kalitesini çok boyutlu bir yaklaşımla değerlendirmek; (2) hizmetin yerine getirilme derecesine ve müşteri memnuniyetinin derecesine göre sağlık hizmetlerinin kalitesini tanımlayan nitelikleri belirlemek ve sınıflandırmak amaçlanmıştır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli</li> <li>• HEALTHQUAL ölçeğinin 5 boyutuna dayalı 31 Hizmet Kalitesi özelliğinden; 27'si beklenen 3'ü temel ve 1'i zıt özellik sınıfına girmiştir.</li> <li>• Memnuniyet üzerinde en fazla etkiye sahip olan özellikleri arasında beklenen özelliğe sahip "hem sağlık çalışanının hem de diğer çalışanların güler yüzü ve nezaketi", "sağlık çalışanının tedavi hakkında bilgilendirmesi", "kişiselleştirilmiş hizmet", "tesisin temiz olması" ve "tesisin erişilebilirliği" yer almaktadır.</li> </ul>

<p><b>Gimpel ve diğerleri (2021)</b> Almanya ve Danimarka</p>	<p>Mobil sağlık uygulamalarının potansiyel kullanıcı 274 katılımcı (215 Alman ve 59 Danimarkalı)</p>	<p>• Kano Modeli</p> <p>• Çalışma, Almanya ve Danimarka'daki potansiyel kullanıcıların kişisel sağlık kaydına ilişkin mobil uygulamalara yönelik 26 uygulama özelliğini nasıl değerlendirdiğini ve değerlendirme farklılıklarının kullanıcı özelliğindeki farklılıklarla açıklanıp açıklanamayacağını tanımlamayı amaçlamaktadır.</p>	<p>• Kişisel sağlık kaydına (PHR) ilişkin mobil uygulamalarda 26 hizmet kalite özelliğinden; 14 özellik (%54) Almanlar ve Danimarkalılar arasında farklı sınıflandırmalar sergilemiştir.</p> <p>• Daha düşük mahremiyet endişeleri, daha yüksek m-Sağlık okuryazarlığı, daha yüksek m-Sağlık öz-yeterliği ve daha yüksek eğlence eğilimine sahip kullanıcıların (Danimarkalı kullanıcılar) daha fazla PHR özelliğini heyecan verici olarak değerlendirme eğiliminde olduğunu göstermektedir. Buna karşılık, daha yüksek mahremiyet endişeleri, daha düşük m-Sağlık okuryazarlığı, daha düşük m-Sağlık öz-yeterliği ve daha düşük eğlence eğilimine sahip kullanıcılar (Alman kullanıcılar gibi), daha fazla PHR özelliğini sıradan olarak değerlendirme eğilimindedir.</p>
<p><b>Ferreira ve diğerleri (2021)</b> Portekiz</p>	<p>Pediyatri yatan hasta servisindeki 154 katılımcı (ebeveyn)</p>	<p>• Kano Modeli ve Çok Kriterli Memnuniyet Analizi (MUSA)</p> <p>• Kamuya ait bir pediyatri yatan hasta servisinde hasta memnuniyeti belirleyicilerini değerlendirmek ve tüketici ve hasta deneyimini geliştirmek için bazı stratejiler önermektedir.</p>	<p>• 11 hizmet kalite kriterine dayalı 51 alt kriter değerlendirilmiştir. Buna göre temel kriterlerin sınıflandırılması ile alt kriterlerin sınıflandırılması tutarlı çıkmıştır.</p> <p>• Katılımcılar hekimler, tesis, yemek hizmeti, gönüllüler ve taburculuk hizmetleri ve alt kriterlerini temel özellik olarak tanımlarken, hemşirelik bakımının kalitesi, tanı teknikleri, yardımcı ve idari personel, faydalı bilgi verme kapasitesi ve ziyaret kriterlerini heyecan verici olarak tanımlamıştır.</p> <p>• Entegre modelde, yardımcı sağlık çalışanlarının verimliliği ve çocuklarla ilgilenmesi oldukça yüksek öncelikli bulunmuştur, bunu faydalı bilgi verme kapasitesi, ziyaretler ve yemek hizmetleri takip etmiştir.</p>
<p><b>Materla ve Cudney (2020)</b> ABD</p>	<p>Randevusuz sağlık hizmeti sunan tesislerden hizmet alan 77 hasta</p>	<p>• Kano Modeli</p> <p>• Birinci basamak sağlık hizmeti sunan tesislerde memnuniyet düzeyine ve kalite algısına bağlı olarak çeşitli hasta ihtiyaçlarını keşfetmektedir.</p>	<p>• 21 hizmet kalite özelliğinden 15'i beklenen, 2'si heyecan verici, 1'i temel ve 3'ü sıradan özellik olarak bulunmuştur.</p> <p>• "Giriş işleminden sonraki on dakika içinde uygun niteliklere sahip tıbbi personelin mevcudiyeti" ve "mesai saati sonrası tedavi" hastalar tarafından heyecan verici özellikler olarak algılanmıştır.</p> <p>• Cinsiyete ve medeni duruma göre bu özelliklerde farklılıklar bulunmuştur.</p>
<p><b>Howsawi ve diğerleri (2020)</b> Suudi Arabistan</p>	<p>Birinci basamak sağlık merkezlerinden hizmet alan 18 yaş üstü 243 hasta</p>	<p>• Kano Modeli</p> <p>• Suudi Arabistan'daki birinci basamak sağlık merkezlerinde hasta bakımının kalite özelliklerini belirlemek için Kano modelini uygulamaktır.</p>	<p>• 18 hizmet kalite özelliğinden; 14'ü beklenen, 3'ü heyecan verici ve 1'i sıradan özellik sınıfına girmiştir.</p> <p>• İlk üç beklenen özellik "hasta kabul görevlisinin samimiyeti ve saygılı olması", "hemşirelerin ve laboratuvar personelinin güler yüzlülüğü ve saygılı olması" ve "doktorun bakım ve ilgisi"dir.</p> <p>• Heyecan verici özellikler ise "Birleşik elektronik tıbbi kayıt", "Bekleme odasında eğitim filmlerinin gösterimi" ve "MRI gibi ileri radyoloji hizmetleri" dir.</p> <p>• Hastalarda en fazla memnuniyet yaratacak hizmetler ise "klinikte çalışma saatlerinin uygun olması", "hasta kabul görevlisinin güler yüzlü ve saygılı olması" ve "doktorların hızlı müdahale etmesi"dir.</p>
<p><b>Materla ve diğerleri (2019)</b> ABD</p>	<p>Bir Üniversitenin Öğrenci Sağlık Hizmetleri Merkezinden hizmet alan 70 hasta</p>	<p>• Kano Modeli</p> <p>• Kano modelinin, çok çeşitli karmaşık hasta ihtiyaçlarını belirlemek ve sağlık sektörünün sürekli iyileştirilmesinde potansiyel faydasını iletmek için nasıl uygulanabileceğini göstermektedir.</p>	<p>• 21 hizmet kalite özelliğinden 16'sı beklenen, 2'si heyecan verici ve 3'ü sıradan özellik olarak kategorize edildi.</p> <p>• "giriş işleminden sonraki 10 dakika içinde uygun niteliklere sahip sağlık personelinin bulunması" ve "mesai sonrası bakım sağlanması" daha fazla memnuniyet yaratan heyecan verici özellikler olarak tanımlanmıştır.</p>

<b>Martin ve diğerleri (2019) İspanya</b>	Bir Kamu Üniversite Hastanesinin yanık ünitesinden hizmet alan 164 hasta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli</li> <li>• İspanyolca konuşulan ülkelerde sağlık hizmetleri alanında kullanılmak üzere SERVQUAL temel alınarak oluşturulan SERVQHOS ile bir üniversite hastanesinin yanık ünitesindeki hasta memnuniyetini incelemek ve iyileştirmeye açık alanları belirlemektir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 11 hizmet kalite özelliğinden; 2'si temel, 3'ü heyecan verici, 4'ü sıradan ve 2'si şüpheli özellik sınıfına girmiştir.</li> <li>• Heyecan verici özellikler “tek kişilik oda”, “pansuman değişiminin tam zamanı hakkında bilgi” ve “acil durumlar için daha fazla personel” olarak tanımlanmıştır.</li> </ul>
<b>Hussain ve Mkpjoju (2018) Malezya</b>	Bir Üniversite'nin Ebola Virüsü Hastalığı hakkında önceden bilgi sahibi olan personeli ve öğrencilerinden 50 katılımcı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli</li> <li>• Çevrimiçi bir e-Sağlık farkındalık sistemi olan E-Ebola Farkındalık Sistemi için gereksinimlerin Kano modeli aracılığıyla ortaya çıkarılmasıdır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sisteme ilişkin 5 özellikten; 1'i heyecan verici ve 4 'ü temel özellik olarak değerlendirilmiştir.</li> <li>• "Sistem tarafından Ebola konusunda yerel olarak üretilmiş içeriğin sağlanması" heyecan verici özellik olarak, "Twitter aracılığıyla Ebola Tweetlerinin sağlanması", "Önemli uluslararası haber medyasından derlenen Ebola haberlerinin Google Haberler aracılığıyla sağlanması", "Google Çeviri aracılığıyla bazı uluslararası ve yerel dillerde çeviri ve içerik sağlanması" ve "Ebola içeriğinin güvenliğinin sağlanması" ise temel özellik olarak sınıflandırılmıştır.</li> </ul>
<b>Huang (2018) Tayvan</b>	Mobil sağlık hizmetini deneyimleyen ya da kullanan 300 katılımcı	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli, Önem- Performans analizi (IPA) ve E-S-QUAL</li> <li>• Sağlık hizmet sunumunda yeni bir fırsat olan mobil sağlık hizmetlerinin müşteriler tarafından hizmet kalitesi konusundaki değerlendirmelerini incelemektir.</li> <li>• IPA önem ve performansa göre iyileştirme önceliğine sahip hizmet kalite özelliklerini tanımlarken, Kano modeli de etkinliği iyileştirilecek hizmet kalite özelliklerini tanımlamıştır. Bu ikisinin birleşimi “en önemli” hizmet kalite özelliklerini oluşturmaktadır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano-IPA entegre model sonucunda; “mobil sağlık hizmetlerinin kullanımı güvenlidir” ve “mobil sağlık hizmetleri mahremiyeti koruyabilir” olarak iki özellik mobil sağlık hizmetlerinin temel hizmet kalite özelliği olarak tanımlanmıştır.</li> </ul>
<b>Ferreira ve diğerleri (2018) Portekiz</b>	62 Portekiz kamu hastanesinden hizmet alan 8400 ayaktan hasta	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli ve Çok Kriterli Memnuniyet Analizi (MUSA)</li> <li>• Portekizli hastaların ulusal sağlık sistemine ve kamu hastanesi randevu hizmetlerine ilişkin memnuniyetini değerlendirmeyi ve düşük performansa sahip temel öncelikli alanları tespit etmeyi amaçlamıştır.</li> <li>• Kano modeline göre MUSA sonuçları, kriterlerin kümelenmesine imkân sağlayarak, memnuniyet geliştirme stratejilerinin tanımlanmasına ve önceliklendirmeye yardımcı olmaktadır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bekleme süresi, temizlik ve hijyen, bekleme alanının konforu ve korunması, tesislerin teknolojik durumu temel özellik olarak sınıflandırıldı.</li> <li>• En önemli iyileştirme alanlarından biri olarak; temel özellikler içerisinde (herhangi bir aşamada) “bekleme süreleri” tanımlanmıştır.</li> <li>• Bu sonuca paralel olarak düşük performansa sahip bekleme alanlarının temizliği ve konforuna ilişkin memnuniyetsizlik de yüksek bulunmuştur.</li> </ul>
<b>Wang ve Chen (2018) Tayvan</b>	GÇT kliniğinden hizmet alan hastalar	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kano Modeli ve Önem- Performans analizi (IPA)</li> <li>• Geleneksel Çin tıbbi kliniklerinin (GÇT) hizmet kalitesinin temel özelliklerini ve hastaların tatmin edici iyileşme etkisini tanımlamaktır.</li> <li>• Kano modeli, iyileştirme ile en büyük faydayı sağlayacak özellikleri ortaya çıkarıp sınıflandırırken, IPA modeli iyileştirmek için hizmet kalite özelliklerini önceliklendirmektedir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bu Kano-IPA entegre model sonucu “en önemli” hizmet kalite özellikleri belirlenip, önem sırası ortaya çıkarılmıştır.</li> <li>• Tedavi sonrası güven boyutunda yer alan “hastaların tedavi sonrası ilerleme hissetmesi” ve “Çin'in madde tozu ve çorbasının faydalı olması” olarak ifade edilen iki unsurun “temel hizmet kalite özelliği” olarak iyileştirme için önceliklendirilmesi gerektiği bulunmuştur.</li> </ul>



### 3.3. Kalite Değerlendirme Aracı Olarak Kano Modelinin Sağlık Sektöründe Uygulama Alanları

Kano modelinin sağlık sektöründe uygulama alanları incelendiğinde ise hem sağlık sektörünün hem de sağlık hizmetlerinin çeşitli birimlerinde uygulandığı tespit edilmiştir (Şekil 6). Özellikle çalışmaların son dönemde hasta-merkezli bakış açısını temel alan teknoloji alanındaki dijitalleştirilmiş hizmetlere ilişkin mobil sağlık uygulamaları (Gimpel vd., 2021; Huang, 2018; Malinka vd., 2022; Müller vd., 2022), tele-hemşirelik (Yuan vd., 2021; Yuan vd., 2022), çevrimiçi kayıt sistemi (Lin vd., 2022), çevrimiçi ebola farkındalık sistemi (Hussain ve Mkpojiogu, 2018), akıllı ilaç sistemi (Mao vd., 2022) ve web sitesi tasarımı (Liang vd., 2022) gibi yeni ortaya çıkan ve dinamik alanlarda kullanıcı/hasta beklentileri ve tatmini üzerinde etkiye sahip olabilecek hizmet özelliklerinin tanımlanmasında ve önceliklendirilmesinde kullanıldığı belirlenmiştir. Ayrıca, kurum içi müşteri olarak tanımlanan hekim ve hemşirelerin hastane içi bir CPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) destek uygulamasına ilişkin gereksinimlerine odaklanan (Müller vd., 2021) bir çalışma da yer almaktadır. Bunu ağırlıklı olarak kamu sağlık hizmetlerinin çeşitli birimlerinde sunulan hizmetin kalitesine ilişkin uygulama örnekleri takip etmektedir. Bu kapsamda öncelikle birinci basamak sağlık hizmeti sunan kurumların değerlendirilmesi yer alırken (Howsawi vd., 2020; Lacerda vd., 2021; Materla ve Cudney, 2020), sırasıyla hastane randevu sistemi, öğrenci sağlık hizmeti merkezi, yanık ünitesi, pediatri yatan hasta servisi ve tüberküloz tedavisi gibi farklı hizmet birimlerine ilişkin hasta memnuniyetini değerlendirmeye yönelik çalışmalar izlemiştir. Bununla birlikte meme kanseri tedavisinde “manevi bakım gereksinimi” ve “geleneksel Çin tıbbı” hizmet kalitesi gibi pazar bölümlerine göre özelleştirilmiş alanlarda da Kano modelinin farklı sağlık birimlerinde uygulandığı saptanmıştır.

Çalışmalarda farklı hizmet birimlerine odaklanılabildiği gibi farklı hasta/kullanıcı profillerine de odaklanıldığı görülmüştür. Özellikle son dönemde Kano modeli ile yaşlı bireyler özelinde tele-hemşirelik uygulamaları, sağlıkla ilgili web sayfası tasarımı ve akıllı ilaç yönetim sistemine ilişkin teknoloji talepleri çalışılmıştır. Bir çalışmada ise kişisel sağlık kaydına yönelik mobil sağlık uygulamasının değerlendirilmesinde iki farklı ulusun özelliklerinin, hizmet kalitesini değerlendirmede farklılık yaratıp yaratmadığı incelenmiştir (Gimpel vd., 2021). Sağlık çalışanlarına ilişkin bir CPR destek uygulaması geliştirme çalışmasında ise kullanıcı gereksinimlerinin kategorizasyonu açısından sağlık hizmet sunumunda farklı rollere sahip hekim ve hemşireler arasında farklılık olduğu bulunmuştur (Müller vd., 2021).

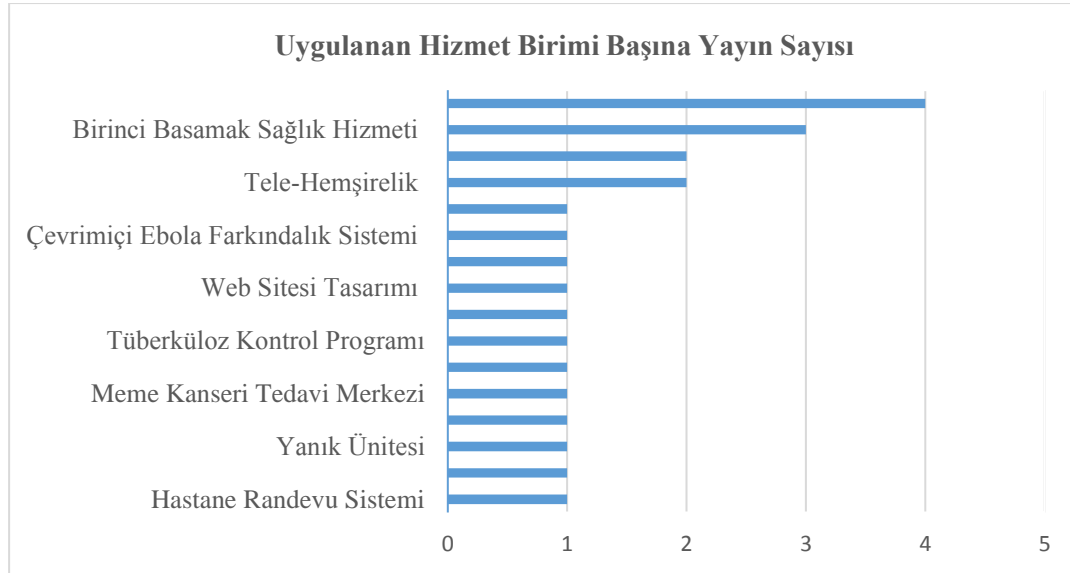
#### Şekil 5. Yayınların Anahtar Kelimelerine Göre Kelime Bulutu



### 3.4. Kano Modelinin Birlikte Kullanıldığı Kalite ve Performans İyileştirme Araçları

Çalışmalar incelendiğinde sağlık sektöründe hastaların/kullanıcıların ihtiyaçlarını anlamak ve sağlık sisteminin çeşitli alt sistemlerinin hizmet kalitesi özelliklerini sınıflandırmak için Kano modelinin tek başına kullanıldığı çalışmalar, modelin zayıf yönlerini tamamlamak için geliştirilen yöntemlerle birlikte kullanıldığı çalışmalar ve farklı kalite ve performans iyileştirme araçları entegre edilerek kullanıldığı çalışmalar olduğu görülmüştür (Şekil 7). Buna göre hastanın sesini anlamak için tek başına Kano modelinin, frekansları kullanarak kategorileri değerlendirme yöntemini kullanan iki çalışma bulunurken, incelenen örneklemin %74'ünde (n=17) Kano modelinin tamamlayıcısı olan ve hizmet kalite özelliklerini sınıflandırmaya yanı sıra önceliklendirme imkânı da sağlayan “Memnuniyet Katsayısı İndeksi” yöntemiyle birlikte kullanıldığı saptanmıştır. Çalışmaların %43'ü (n=10) ise hizmet kalitesini artırmak ve sürdürülebilir iyileştirme stratejileri geliştirmek için Kano modeli ile Önem-Performans Analizi (IPA), Çok Kriterli Memnuniyet Analizi (MUSA), Servqual, Bulanık Analitik Hiyerarşi Prosesi (FAHP), Dengeli Puan Cetveli (BSC) ve Neden-Sonuç Teorisi Zinciri (MEC) gibi diğer kalite ve performans yöntemlerini entegre etmiştir.

### Şekil 6. Sağlık Hizmet Birimi Başına Düşen Yayın Sayısı



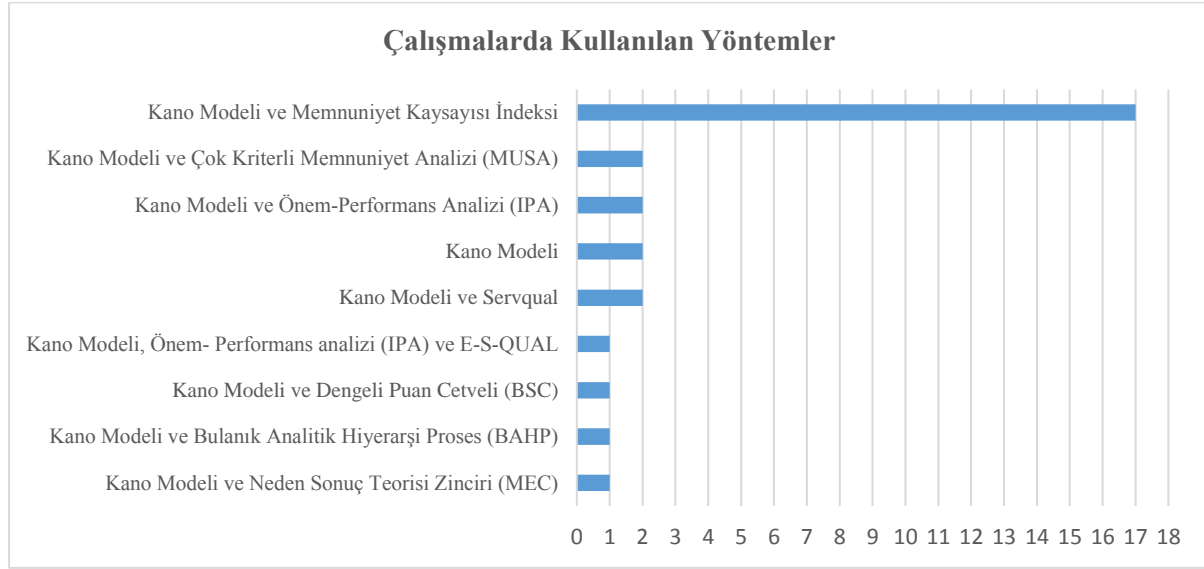
### 3.5. Kano Modeli Kullanarak Sağlık Alanında Yapılan Çalışmaların Ortaya Çıkardığı Mevcut Sorunlar ve Kısıtlamalar

Kano modelinin farklı yöntemlerle birlikte kullanılmasının nedeni karmaşık hasta ihtiyaç ve beklentilerini daha bütüncül olarak anlamaya çalışmanın yanı sıra modelin var olan kısıtlılıklarını da azaltmaktır.

Kano modeli; (I) yalnızca sınıflandırma yöntemine ve kategorilere ilişkin niteliksel açıklamalara odaklanması, (II) özellikleri sınıflandırmada sadece frekansın (modun) kullanılması nedeniyle özellikle hizmet kalite özelliklerine ilişkin yanıtlar kategorilere eşit bir şekilde dağıldığında, ihtiyaçları doğru anlama ve önceliklendirme yapmanın zorlaşabilmesi ve (III) müşteri ihtiyaçlarının analizine imkân sağlasa da, kalite özelliğinin performansının ve öneminin kategorizasyon sonuçlarını etkileyebileceğini gözden kaçırmaması nedeniyle eleştirilmektedir. Bu sebeple çeşitli yöntemler ile birlikte kullanıldığı bulunmuştur (de Vasconcelos vd., 2022; Gimpel vd., 2021; Kuo vd., 2012; Lacerda vd., 2021; Malinka vd., 2022). Çalışma kapsamına alınan yayınlarda Memnuniyet Katsayısı İndeksi ile Kano modelinin birlikte yaygın olarak kullanıldığı görülmüştür (Şekil 7).

Memnuniyet Katsayısı İndeksi, müşteri memnuniyeti veya memnuniyetsizliği yaratmada hizmet özelliklerinin etkisini ölçmek için Kano Modeli ile birlikte uygulanmaktadır. Berger ve diğerleri (1993) tarafından önerilen tamamlayıcı yöntemlere göre Memnuniyet katsayısı, belirli bir özellikte iyi bir performans olduğunda memnuniyetin ne kadar arttığını ve belirli bir özellikte düşük bir performans olduğunda memnuniyetin ne kadar azaldığını gösterirken, Memnuniyetsizlik katsayısı, her bir özellikte iyi bir performans olduğunda memnuniyetsizliğin ne kadar azalacağını göstermektedir. Böylece bir özelliğin müşteri memnuniyeti üzerindeki ortalama etkisi bulunabilmektedir. Bu sayede indeks uygulayıcılara bir özellik iyileştirildiğinde artan müşteri memnuniyetinin ve azalan memnuniyetsizliğin kapsamını analiz ederek sunulan hizmet özelliklerinin etkisine göre önceliklendirme yapmasına imkan tanımaktadır (Berger vd., 1993; Lacerda vd., 2021; Wang ve Hsin-Hao, 2018). Kano modelinin tamamlayıcısı olarak Memnuniyet Katsayısı İndeksinin, diğer kalite ve performans değerlendirme araçlarıyla entegre edilen çalışmalarda da kullanıldığı görülmüştür (de Vasconcelos vd., 2022; Huang, 2018; Lin vd., 2022; Wang ve Hsin-Hao, 2018).

### Şekil 7. Çalışmalarda Kano Modeli ve Birlikte Kullanılan Yöntemler



Sağlık alanında Kano modeliyle farklı kalite ve performans araçlarının entegre edildiği iki çalışmada Çok Kriterli Memnuniyet Analizi (Multicriteria Satisfaction Analysis-MUSA) ile Kano modeli entegre edilmiştir. Çalışmaların amacı sırasıyla pediatri yatan hasta servisindeki hasta memnuniyetini değerlendirmek ve ulusal sağlık sistemi ile hastane randevu sistemi memnuniyetini değerlendirerek düşük performansa sahip temel öncelikli alanları tespit etmektir. Bu kapsamda Çok Kriterli Memnuniyet Analizi, memnuniyeti karakterize etmek için kullanılan sıralı ölçeklerin her düzeyine değer atfeden optimizasyona ve doğrusal programlamaya dayalı bir yaklaşımdır. Buna göre memnuniyet kriterleri ve alt kriterler ile ilişkili değer fonksiyonları oluşturulmaktadır (Ferreira vd., 2018, 2021). MUSA ve Kano modelinin entegre etmenin amacı performans geliştirme karşısında müşterilerin davranışlarının yanı sıra müşterilerin istekli doğasını incelemek ve buna göre stratejiler önermektir. MUSA sonuçları Kano modeline göre özelliklerin/kriterlerin kümelenmesine imkân sağlayarak, memnuniyet geliştirme stratejilerinin tanımlanmasına ve önceliklendirmeye yardımcı olmaktadır (Ferreira vd., 2018, 2021).

Kano modeli ile entegre edilen bir diğer yöntem ise Önem-Performans Analizi (Importance-Performance Analysis-IPA)'dir. Önem-Performans Analizi (IPA), müşterinin algıladığı önem ve ölçtüğü performansa dayalı belirli hizmetlerle ilişkili özelliklerin önceliğini belirlemek için kullanılan bir tekniktir. Sırasıyla mobil sağlık hizmetleri kalitesini, meme kanseri tedavisinde manevi bakım desteği gereksinimi ve geleneksel Çin tıbbi hizmet kalitesini değerlendirmek için Kano-IPA entegrasyonu uygulanan üç çalışmada, Kano modelinin amacı iyileştirme ile en büyük faydayı sağlayacak özellikleri ortaya çıkarıp sınıflandırmak iken, IPA modeli iyileştirmek için hizmet kalite

özelliklerini önceliklendirmektedir. Bu entegre model sonucu “en önemli” hizmet kalite özellikleri belirlenebilmektedir (Huang, 2018; Wang ve Hsin-Hao, 2018; Wang vd., 2022).

Hasta ihtiyaç ve beklentilerini tanımlayarak müşteri memnuniyetini ölçen yöntemlerden biri Servqual’dır. Kalite yönetimi çalışmalarında yaygın olarak kullanılan Servqual modeli iki çalışmada sırasıyla birinci basamak sağlık hizmet kalitesini ve yanık ünitesindeki hasta memnuniyetini değerlendirmek için Kano modeli ile entegre kullanılmıştır. Servqual ölçeği ile beş boyutu altında (fiziksel özellikler, güvenilirlik, heveslilik, güven ve empati) hastaların hizmet gereksinimleri toplanmış ve Kano modeli kullanarak stratejik öneme sahip hizmet kalite özellikleri belirlenmiş ve önceliklendirilmiştir. Sonucunda entegre model ile hastaları tatmin etmek için farklı hizmet özellikleri bulunmuştur (Lacerda vd., 2021; Martin vd., 2019).

Bulanık Analitik Hiyerarşi Prosesi (Fuzzy Analytic Hierarchy Process-FAHP)’de Kano modeli ile entegre kullanılan yöntemlerden biridir. FAHP’in amacı, karar vericilerin belirsiz tercihlerini ve bilgilerini dilsel değişken değerleri ile bildirmelerine olanak sağlamaktır. Daha sonra, bu değerler belirsizliği ve kararsızlığı gösteren bulanık üyelik fonksiyonlarına dönüştürülmektedir. Özel bir kliniğin tesis tasarımı ve personeline ilişkin hizmet kalitesinin değerlendirildiği çalışmada Kano Modeli, sırasıyla sağlık hizmeti kalite özellikleri ve bunların hastaların memnuniyet derecesini etkileme biçimleri olmak üzere çoklu niteliklere dayalı olarak karar verme konularının sıralamasını ifade etmek için kullanılmıştır. Daha sonra, sağlık hizmeti kalite özellikleri FAHP uygulanarak sınıflandırılmıştır. FAHP ile entegrasyon iyileştirme stratejilerini ifade etmek için kaynakları tahsis etmede sağlık hizmeti sunucularına rehberlik etme rolüne sahiptir (Dinulescu ve Dobrin, 2022).

Bir hastalık kontrol programındaki tüberküloz tedavisi alan hastaların memnuniyetlerinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmada ise Kano modeli ile Dengeli Puan Cetveli (Balanced Scorecard-BSC) yöntemi entegre edilmiştir. Dengeli Puan Cetveli, sağlık hizmetlerinin kalitesini iyileştirmenin yanı sıra stratejik planlama ve yönetim süreçleri için pratik bir performans iyileştirme aracıdır. Kurumdaki somut (finansal) ve soyut (müşteri) varlıkları uyumlaştırmayı amaçlayan bir yöntemdir. Bir kuruluşun müşteri deneyimleri açısından performansı, BSC müşteri perspektifiyle ölçülür. Bu nedenle, BSC’nin müşteri perspektifi bileşeni, müşteri tercihlerini ve memnuniyetini ölçmek için bir araca ihtiyaç duyar. Çalışmada, müşteri tercihlerini ve memnuniyetini ölçmek ve sağlık hizmetinin kalitesini artırmak için Kano Modeli ile BSC entegre edilmiştir. Bu kapsamda, Kano modeli kullanarak hangi özelliklerin müşteri memnuniyetini etkilediğini belirleyip sınıflandırırken, buradan elde edilen bilgilerin Dengeli Puan Kartı’nın bakış açıları aracılığıyla yeni stratejilerin formüle edilmesini nasıl sağlayabileceğinin belirlenmesine olanak tanımaktadır. Bu sayede BSC hasta ihtiyaçlarını karşılamak için faaliyetlerin nasıl geliştirildiğini, kritik noktaları ve iyileştirme potansiyelini değerlendirecek ve yönetimi hedefleri formüle etmede destekleyecektir (de Vasconcelos vd., 2022).

Kano modeli ile entegre kullanılan yöntemlerde bir diğeri ise Araç-Sonuç Zinciri Teorisi (Means-End Chain Theory-MEC)’dir. Bir hastanenin çevrimiçi kayıt sisteminin kalite özelliklerinin değerlendirildiği çalışmada bu entegre yaklaşım kullanılarak kullanıcılar için hangi özelliklerin önemli olduğu araştırılmaya çalışılmıştır. Araç-Sonuç Zinciri Teorisi, kullanıcıların bir ürünü veya sistemi kullanmaya karar verdiklerinde, onu kullandıktan sonra ne elde edeceklerini düşündüklerini bu nedenle ürünün/sistemin özelliklerine yönelik tercihlerinin, karar verme süreçlerinde odak noktası haline geldiğini belirtmektedir. Bir kullanıcının ürün veya sistemin özelliklerini sonuçlarla ve özellikleri kullandıklarında algıladıkları değerlerle ilişkilendirdiğini varsaymaktadır. MEC ile kullanıcılar için hangi özelliklerin, sonuçların ve değerlerin önemli olduğu belirlenebilse de özelliklerin sınıflandırılması yapılamamaktadır. Bu nedenle çalışma, kullanıcıların hastane çevrimiçi kayıt sistemine yönelik tercihlerini ve bilişsel değerlendirmelerini incelemek için MEC teorisini benimsemiş ve ardından çevrimiçi kayıt sisteminin niteliklerini veya özelliklerini sınıflandırmak için Kano modelini kullanmıştır (Lin vd., 2022).

#### IV. TARTIŞMA

Kano modeli, müşteri tercih ve beklentilerini kategorize etmek için ürün tasarımı ve hizmet kalitesi alanlarında yaygın olarak kullanılmaktadır. Günümüzde, sağlık hizmetleri de dâhil olmak üzere çeşitli sektörlerde uygulanmaktadır (Meng ve Dong, 2018). Bu sistematik derlemede, sağlık alanında Kano modelinin uygulanmasına ilişkin 2018-2022 yılları arasındaki yayınlanan araştırma makaleleri ele alınmıştır. Dâhil edilme ve dışlanma kriterlerine göre 220 yayın arasından 23 çalışma incelenmiştir. Son 5 yıllık sürecin temel alındığı çalışmada, Kano modelinin sağlık alanında uygulanmasına ilginin arttığı söylenebilir. İncelenen yayınlar, sağlık alanında Kano modelinin ağırlıklı olarak Uzak Doğu ülkelerinde daha fazla çalışıldığını ve bunu ABD ve Almanya gibi gelişmiş batı ülkelerinin takip ettiğini göstermektedir. Kano modeline ilişkin kalite araştırmalarında 1998-2012 yılları arasında kapsayan bir derleme çalışmada da Asya, Afrika, Amerika ve Avrupa ülkelerinin alana en fazla katkıyı sağladığı bulunmuştur (Luor vd., 2012).

Çalışmalar incelendiğinde, son dönemde Kano modelinin sağlık sektörünün çeşitli alanlarında ve farklı hizmet birimlerinde kullanıldığı görülmüştür. Model, karar vericilere hastaların/kullanıcıların farklı hizmet özelliklerinden beklentilerinin tanımlanması, izlenmesi ve performans iyileştirme stratejileri için önemli bir girdi sağlamaktadır. Temel amacı sadece verilen hizmetten memnuniyeti değerlendirmek olmayan çalışmalarda, Kano modeli hastaların farklı hizmet özelliklerinden beklenti ve tercihlerini araştırmak amacıyla özel olarak tercih edilmektedir (Al Deheshi vd., 2016). Ayrıca model dijitalleşme çağında mobil sağlık teknolojileri ve tele-hemşirelik gibi ortaya çıkan yeni pazarlarda müşteri tatmini üzerinde en fazla etkiye sahip olabilecek hizmet özelliklerinin tanımlanmasına ve hizmetlerin tasarımına imkân sunmaktadır. Bu nedenle Kano modelinin heyecan verici hizmet özelliklerini geliştirmek ve hizmet inovasyonunu sağlamak için sağlık alanında uygulanması önerilmektedir (Materla vd., 2017; Johnson, 2021). Hizmet özelliklerini sınıflandırarak önceliklendirmeye fırsat vermesi, rekabet avantajı için heyecan verici özelliklerin keşfedilmesi ve bunu karşılamak için farklılaşmaya olanak sağlaması önemli avantajları arasında görülmüştür. Nüfusun hızla yaşlanması sonucu ortaya çıkan yaşlı bakım endüstrisi ve hızla gelişen teknoloji destekli çözümlerin tasarımı gibi pazarlama stratejisi olarak bölümlendirmede tercih edilmektedir. Böylece sağlık kurumlarındaki pazarlama yöneticilerine hangi özelliklerin memnuniyeti artırabileceğini veya azaltabileceğini göstererek yeni içgörüler sağlayabilir (Vassiliadis vd., 2014). Bununla birlikte hem farklı uluslara ve kültürlere hem de kronik hastalıklara ve yaş gruplarına sahip hasta/kullanıcı profillerini dikkate alarak çeşitli hizmet özelliklerinin tanımlanmasını sağlamak ve hizmetlerin yeniden tasarımı ve ürün/hizmet geliştirme aşamasında temel özelliklerin ortaya konarak sınırlı kaynakların önceliklendirilmesinde tercih edilmektedir. Medikal turizm gibi yeni alanlara girmede, modelin aynı kurumdan hizmet alan farklı ulusların ihtiyaçlarını karşılamada farklı iyileştirme stratejileri sunarak algılanan hizmet kalitesini iyileştirmek için kullanılabilirliği de önerilmiştir (Wongrukmit ve Thawesaengskulthai, 2014; Plehn vd., 2016).

Sağlık alanında hasta-merkezli bakış açısıyla da uyumlu olan model, sağlık hizmeti sunumunda aktif rol alan hastaların hizmet kalite özelliklerinin belirlenmesinde önemli bir paydaş olmasını sağladığı için benimsenmektedir. Farklı hizmet birimlerinde farklı özelliklere ilişkin beklenti ve tatmini ortaya koyması, hizmetlerin kişiselleştirilmesine, hasta ihtiyaçlarının takip edilmesine ve beklentilerdeki değişimin yakalanmasına imkân verdiği için bunların daha iyi anlaşılmasına, etkin iyileştirme stratejileri ve kaynak tahsisi oluşturulmasına yardımcı olmaktadır. Bu kapsamda ekonomik kriz sürecinde Yunanistan'daki bir kamu hastanesinde, yeni bir sağlık tesisinin hastaların hizmet kalitesi algıları üzerindeki etkisini araştıran çalışmada, hastaların yeni tesisleri heyecan verici bir özellik olarak değil temel özellik olarak gördükleri ve özelliklerin zamanla başka sınıflandırma içine girebildiği bulunmuştur (Vassiliadis vd., 2014).

Teknik açıdan ise Kano modelinin dinamik ve esnek olması, farklı yöntemler ile birlikte kullanılmasını da kolaylaştırmaktadır. Çalışmalar incelendiğinde tek başına kullanılmasının yanı sıra başta modelin tamamlayıcısı olarak Memnuniyet Katsayısı İndeksi olmak üzere, Önem-Performans Analizi (IPA), Çok Kriterli Memnuniyet Analizi (MUSA), Servqual, Bulanık Analitik Hiyerarşi Prosesi

(FAHP) ve Dengeli Puan Cetveli gibi çeşitli araçlarla birlikte kullanıldığı görülmüştür. Bu araçlar tek başlarına uygulandığında her birinin kendine göre avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Ancak çoğu araştırmacı, modellerin sınırlılıklarının üstesinden gelmek için diğer modellerle entegre kullanılabileceğini önermektedir (Baki vd., 2009; de Vasconcelos vd., 2022; Malinka vd., 2022; Momani vd., 2014; Tan ve Pawitra, 2001; Tontini ve Silveira, 2007; Yeboah vd., 2014; Johnson, 2021). Bu sonuç modelin hizmet sektörünün çeşitli alanlarında yapılan çalışmalarda da desteklenmiştir (Ömürgönülşen vd., 2020). İncelenen çalışmalarda ağırlıklı olarak, Kano modelinin müşteri memnuniyetinin niceliksel bir ölçüsünden yoksun olması ve kategorizasyonun önemini belirlemek için daha ileri analizlere ihtiyaç duyması nedeniyle modelin tamamlayıcısı olarak Memnuniyet Katsayısı İndeksi ile birlikte kullanıldığı görülmüştür (Berger vd., 1993).

Kano ve Servqual modelinin, tamamlayıcı olarak birlikte kullanılması bazı faydalar sunmaktadır. Kano'yu Servqual modeline entegre etmek, Servqual'ın temel eleştiri alanlarından biri olan doğrusallık varsayımını ortadan kaldırmakta ve araştırmacılara çok karlı olabilecek belirli veya özel hasta beklentilerini belirleme fırsatı sunmaktadır (Yeboah vd., 2014). Servqual ile hizmet boşluklarına odaklanırken, Kano modeli zayıf özelliklerin iyileştirilmek için sınıflandırılmasına yardımcı olabilir (Tan ve Pawitra, 2001). İncelenen çalışmalarda bunun örneklerine rastlanmıştır. Ayrıca, Kano modeli temel hasta beklentilerinin karşılanacağını vurgulasa da, Servqual gibi bu beklentilerin nasıl karşılanabileceği konusunda bir çözüm sunmamaktadır. Kalite Fonksiyon Göçerimi ve Dengeli Puan Cetveli gibi diğer yöntemler bu noktada tamamlayıcı olabilir. Çünkü KFG, organizasyonun hizmet tasarımını, hasta ihtiyaçlarına paralel olarak geliştirerek iç yetenekleri başarıyla tanımlar ve optimize eder (Baki vd., 2009; Tontini ve Silveira, 2007; Yeboah vd., 2014; Johnson, 2021). Diğer bir eleştiri noktası ise modelin sadece sınıflandırıyor olması ve özelliklerin sayısal ve kalitatif performans miktarını belirlemiyor olmasıdır. İncelenen çalışmalar, Memnuniyet Katsayısı İndeksi, MUSA, IPA ve FAHP gibi yöntemlerle Kano modelinin bu sınırlılığını azaltmaya, performansını sayısallaştırmaya çalışmışlardır. Araştırmacılar, amaç doğrultusunda entegre model kurmanın başarılı sonuçlar verdiğini, hasta ihtiyaçlarına daha bütüncül bakılabildiğini ve gelecek çalışmalar için entegre modellerin kullanılabileceğini vurgulamıştır.

## V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak, hasta ihtiyaçlarının karmaşık doğası, sürekli artan rekabet ve finansman baskıları ve sağlık hizmetlerinin kendine has doğası da dikkate alındığında, Kano modelinin dinamik yapısı ve farklı araçlarla entegre olabilmesi sağlık sektöründe kullanılmasını artırmaktadır. Kano modelinin temel kavramlarını ve bunun sağlık hizmetlerinde nasıl uygulanacağını anlamak, sağlık hizmeti sunucularının hasta memnuniyetini ve genel sağlık hizmeti kalitesini iyileştirmesine yardımcı olabilir. Hastaların sadece beklentilerini tanımlayıp izlemek yerine farklı düzeylerde tatmin oldukları farklı hizmet özelliklerini ortaya koyması ve önceliklendirmeye olanak sağlaması hem hastaya hem de sağlık kurumuna fayda sağlamaktadır. Özellikle kaynak tahsisinin etkin yapılması, iyileştirme stratejilerinde önceliklendirmeye imkân sağlaması, yeni pazarlar için heyecan verici özelliklerin tanımlanmasıyla rekabet avantajı sunması, özelliklerin zaman içerisinde değişimini izleyerek yöneticilere hasta ihtiyaçlarını daha iyi anlamalarını sağlaması açısından oldukça dinamik ve etkilidir. Kano modelinin diğer kalite ve performans araçları ile entegre kullanılmasına ilişkin çok örnek bulunmamaktadır ancak yapılan çalışmalar başarılı sonuçlar elde ettikleri için kullanılmasını önermektedir. Bu nedenle modelin gelişmesi için sağlık alanında daha fazla kullanımına ihtiyaç vardır.

Sağlık hizmetleri kalitesini iyileştirmek ve hasta tatmininin temel itici güçlerini tanımlamak için önemli olan Kano modeli; karmaşık hasta ihtiyaçlarının tanımlanması, farklı hizmet birimleri ve pazar bölümlerinin kişiselleştirilmesine imkân sağlaması nedeniyle farklı ülkelerde sağlık sektörünün çeşitli alanlarında uygulanabilir. Özellikle uluslararası kullanımı olan mobil sağlık uygulamaları gibi hizmetlerde yöneticilere, geliştiricilere ve politika yapıcılara vatandaşlarını eğitmek, bilinçlendirmek ve farklı kullanıcı özellikleri için önemli veri sağlayabilir. Bununla birlikte, farklı hizmet birimlerine odaklanan çalışmalar ağırlıktayken sunulan hizmete ilişkin daha kapsamlı bir değerlendirme ortaya

koymak ve buna göre iyileştirme stratejileri üretmek için özellikle kamu kaynaklarının optimizasyonu açısından uygulama alanının daha geniş tutulması da faydalı olabilir.

## KAYNAKLAR

- Al Deheshi, A., Hejaili, F., Binsalih, S., & Al Sayyari, A. (2016). Application of the Kano Model for determining service attributes preferences of hospital inpatients. *International Journal of Business and Social Science*, 7(5), 85-92.
- Baki, B., Basfirinci, C. S., AR, I. M., & Cilingir, Z. (2009). An application of integrating SERVQUAL and Kano's model into QFD for logistics services: a case study from Turkey. *Asia Pacific Journal of Marketing and Logistics*, 21(1), 106-126.
- Barrios-Ipenza, F., Calvo-Mora, A., Criado-Garcia, F., & Curioso, W. H. (2021). Quality Evaluation of Health Services Using the Kano Model in Two Hospitals in Peru. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 6159.
- Berger, C., Blauth, R., & Boger, D. (1993). Kano's methods for understanding customer-defined quality. *Center for Quality of Management Journal*, 2, 3-35.
- Chang, W. J., & Chang, Y. H. (2013). Patient satisfaction analysis: Identifying key drivers and enhancing service quality of dental care. *Journal of Dental Sciences*, 8(3), 239-247.
- Cheng Lim, P., Tang, N. K. H., & Jackson, P. M. (1999). An innovative framework for health care performance measurement. *Managing Service Quality: An International Journal*, 9(6), 423-433.
- Čufar, A., Mrhar, A., & Robnik-Šikonja, M. (2015). Assessment of surveys for the management of hospital clinical pharmacy services. *Artif Intell Med*, 64(2), 147-158.
- Çınar, N. (2021). İyi Bir Sistemik Derleme Nasıl Yazılmalı? *Online Türk Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 310-314.
- de Vasconcelos, C. R., de Carvalho, R. S. M. C., de Melo, F. J. C., & de Medeiros, D. D. (2022). Improving quality in public health service: an integrated approach to the Kano model and the balanced scorecard. *Journal of Nonprofit and Public Sector Marketing*. 1-27, <https://doi.org/10.1080/10495142.2022.2066598>
- Dinulescu, R., & Dobrin, C. (2022). Applying the fuzzy analytical hierarchy process for classifying and prioritizing healthcare quality attributes. *Management and Marketing*, 17(1), 15-40.
- Ferreira, D. C., Marques, R. C., Nunes, A. M., & Figueira, J. R. (2018). Patients' satisfaction: The medical appointments valence in Portuguese public hospitals. *Omega*, 80, 58-76.
- Ferreira, D. C., Marques, R. C., Nunes, A. M., & Figueira, J. R. (2021). Customers satisfaction in pediatric inpatient services: A multiple criteria satisfaction analysis. *Socio-Economic Planning Sciences*, 78, 101036.
- Gimpel, H., Manner-Romberg, T., Schmied, F., & Winkler, T. J. (2021). Understanding the evaluation of mHealth app features based on a cross-country Kano analysis. *Electron Mark*, 31(4), 765-794.
- Göral, R., & Topuz, Ç. (2018). Otel hizmetlerine dair konuk beklentilerinin Kano Modeli ile sınıflandırılması ve önceliklendirilmesi. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7(3), 823-842.
- Gustavsson, S., Gremyr, I., & Kenne Sarenmalm, E. (2016). Using an adapted approach to the Kano model to identify patient needs from various patient roles. *The TQM Journal*, 28(1), 151-162.

- Howsawi, A. A., Althageel, M. F., Mohaideen, N. K., Khan, M. S., Alzahrani, A. S., Alkhadir, M. A., Alaqeel, S. M., Alkathiri, M. A., & Hawsawi, R. A. (2020). Application of the Kano model to determine quality attributes of patient's care at the primary healthcare centers of the Ministry of Health in Saudi Arabia, 2019. *J Family Community Med*, 27(3), 178-185.
- Huang, J. C. (2018). Application of Kano model and IPA on improvement of service quality of mobile healthcare. *International Journal of Mobile Communications*, 16(2), 227-246.
- Hussain, A. B., & Mkpojiogu, E. O. C. (2018). An application of Kano method in the elicitation of stakeholder satisfying requirements for an e-ebola awareness system. *WSEAS Transactions on Business and Economics*, 15, 80-92.
- Johnson, P. A., & Johnson, J. C. (2021). Kano and other quality improvement models to enhance patient satisfaction in healthcare settings. *Journal of Family and Community Medicine*, 28(2), 139-140.
- Kano, N., Seraku, K., Takahashi, F., & Tsuji, S. (1984). Attractive quality and must-be quality. *The Journal of Japanese Society for Quality Control*, 14(2), 39-48.
- Kuo, Y. F., Chen, J. Y., & Deng, W. J. (2012). IPA–Kano model: A new tool for categorising and diagnosing service quality attributes. *Total Quality Management & Business Excellence*, 23(7-8), 731-748.
- Lacerda, A. B., Souza, A. S. S., Da Silva, G. K. L., Azevedo, E. H. M. D., & Melo, F. J. C. D. (2021). Basic Health Units services quality assessment through Kano and SERVQUAL models. *Benchmarking: An International Journal*, 29(9), 2858-2880.
- Liang, Y. W., Wang, J., Yu, S. P., Lin, J. K., & Chung, A. L. (2022). Creating a healthy life for the elderly through participation in self-media: a study on the demands of the elderly in self-media. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(19),
- Lin, F., Chen, Q., Lin, M., He, A., Chen, H., Chen, Y., Chen, H., He, W., Hu, Y., Wang, J., Lin, X., & Wang, X. (2022). Clinical effect of nursing based on the Kano model in emergency multiple injuries. *Evidence-based Complementary and Alternative Medicine*, 2022, 3586290. <https://doi.org/10.1155/2022/3586290>
- Luor, T., Lu, H. P., Chien, K. M., & Wu, T. C. (2012). Contribution to quality research: A literature review of Kano's model from 1998 to 2012. *Total Quality Management & Business Excellence*, 26(3-4), 234-247.
- Malinka, C., von Jan, U., & Albrecht, U. V. (2022). Prioritization of quality principles for health apps using the Kano model: survey study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 10(1), e26563.
- Mao, J. Y., Xie, L. L., Zhao, Q. H., Xiao, M. Z., Tu, S. T., Sun, W. J., & Zhou, T. T. (2022). Demand analysis of an intelligent medication administration system for older adults with chronic diseases based on the Kano model. *International Journal of Nursing Sciences*, 9(1), 63-70.
- Martin, C. G., Morato, R. A. G., Cortes, N. D., Fernandez-Canamaque, J. L., & Holguin, P. (2019). Patient satisfaction in a Spanish burn unit. *Burns*, 45(2), 341-347.
- Materla, T., Cudney, E. A., & Antony, J. (2017). The application of Kano model in the healthcare industry: a systematic literature review. *Total Quality Management & Business Excellence*, 30(5-6), 660-681.



- Materla, T., Cudney, E. A., & Hopen, D. (2019). Evaluating factors affecting patient satisfaction using the Kano model. *Int J Health Care Qual Assur*, 32(1), 137-151.
- Materla, T., & Cudney, E. A. (2020). An integrated methodology for evaluating patient service quality. *Total Quality Management and Business Excellence*, 31(15-16), 1738-1759.
- Matzler, K., & Hinterhuber, H. H. (1998). How to make product development projects more successful by integrating Kano's model of customer satisfaction into quality function deployment. *Technovation*, 18(1), 25-38.
- Meng, Q., & Dong, J. (2018). Future direction and visual analysis of Kano model: a literature review. *Journal of Service Science and Management*, 11(04), 399.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & Group, P. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.
- Momani, A., Al-Hawari, T., Al-Shebami, H., & Al-Araidah, O. (2014). Classifying and ranking healthcare quality attributes using integrated Kano-Fuzzy Analytical Hierarchy Process Model. *Engineering Management Research*, 3(1).
- Müller, S. D., Lauridsen, K. G., Palic, A. H., Frederiksen, L. N., Mathiasen, M., & Løfgren, B. (2021). Mobile app support for cardiopulmonary resuscitation: development and usability study. *JMIR Mhealth Uhealth*, 9(1), e16114.
- Müller, S. D., Tsirozidis, G., Mathiasen, M., Nordenhof, L., Jakobsen, D., & Mahler, B. (2022). Eliciting information needs of child patients: adapting the Kano model to the design of mhealth applications. *Methods Inf Med*, 61(3-04), 123-138.
- Nordin, N., & Razak, R. C. (2014). The concept of Kano-QFD integration for non-linear customer needs in product and service design. *Advanced Review on Scientific Research*, 4(1), 1-6.
- Ömürgönülşen, M., Eryiğit, C., Tektaş, Ö. Ö., & Soysal, M. (2020). Enhancing the quality of a higher education course: quality function deployment and Kano model integration. *Yükseköğretim Dergisi*, 10(3), 312-327.
- Plehn, N., Folkert, L., Meissner, A., & Plehn, G. (2016). Expectations of Russian medical tourists on German health care services: a Kano model-based analysis. *Journal of Tourism and Hospitality*, 5(2).
- Priyono, A., & Yulita, A. (2017). Integrating Kano Model and Quality Function Deployment for designing service in hospital front office. *Intangible Capital*, 13(5), 923-945.
- Tan, K. C., & Pawitra, T. A. (2001). Integrating SERVQUAL and Kano's model into QFD for service excellence development. *Managing Service Quality: An International Journal*, 11(6), 418-430.
- Tontini, G., & Silveira, A. (2007). Identification of satisfaction attributes using competitive analysis of the improvement gap. *International Journal of Operations & Production Management*, 27(5), 482-500.
- Vassiliadis, C. A., Fotiadis, A. K., & Tavlaridou, E. (2014). The effect of creating new secondary health services on patients' perceptions: a Kano service quality analysis approach. *Total Quality Management and Business Excellence*, 25(7-8), 897-907.
- Wang, C. C., & Hsin-Hao, C. (2018). Identifying the key factors of service quality in a traditional Chinese medicine clinic-based Kano-IPA model and case study. *TEM Journal*, 7(2), 301.

- Wang, Z., Yang, Y., Zhu, Y., Liu, M., Zhao, X., Xiao, L., Zhang, Y., Liang, F., Pang, X., Yang, Z., & Weng, H. (2022). Spiritual care needs among Chinese elders hospitalized for severe chronic heart failure: An observational study. *Palliat Support Care*, 1-10. <https://doi.org/10.1017/s1478951522001237>
- Witell, L., Löfgren, M., & Dahlgaard, J. J. (2013). Theory of attractive quality and the Kano methodology – the past, the present, and the future. *Total Quality Management and Business Excellence*, 24(11-12), 1241-1252.
- Wongrukmit, P., & Thawesaengskulthai, N. (2014). Hospital service quality preferences among culture diversity. *Total Quality Management & Business Excellence*, 25(8), 908–922.
- Yeboah, M. A., Ansong, M. O., Appau-Yeboah, F., Antwi, H. A., & Yiranbon, E. (2014). Empirical validation of patient’s expectation and perception of service quality in Ghanaian hospitals: an integrated model approach. *American International Journal of Social Science*, 3(3), 143–160.
- Yuan, Y., Liu, Y. L., Gong, L., Chen, H. M., Zhang, S., Kitayama, A., Takashi, E., & Liang, J. Y. (2021). Demand analysis of telenursing for community-dwelling empty-nest elderly based on the Kano model. *Telemedicine and E-Health*, 27(4), 414-421.
- Yuan, Y., Tao, C., Yu, P., Wang, Y., Kitayama, A., Takashi, E., Yanagihara, K., & Liang, J. (2022). Demand analysis of telenursing among empty-nest elderly individuals with chronic diseases based on the Kano model. *Frontiers in Public Health*, 10, 990295. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.990295>

## HEKİM GÖÇÜ AÇISINDAN TÜRKİYE'NİN ÇALIŞMA KOŞULLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Seda AYDAN \*

### ÖZ

Sağlık hizmetinin hem nicelik hem de nitelik açısından yetersiz olması sağlık hizmeti sunumundaki en büyük sorunlardan biridir. Özellikle sağlık hizmeti sunumunda büyük rolü olan hekimlerin yeterli sayıda olması kaliteli sağlık hizmeti sunumunda oldukça önemlidir. Bu nedenle yeterli sayıda hekimin istihdam edilmesi ve artan göç hareketlerine karşı kontrol sağlanmalıdır. Bunun için ülkelerdeki hekim göçü düzeyini tespit etmek, göçü etkileyen faktörleri belirlemek ve gerekli önlemleri almak önem taşımaktadır. Günümüzde, Türkiye'de bin kişi başına düşen hekim sayısı Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütüne (Organisation for Economic Co-Operation and Development [OECD]) üye ülkelerin ortalamasından düşük olmakla birlikte, hekimlerin uluslararası göçünde de önemli bir artış görülmektedir. Türkiye'de son yıllarda gündemde olan hekimlerin göçü, sağlık yöneticileri açısından dikkate alınması ve yönetilmesi gereken bir konudur. Bu çalışmada, Türkiye'de sağlık sektöründe çalışma koşullarının hekim göçü açısından değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Hekim göçünde önemli etkileri olan çalışma koşulları; hasta yoğunluğu ve iş yükü, çalışma saatleri ve nöbetler, ücret, eğitim, araştırma ve kariyer imkânı, iş güvenliği ve şiddet alt başlıkları altında ele alınmıştır. Buna göre, Türkiye'de hasta yoğunluğunun, iş yükü ve çalışma saatlerinin fazla olması, ücretlerin adaletsiz ve yetersiz olarak algılanması, eğitim, araştırma ve kariyer imkanlarının kısıtlı olması, hekimlere yönelik şiddet olaylarının yaşanması, iş sağlığına yönelik gerekli ve yeterli tedbirlerin alınmaması ve bu konudaki yasaların uygulanmasındaki eksiklik ve aksaklıklar, hekimleri göçe sevk edebilecek çeşitli faktörler arasında sayılabilir. Bu faktörlere yönelik düzeltici önlemler alınması nitelikli hekimlerin ülkeyi terk etmelerini önlemede çözüm yolu sunabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hekim göçü, çalışma koşulları, Türkiye.

### MAKALE HAKKINDA

\*Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, sedaaydan@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

Gönderim Tarihi: 20.03.2023

Kabul Tarihi: 13.07.2023

### Atıfta Bulunmak İçin:

Aydan, S. (2023). Hekim göçü açısından Türkiye'nin çalışma koşullarının değerlendirilmesi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 26(3), 895-920

## EVALUATION OF TÜRKİYE'S WORKING CONDITIONS IN TERMS OF PHYSICIAN MIGRATION

Seda AYDAN \*

### ABSTRACT

The inadequacy of health services in terms of both quantity and quality is one of the biggest problems in the provision of health services. Having a sufficient number of physicians, who have a major role in the provision of health services, is very important in the provision of quality health care. For this reason, it is important to employ a sufficient number of physicians and to be controlled against increasing migration movements. For this, it is important to identify the level of physician migration in countries, to determine the factors affecting migration and to take the necessary precautions. Today, although the number of physicians per thousand people in Türkiye is lower than the average of the member countries of the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD), there is a significant increase in the international migration of physicians. The migration of physicians, which has been on the agenda in Türkiye in recent years, is an issue that needs to be taken into account and managed by health managers. In this study, it is aimed to evaluate the working conditions in the health sector in Turkey in terms of physician migration. Working conditions that have important effects on physician migration were discussed under sub-headings of patient density and workload, working hours and shifts, wages, education, research and career opportunities, occupational safety and violence. Accordingly, various factors that may push physicians to migrate in Türkiye: the patient density, workload and working hours are high, the wages are perceived as unfair and inadequate, education, research and career opportunities are limited, there are incidents of violence against physicians, the necessary and sufficient measures are not taken for occupational health and there are deficiencies and disruptions of implementation of laws on this subject. Taking corrective measures for these factors may offer a solution to prevent qualified physicians from leaving the country.

**Keywords:** Physician migration, working conditions, Türkiye

### ARTICLE INFO

\*Assoc. Prof. Dr., Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Health Management, sedaaydan@hacettepe.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-1221-6768>

Received: 20.03.2023

Accepted: 13.07.2023

### Cite This Paper:

Aydan, S. (2023). Evaluation of Turkey's working conditions in terms of physician migration. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 895-920

## **I. GİRİŞ**

Sağlık hizmetinin nicelik ve nitelik bakımından yetersiz olması sağlık hizmeti sunumundaki en büyük endişelerden biridir. Hasta sayısının ve iş yüklerinin artması ile hasta bakım kalitesinin düşmesi olasıdır (Rolle Sands vd., 2020). Özellikle COVID- 19 pandemisi, yeterli sayıdaki vasıflı ve motive olmuş sağlık çalışanının, sağlık sistemi performansının merkezinde yer aldığını göstermiştir (OECD, 2020). Bu nedenle, sağlık sistemlerinin; sağlığın korunması, hastalıkların tedavi edilmesi ve sağlığın geliştirilmesi gibi amaçlarına ulaşabilmeleri için, yeterli sayıda ve gerekli donanıma sahip olan sağlık işgücüne ihtiyaç bulunmaktadır (Yıldırım, 2009).

Özellikle sağlık hizmeti sunumunda büyük rolü olan hekimlerin yeterli sayıda olması kaliteli sağlık hizmeti sunumunda oldukça önemlidir. Diğer taraftan, hekimlerin eğitimi; uygulamaya dönük olması, kapsamlı olması, hatanın kabul edilemez olması gibi pek çok nedenle diğer mesleklere göre pek çok ülkede daha uzun ve maliyetlidir. Türkiye'de de tıp fakültelerindeki eğitim süresi 6 yıl olup, diğer mesleklerin eğitim süresinden uzundur. Bu nedenle yeterli sayıda hekimi istihdam etmek ve artan göç hareketlerine karşı kontrollü olmak önemlidir. Ancak, birçok sağlık çalışanı gibi hekimler de düşük ücretler, destekleyici olmayan yönetim ve zayıf kariyer gelişimi gibi istenmeyen çalışma ortamlarıyla karşı karşıya kalmaktadır. Ayrıca dünya çapında, diğer sağlık çalışanları gibi hekimler de içinde buldukları sisteme karşı artan bir stres ve güvensizlik yaşamaktadırlar. Diğer taraftan, finansman politikaları, teknolojik gelişmeler ve tüketici beklentileri sağlık çalışanlarının taleplerini önemli ölçüde değiştirebilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2006).

Hekimler için kendi ülkelerinde kalma ya da başka bir ülkeye gitme kararını etkileyen çeşitli faktörler bulunmaktadır. Yoksullaşma, ağır çalışma koşulları ve şiddet başta olmak üzere çeşitli olumsuzluklarla karşı karşıya olan hekimlerin birçoğu çalışmak için yurt dışını tercih edebilmektedir. Sağlık profesyonellerinin diğer ülkelere göçü, 1990'ların sonlarından beri küresel sağlık politikası gündeminde giderek daha fazla yer almıştır (Buchan, 2008) ve günümüzde de güncelliğini ve önemini korumaktadır. Nitelikli işgücünün göç etme nedenlerini inceleyen güncel çalışmalar bulunmaktadır (Avcı Aksoy, 2020; Erdoğan Kaya vd., 2023; Teney, 2021).

Sağlık çalışanlarının göç kararı; ulusal politikalardan bireylerin özgürlük ve mesleki tercihlerine kadar pek çok faktörden etkilenebilen önemli ve karmaşık bir konudur (Davda vd., 2021). Ülkelerin siyasi yapısı ve politikaları, ekonomik koşulları, yaşam şartları, sosyo-kültürel gelişmişliği, coğrafik, jeolojik ve meteorolojik koşulları ve çalışma koşulları hekimlerin göç etme kararında etkili olabilir. Bununla beraber COVID-19 pandemisi, ekonomik krizler, teknolojik gelişmeler ve sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi gibi önemli gelişmeler de göç üzerinde önemli rol oynayabilir. Özellikle, COVID-19 pandemisinden sonra artan çalışma saatleri, ağır iş koşulları hekim göçünde etkili olmuştur. Yapılan bir araştırmaya göre, doktorların %85'i pandemi döneminde çalışma yoğunluğunun arttığını ifade etmiştir (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022).

Diğer taraftan COVID- 19 pandemisi sırasında, daha fazla sağlık çalışanına ihtiyaç duyan ve bu nedenle göçmen sağlık çalışanlarına güvenen OECD ülkelerinin çoğu, göçmen sağlık uzmanlarının sağlık hizmetleri talebindeki artışı karşılamalarına yardımcı olmak için harekete geçmiş ve ülkeye girişlerini ve mesleki niteliklerinin tanınmasını kolaylaştırmak için ek politika önlemleri uygulamaya koymuştur (OECD, 2020). Bu tarz politika ve uygulamalar Türkiye'deki hekimlerin de göç etmesinde teşvik edici rol oynamıştır. Buna ek olarak pandemi sonrası Türkiye'de yaşanan ekonomik kriz ve depremler hekimlerin göç hareketinin artması ve hızlanmasında etkili olmuştur. Ekonomik kriz nedeniyle hekimlerin de alım gücü ve yaşam standartları düşmekte ve bu durum özellikle henüz mesleğin başında olan hekimlerin daha iyi çalışma koşulları arayışıyla gelişmiş ülkelere göç etme planları yapmalarına neden olmaktadır (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022).

Hekimlerin göç sayılarına ilişkin bir veri tabanı bulunmamasıyla birlikte, yabancı ülkelere çalışabilmek amacıyla sicil belgesi almak için yapılan başvuru sayıları ve ülkelerdeki yabancı eğitimli doktor sayıları göç hakkında bir fikir sunmaktadır. Son yıllarda yabancı uyruklu ve yabancı eğitimli doktor ve hemşirelerin sayısının ve payının OECD ülkelerinin çoğunda artmaya devam ettiği (OECD,

2019), 2019'da OECD ülkelerindeki doktorların yaklaşık %18'inin en azından ilk tıp diplomasını başka bir ülkeden aldığı ortaya konmuştur (OECD, 2021). Bir çalışmada Amerika'daki 771.491 hekimin %23'ünden fazlasının tıp eğitimini yurt dışında, çoğunluğunun (%64) düşük veya orta gelirli ülkelerden almış olduğu ortaya konmuştur (Hagopian vd., 2004). Başka bir çalışmada, çoğunluğu Müslüman olan ülkelere gelen vatandaşların 2019 yılında ABD'deki doktor iş gücünün %4,5'ini oluşturduğunu ortaya koymuştur (Boulet vd., 2020). Bu sayılar özellikle az gelişmiş ülkelerde eğitim alıp, yetişip daha gelişmiş bir ülkede yaşamak ve çalışmak için giden hekimlerin sayısının az olmadığını göstermektedir.

Günümüzde, Türkiye'de bin kişi başına düşen hekim sayısı OECD ortalamasından düşük olmakla birlikte, hekim göçünde de önemli bir artış görülmektedir. Türkiye'de de hekim göç sayısını net olarak ortaya koyan bir çalışma olmamakla beraber, Türk Tabipleri Birliği'ne sicil belgesi alabilmek için yapılan başvuru sayıları ve hekimler veya tıp fakültesi öğrencileri üzerinde göç etme niyetini ölçmeye yönelik yapılan çalışmalar hekim göçü sayısındaki artış hakkında bir fikir vermektedir. Türk Tabipleri Birliği'ne göre 2021 yılında 1400'den fazla doktor yurtdışına göç etmiş, son on yılda ülkemizden yurtdışına çalışmaya giden doktor sayısı ise 4000'e ulaşmıştır (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022). Ayrıca, Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, çarpıcı olarak öğrencilerin çoğunluğunun (%94) yurt dışında hekimlik yapmayı düşündüğünü, yaklaşık yarısının (%46) bu konuda kararlı olduğunu belirttiği ortaya konmuştur (Erdoğan Kaya vd., 2023). Bu bulgular konunun ciddiyetini göstermektedir. Hekim yetersizliğine yönelik gerekli önlemleri alabilmek adına hekim göçünü etkileyen faktörleri belirlemek ve bu faktörlere göre ülkelerin mevcut durumunu ortaya koymak önemlidir. Türkiye'de son yıllarda gündemde olan hekimlerin uluslararası göçü sağlık yöneticileri açısından dikkate alınması ve yönetilmesi gereken bir konudur. Yukarıda da bahsedildiği gibi hekim göçünü etkileyen pek çok faktör olabilmekle birlikte, bu çalışmada Türkiye'deki çalışma koşullarının hekim göçü açısından değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışma koşulları; hasta yoğunluğu ve iş yükü, çalışma saatleri ve nöbetler, ücret, eğitim, araştırma ve kariyer imkânı, iş güvenliği ve şiddet alt başlıkları altında değerlendirilmiştir. Çalışmayla, Türkiye'deki hekimlerin göç etmesine neden olabilecek çalışma ortamlarındaki mevcut sorunları ortaya koyarak, buna yönelik gerekli önlemlerin alınması konusunda dikkat çekmek amaçlanmıştır.

## II. HEKİM GÖÇÜ VE ÖNEMİ

Sağlık çalışanlarının göçü, sağlık personelinin daha iyi bir yaşam standardı, daha yüksek maaş, ileri teknolojiye erişim ve daha istikrarlı siyasi koşullar arayışı içinde dünyanın farklı yerlerine hareketi olarak tanımlanmaktadır (Dodani ve LaPorte, 2005). Sağlık çalışanlarının göçü ülke sınırları içinde olabileceği gibi çoğu durumda uluslararası göçü ifade eder ve genellikle gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere doğru gerçekleşir (Misau vd., 2010). Sağlık çalışanlarının göçü, göç edilen ülkelerdeki arzı nitelik ve nicelik olarak artırırken, menşe ülkelerde; personel eksikliği ve buna bağlı olarak stres, yorgunluk, motivasyon kaybı gibi bazı sorunlara neden olabilmektedir. Sağlık sektöründeki işgücü eksikliği ve dengesiz dağılım gibi sorunlarla karşı karşıya kalan ülkeler için bu sorunlar, sağlık çalışanlarının başka ülkelere göç etmesi ile daha da kritik hale gelmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016). Az gelişmiş ülkelere gelişmiş ülkelere hekim göçü, kaynak ülkelerin sağlık sistemlerine zarar verebilecek dünya çapında sağlık işgücü dengesizliklerine zemin hazırlamaktadır (Hagopian vd., 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (2006) sağlık çalışanlarının genellikle hem küresel ölçekte hem de ülke sınırları içinde dengesiz bir dağılım gösterdiğini belirtmektedir. Bu durum ise sağlık hizmetlerinin adaletsiz dağılımı, hizmete erişememe ve sağlık göstergelerinin kötüleşmesi gibi olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Hekimlerin yüksek gelirli ülkelere göç etmesi, zaten hekim açığı yaşanan düşük ve orta gelirli ülkelerdeki durumu daha da kötüleştirebilmektedir (Kayım Yıldız, 2022). Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sistemlerinin karşı karşıya kaldığı sorunların başında insan kaynakları sorunları gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelere sistem yapısal ve sistematik olarak kırılındır ve ihtiyaç duyulan yerde ve zamanda etkin hizmet sağlama konusunda zayıftır (Misau vd., 2010). Hekimlerin göçü ile göç veren ülke yüksek eğitilmiş ve vasıflı bireyleri kaybetmektedir. Bu durum hem sağlık sistemlerinin verimliliğini hem de sağlık hizmetlerinin kalitesini ve sağlık hizmetlerine erişimi

olumsuz etkilemektedir (Apostu vd., 2022). Ayrıca hekimlerin uzun ve maliyetli bir eğitime sahip olmaları, toplum sağlığı üzerinde büyük oranda etkili olmaları ve ikame edilemez olmaları ülkeler için hekim göçünü daha da önemli kılmaktadır. Dolayısıyla hekimlerin göçü ülkelerin sağlık sistemini zayıflatabilmekte ve tıbbi ve ekonomik açıdan olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir (Zuk vd., 2019).

Hekim göçü, göç veren ülkeler için oldukça maliyetli olabilmektedir. Bu noktada ilk olarak hekimlerin eğitim giderleri akla gelmektedir. Kenya'da yapılan bir çalışmada, bir hekimin toplam eğitim maliyetinin 65.997 ABD doları olduğu belirtilmiştir (Kirigia vd., 2006). Bu rakam, tek bir hekimin göç etmesi nedeniyle toplumun uğradığı kaybı temsil etmez. Gerçek kayıp, Kenya toplumunun göç etmeye karar veren bir hekimi yetiştirmek için yaptığı yatırımın kümülatif değerine eşittir (Misau vd., 2010). Başka bir çalışmada (Mills vd., 2011) Afrika'dan göç eden hekimlerin ülkeler için 2 milyar doların üzerinde bir kayba neden olduğu ve göç edilen ülkeler için milyarlarca tasarruf sağladığı öne sürülmektedir. Buna göre, ihtiyaç duyulandan daha az sayıda hekim yetiştiren birçok zengin ülke, aradaki hekim açığını kapatmak için kendisine göç eden hekimlere güvenmektedir. Ayrıca, çalışmada gelişmekte olan ülkelerin, gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerini destekleyen personeli yetiştirmek için etkin bir şekilde ödeme yaptıkları ileri sürülmektedir (Mills vd., 2011).

Hekimlerin eğitim maliyetinin ötesinde, hekimlerin göç etmesi sonucu ülkedeki yetersiz hekim nedeniyle sağlık sorunları artabilir ve kayıplar yaşanabilir. Bu kayıplar da ayrı bir maliyet olarak değerlendirilebilir. Ayrıca, daha kapsamlı olarak hekim göçünün kaybedilen potansiyel yaşam yılları üzerine etkisi değerlendirilerek, göçün ekonomik olmayan sonuçları da ortaya konabilir (Kayım Yıldız, 2022). Saluja ve arkadaşları (2020), çalışmalarında hekimlerin düşük gelirli yerlerden yüksek gelirli yerlere hareketinin önemli ekonomik sonuçları olduğu sonucuna varmıştır. Bu ekonomik sonuçların ise sadece beşeri sermayenin hareketinin sonucu değil, aynı zamanda hekim kaybıyla bağlantılı aşırı ölüm oranlarından da kaynaklandığını ortaya koymuşlardır. Çalışmaya göre, hekimlerin fakir ülkelere zengin ülkelere büyük ölçekli göçü, düşük ve orta gelirli ülkelere aşırı ölümle bağlantılı olarak, yıllık 16 milyar ABD doları tutarında bir maliyetle sonuçlanmaktadır. Bu çalışma, hekim yetiştirmenin ekonomik maliyetini değerlendirmekten daha kapsamlı bir yaklaşım sunmaktadır (Saluja vd., 2020).

Sağlık çalışanlarının göçü bazı ülkelere sorunlara neden olurken, bazı ülkelere sorunların üstesinden gelme aracı olarak görülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2016; Yıldırım, 2010). Sağlık çalışanlarının göçünün, insan kaynağı fazlası olan ülkelere yardımcı olmak ve hedef ülkelerdeki insan kaynağı eksikliğine çözüm sunmak gibi olumlu yönleri olabilir. Ayrıca hekimlerin becerilerini ve yaşam standartlarını geliştirmelerini ve daha fazla kariyer fırsatına sahip olmalarını sağlayabilir (Buchan, 2008; Sezer ve Yıldız, 2009).

Ülkeler sağlık çalışanlarının göç etme düzeylerini izlemeli, planlamalı ve yönetmelidir. Göçün yönetilmediği durumda hem sağlık sistemi hem sağlık çalışanları hem de sağlık hizmetinden yararlanan toplum zarar görebilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının göçü, olumsuz etkileri azaltılacak şekilde yönetilmelidir (Buchan, 2008).

### **III. HEKİM GÖÇÜNÜ ETKİLEYEN FAKTÖRLER**

Sağlık çalışanlarının göç kararı; bölgesel, ulusal, ekonomik, küresel politikalardan bireylerin özgürlük ve mesleki tercihlerine kadar birçok faktörden etkilenebilecek önemli ve karmaşık bir konudur (Davda vd., 2021). Ekonomik, iş ve aile ile ilgili faktörler, sağlık çalışanlarının göçünün en sık belirtilen nedenleri arasında yer almakla birlikte (Bezuidenhout vd., 2009), kendini gerçekleştirme veya dil öğrenme gibi diğer sosyal nedenler de giderek ön plana çıkmaktadır (Becker ve Teney, 2020).

Göçü etkileyen faktörler itici ve çekici faktörler olarak incelenebilmektedir (Jenkins vd., 2010; Sezer ve Yıldız, 2009). Göçün itici faktörleri; göç veren ülkedeki sağlık personeli arz fazlası, düşük ücret, düşük iş güvenliği, mesleki eğitim ve gelişim olanaklarının kısıtlı olması, uygun olmayan çalışma koşulları, yoksulluk, işsizlik, çeşitli salgın hastalık insidanslarının yüksek olması olarak sıralanabilir. Göçün çekici faktörleri ise, göç alan ülkelerdeki sağlık işgücü açığı yanında, daha iyi

eğitim olanakları ve sürekli profesyonel gelişime erişim, yüksek ücretler ve daha iyi yaşam koşulları olarak sıralanabilir (Jenkins vd., 2010; Sezer ve Yıldız, 2009).

Yıldırım (2009) sağlık işgücü göçünün itici ve çekici faktörlerini derlemiştir. Buna göre itici faktörlerden bazıları; düşük ücret, olumsuz çalışma koşulları, sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği, sınırlı eğitim ve kariyer olanakları, sürekli eğitim eksikliği, iş memnuniyetsizliği, HIV/AIDS, ekonomik istikrarsızlık, politik zorluklar, olumsuz yaşam koşulları, personel eksikliği nedeniyle aşırı iş yükü, düşük mesleki statü, işsizlik, açlık ve yoksulluk, doğal afetler, çevresel bozulmalar, şiddet, savaşlar, güvenlik endişesi, sağlık personeli fazlalığıdır. Çekici faktörlerden bazıları ise; daha yüksek gelir, daha iyi muamele ve çalışma koşulları, daha iyi donatılmış sağlık sistemleri, ileri eğitim ve kariyer fırsatları, yüksek eğitim standartları, seyahat fırsatları, iş yardımı, aile için daha iyi bir gelecek, daha kaliteli bir yaşam ve politik istikrardır.

Yukarıda sayılan tüm faktörler hekimler için de geçerli olmakla birlikte, hekimler özelinde yapılan çeşitli çalışmalar da bulunmaktadır. Hekimlerin Romanya'dan göç etme nedenlerinin incelendiği bir çalışmada, hekim göçünün hastanelerdeki yatak sayısı, göçmen sayısı, işsizlik oranı ve gelir gibi çeşitli faktörlerden etkilendiği bulunmuştur (Apostu vd., 2022). Başka bir çalışmada daha yüksek maaşların Ganalı doktorların göçünü azalttığı bulunmuştur (Okeke, 2014).

Pakistan'da tıp eğitimi alan öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada (Sheikh vd., 2012) öğrencilerin %60'ının kariyerlerine yurtdışında devam etmek istedikleri bulunmuştur. Göç etmek isteyen öğrencilerin belirttikleri en yaygın nedenler şunlardır: Yurtdışındaki kazançlı maaş, eğitim kalitesi, iş tatmini, daha iyi yaşam tarzı, akrabalar, daha fazla fırsat, daha iyi çalışma ortamı, Pakistan'daki terör, Pakistan'da doktorların taciz edilmesi, yurtdışına yerleşme isteği, Pakistan'da daha fazla rekabet olması, daha iyi yönetim, akran baskısı, Pakistan'da daha uzun çalışma saatleri, dini nedenler, ebeveyn baskısı ve siyasi nedenlerdir.

Romanya'da tıp eğitimi alan öğrenciler üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %84,7'sinin mezun olduktan sonra yurtdışında iş aramayı planladıkları ortaya konmuştur (Suciu vd., 2017). Polonya'da üniversite hastanelerinde yapılan bir çalışmada ise çalışmaya katılan hekimlerin %34'ü Polonya'dan göç etme niyetleri olduğunu belirtmiştir. Göç etme niyetinin ana nedenleri ise; yurtdışında daha iyi çalışma koşulları, daha yüksek kazanç ve daha iyi iş-yaşam dengesi sağlama imkânı, yurtdışında daha iyi eğitim fırsatları ve stresli işyerinden kaynaklanan sorunlardır (Dubas-Jakóbczyk vd., 2020).

#### IV. TÜRKİYE'DEKİ HEKİM GÖÇÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

Türkiye'de 2006 yılında gündeme gelen ithal hekim girişimi sonrasında uluslararası sağlık çalışanları göçüne ilişkin tartışmalar artmıştır (Yıldırım, 2010). Daha öncesinde, birçok gelişmiş ülke yabancı uyruklu sağlık çalışanlarının istihdamında serbest politikalar izlerken Türkiye'nin bu konuda daha katı bir politika izlediği belirtilmektedir (Korku, 2022). 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun'da "*Türkiye Cumhuriyeti dahilinde tababet icra ve herhangi surette olursa olsun hasta tedavi edebilmek için Türkiye Darülfünunu Tıp Fakültesinden diploma sahibi olmak ve Türk bulunmak şarttır.*" ifadesi yer almakta iken, daha sonra 2011 yılında çıkarılan Kanun Hükmünde Kararname ile bu maddeden Türkiye'de hekimlik yapmak için Türk olma şartı çıkartılmıştır. 2012 yılında ise "*Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik*" çıkartılarak diş hekimi, eczacı, ebe ve hastabakıcılar hariç olmak üzere yabancı sağlık meslek mensuplarının özel sağlık kuruluşlarında çalışmalarına ilişkin esaslar düzenlenmiştir. Ayrıca, Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne göre, yabancı uyruklu hekimler gerekli şartları sağlamaları durumunda Türkiye'de uzmanlık eğitimi de alabilmektedir. Ancak, OECD (2020) raporuna göre Türkiye'deki yabancı eğitimli doktor sayısı diğer OECD ülkelerine göre düşüktür.

Türkiye vatandaşı olup yurt dışına gitmek isteyen hekimlerin ise, Türk Tabipleri Birliği'nden mesleki faaliyetlerinin yürütülmesine ilişkin, haklarında herhangi bir olumsuz kayıt bulunup



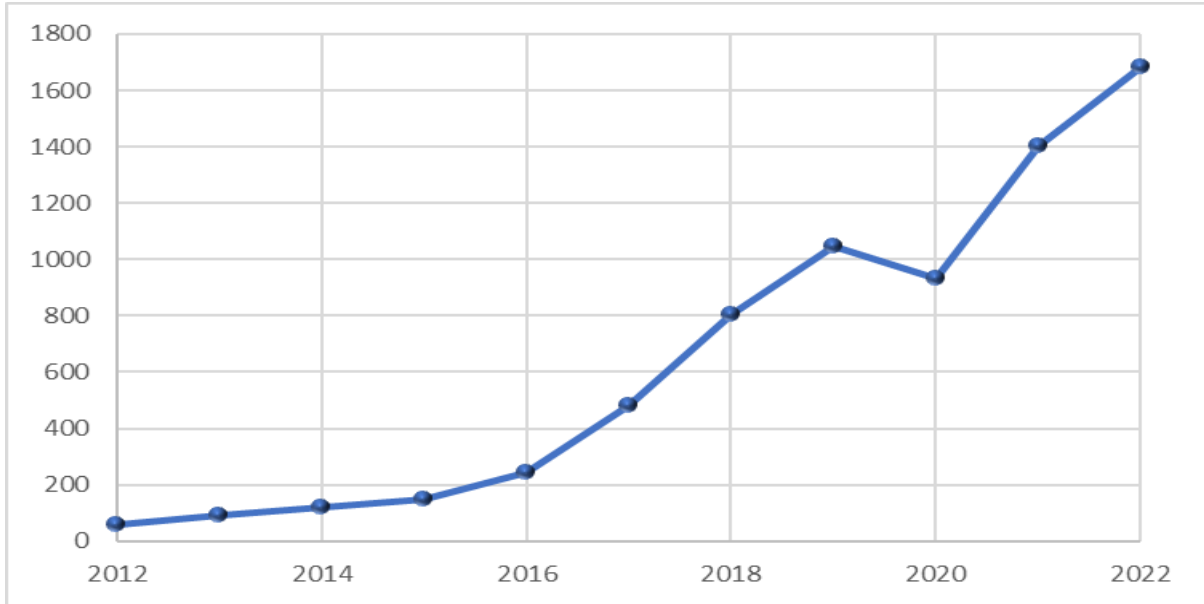
bulunmadığına dair bir sicil belgesi almaları gerekmektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2017). Hekimlerin sözü edilen sicil belgesi için yıllara göre başvuru sayısı Tablo 1'de yer almaktadır. Bu sayının yıllar itibariyle giderek arttığı görülmektedir. 2022 yılı için bu sayının Ağustos ayı itibariyle önceki yılları geçtiği görülmektedir. Göçün, sadece genç pratisyen hekimlerle sınırlı olmadığı; kritik, az sayıda olan branş uzmanlarından giden hekimlerin sayısının da arttığı belirtilmektedir (Kayım Yıldız, 2022).

**Tablo 1. Aylara ve Yıllara Göre Hekimlerin Sicil Belgesi için Başvuru Sayısı**

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Ocak	3	13	12	11	20	42	34	102	81	90	197
Şubat	3	8	12	6	10	34	47	92	77	76	157
Mart	4	6	12	11	20	35	61	81	63	87	213
Nisan	4	11	7	9	8	26	37	72	36	76	214
Mayıs	3	4	7	10	17	34	76	94	33	83	161
Haziran	3	3	6	15	28	34	46	53	65	121	229
Temmuz	4	7	6	17	18	38	74	81	65	94	231
Ağustos	3	5	8	9	23	54	62	97	92	178	281
Eylül	9	9	12	19	25	62	85	81	113	162	
Ekim	6	4	36	16	24	31	91	102	110	144	
Kasım	10	11	-	13	30	50	115	89	100	135	
Aralık	7	9	-	14	22	42	74	103	96	159	
<b>TOPLAM</b>	<b>59</b>	<b>90</b>	<b>118</b>	<b>150</b>	<b>245</b>	<b>482</b>	<b>802</b>	<b>1047</b>	<b>931</b>	<b>1405</b>	

*Kaynak: Türk Tabipleri Birliği, 2022*

**Şekil 1. Yıllara Göre Hekimlerin Sicil Belgesi için Başvuru Sayısı**



*Kaynak: Türk Tabipleri Birliği, 2022*

Türkiye'de son yıllarda tıbbi beyin göçünün arttığına ilişkin veriler bulunmakla birlikte bu konudaki çalışmalar sınırlıdır (Uzun vd., 2021). Türkiye'ye gelen ve giden sağlık çalışanlarına ilişkin kapsamlı ve tam bir veri bulunmaması nedeniyle Türkiye'nin bu anlamda değerlendirilmesi güçleşmektedir (Yıldırım, 2010). Ankara Hıfzıssıha Okulu ile John Hopkings Üniversitesi iş birliği ile 1962-1963 yılları arasında yürütülen "Türkiye'de Sağlıkta İnsan gücü" çalışmasının bir bölümünde, yurt dışında yaşayan hekimlere ilişkin bulgular yer almaktadır. Araştırmaya katılan 1.257 hekimden,

230'unun ilgili yıllarda yurt dışında buldukları belirlenmiştir. Hekimlerin, Türkiye'den ayrılma nedenleri arasında sırasıyla; gelir yetersizliği, meslekte bilgi-görgü artırmak ve ihtisas yapmanın güçlüğü, etik kurallara aykırı olarak meslektaşlar arasında oluşan rekabet ve iş ilişkilerinin iyi olmayışı, sağlık örgütlenmesindeki aksaklıklar gibi mesleki nedenler öne çıkmıştır (Akt. Gökbayrak, 2006). Sağlık Bakanlığı (2016) tarafından hazırlanan bir raporda ise, Türkiye'deki sağlık çalışanlarının dış göç tercihlerinin çoğunun; eğitim, yabancı bir ülkede eğitimin tamamlanması ardından yaşama veya çalışma isteği nedeni olduğu değerlendirilmiştir (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2016).

Türkiye'de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada çarpıcı olarak öğrencilerin çoğunluğunun (%94) yurt dışında hekimlik yapmayı düşündüğü, yaklaşık yarısının (%46) bu konuda kararlı olduğunu belirttiği ortaya konmuştur (Erdoğan Kaya vd., 2023). Başka bir çalışmada ise, hekimlerin %67'sinin önümüzdeki beş sene içinde yurtdışına gitmek istediği ortaya konmuştur. Hekimlerin %59'u ise geçtiğimiz bir sene içerisinde halihazırda çalıştığı kurumdan yurtdışına gidenler olduğunu belirtmiştir. Asistan doktorların ise %84'ü yurtdışına gitmeyi düşündüğünü ifade etmiştir (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022). Türkiye'deki asistan hekimlerin beyin göçü niyeti ve göç etme nedenlerinin belirlenmesi amacıyla yapılan başka bir çalışmada, asistan hekimlerin yarısından fazlasının yurtdışında uzmanlık eğitimi almayı (%51,6) ve yurtdışında çalışmayı (%55,3) istediği ortaya konmuştur. Yurtdışında çalışma isteği için en temel neden çalışma ve yaşam koşullarının daha iyi olması olarak bulunmuştur (Uğur, 2022). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi'ndeki öğrenciler üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise, öğrencilerin %52,9'unun mezuniyet sonrasında yurtdışına gitmeyi düşündüğü, %30,5'inin kararsız olduğu ortaya konmuştur. Yurtdışına gitme nedenleri olarak belirtilen ilk 3 neden daha iyi çalışma koşulları, daha iyi sosyal yaşam koşulları ve yurt içindeki iş yükü fazlalığı ve görev tanımı belirsizliğidir (Uzun vd., 2021).

Ankara Ticaret Odası (ATO) tarafından 2005 yılında hazırlanan bir rapor, iyi eğitilmiş 100 kişiden 59'unun beyin göçü ile ülkeyi terk ettiğini ortaya koymuştur (Ankara Ticaret Odası, 2005). Ayrıca, Türkiye'nin yurt dışına en çok öğrenci gönderen 24. ülke olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. Bu sonuçlar doğrultusunda, ülkede hekim eksikliğine ve bilimsel gelişmenin ciddi şekilde azalmasına neden olacak hekim göçü konusu Türkiye ve politika yapımcılar için oldukça önemlidir (Mollahaliloğlu vd., 2014).

Hekim göçü konusu sağlıkta insan kaynakları politikalarının odak noktalarından biridir. Bu konu Türkiye gibi hekim sıkıntısı çeken ülkeler için daha önemlidir (Mollahaliloğlu vd., 2014). Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık profesyonellerinin eksikliğinin dramatik olduğunu belirtilmektedir. Bu ülkelerdeki sağlık çalışanları göç etmese dahi bu ülkelerdeki mevcut sağlık işgücü ihtiyacının karşılanamayacağı vurgulanmaktadır. Pek çok ülke sağlık işgücü yetersizliği ve dengesiz dağılım sorunları yaşamaktadır ve sağlık çalışanlarının göçü ile birlikte buna ilişkin sorunlar daha da artmaktadır. Bu nedenle, son yıllarda uluslararası kuruluşlar da sağlık insan gücü göçünü gündemlerine almıştır (T. C. Sağlık Bakanlığı, 2016; Yıldırım, 2010).

Küreselleşmenin etkisi, Avrupa Birliği dinamiği gibi faktörler, Türkiye'nin uluslararası sağlık insan gücü göçünü gündemine almasını ve göçü etkili şekilde yönetmesini gerekli kılmaktadır. Tıp eğitiminin ağırlıklı olarak kamu tarafından sağlandığı ve sağlık işgücü yetersizliği ve dengesiz dağılım sorunları yaşayan Türkiye açısından uluslararası göçün yönetilmesi önem arz etmektedir. Türkiye'nin sağlık insan gücü problemlerini çözmek amacıyla izlediği stratejilerden bazıları, sağlık işgücü göçünü yönetmede de fayda sağlayabilecek olmakla birlikte, Türkiye'de spesifik olarak uluslararası göçü yönetmeye yönelik politikalar bulunmamaktadır (Yıldırım, 2010).

Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile etkin ve etkili bir sağlık sistemine erişim için sağlık hizmetlerinin çeşitli yönleri hedeflenmiş ve bu doğrultuda çeşitli düzenlemeler yapılmıştır. SDP'nin bileşenlerinden biri "Bilgi ve beceri ile donanmış, yüksek motivasyonla çalışan sağlık insan gücü" dür (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2003). SDP kapsamında, ihtiyaç duyulan her yerde herkese kaliteli sağlık hizmeti sunulması hedeflenmektedir. Ancak sağlık durumunun önemli göstergelerinden biri olan ve SDP'yi hayata geçirebilmek için en önemli faktör olan sağlıkta insan kaynaklarının düzeyi, OECD ve DSÖ Avrupa Bölgesi ülkeleri ile kıyaslandığında, Türkiye'de son derece düşüktür

(Mollahaliloğlu, 2014). 2020 yılında Türkiye'de bin kişi başına düşen hekim sayısı 2,05'tir. OECD ortalamasında ise bu sayı 3,37'dir. Türkiye'de kişi başına düşen hekim sayısının OECD ortalamasından düşük olduğu görülmektedir (OECD, 2023a). Hekimlerin sayıca yetersizliği ve bölgeler arasında dengesiz dağılımı politika yapıcılar tarafından da bir sorun olarak görülmüştür. Buna yönelik olarak; 2001-2002 yılında tıp fakültesi sayısı 40 iken, 2021-2022 yılında 84'e yükselmiş, öğrenci sayısı artarak 31.786'dan yaklaşık 100.000'e yükselmiştir (Filiz, 2022; Yıldız, 2020).

Türkiye'de sağlık insan gücünün bölgelere adil dağılımını sağlamak ve hastanelerdeki hekim yetersizliğinin önüne geçebilmek için ayrıca, mecburi hizmet uygulaması ve tam gün yasası gibi çeşitli uygulamalar devreye sokulmuştur. Tüm bu politikalara rağmen, hekim sayısı uluslararası standartlara ulaşmamıştır. Diğer taraftan, son zamanlarda Türkiye'yi bölgenin ve dünyanın sağlık turizmi merkezlerinden biri haline getirmek amacı gündemdedir. Bu durum, yüksek tıbbi uygulama becerisi olan ve yabancı dillerde iletişim kurabilecek hekim ve diğer sağlık çalışanlarına olan ihtiyacı artırmıştır. Bu nedenle hem tıp uzmanı yetiştirilmesi konusunda hem de Türkiye dışında yaşayan hekim ve tıp bilim insan kaynaklarından yararlanma konusunun değerlendirilmesi önem kazanmıştır (Yıldız, 2020).

Sarcan (2022) Türkiye'nin son yıllarda yabancı beyin göçünü artırmaya yönelik politikalar ve stratejiler geliştirdiğini belirtmiştir. Türkiye'nin coğrafi konumu, pek çok ülke ile olan tarihi ve kültürel ilişkileri ve sunulan cazip teşviklerin Türkiye'nin beyin göçü alması üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (Sarcan, 2022). Türkiye'ye nitelikli beyin göçünün desteklenmesi konusu Onuncu ve On Birinci Kalkınma Planlarında da yer almıştır. Buna göre, dünya genelindeki nitelikli işgücü talebinin artması ve işgücünün daha serbest hareket edebilmesi Türkiye için fırsatlar sunmaktadır. Ayrıca, bu planlarda Türkiye'deki beyin göçünün nedenleri analiz edilerek, nitelikli işgücünün ülkede kalmasını sağlamaya yönelik çalışmalar yapılacağı belirtilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2013; Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019).

2017 yılında yayımlanan Turkuaz Kart Yönetmeliği de Türkiye'ye beyin göçünü destekleyecek düzenlemelerden biridir. İlgili yönetmelik ile eğitim düzeyi, mesleki deneyimi, bilim ve teknolojiye katkısı ve benzeri nitelikleri itibarıyla yüksek nitelikli işgücü olarak değerlendirilen yabancılara Turkuaz Kart verilebilmektedir. Turkuaz Kart sahipleri, ikamet ve çalışma haklarından faydalanmaktadır (Turkuaz Kart Yönetmeliği, 2017).

Diğer taraftan, Türkiye'den başka ülkelere göç etmiş, yüksek vasıflı ve iyi eğitilmiş işgücünün Türkiye'ye geri dönmesi amacını taşıyan çeşitli adımlar da bulunmaktadır. Örneğin, TÜBİTAK yurtdışında bulunan bilim insanlarının ülkeye dönmelerini teşvik etmek amacıyla çeşitli programlar yürütmektedir (Sarcan, 2022). TÜBİTAK tarafından 2010 yılında başlatılan Tersine Beyin Göçü Programı kapsamında 2010-2022 dönemleri arasında 579 bilim insanının Türkiye'ye döndüğü, 1908 araştırmacının da konuk veya akademik izinli olarak Türkiye'ye geldiği belirtilmektedir (Özkan, 2022). Nitekim, Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Türk hekimlerin Türkiye'de çalışma istekliliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada; hekimlerin %23,4'ünün 3 yıl içinde, %23,4'ünün ise 3-10 yıl arası dönemde kalıcı dönüş düşünebilecekleri ortaya konmuştur (Yıldız, 2020).

Ülkeler için hizmet sunumunda en önde yer alan hekimlerin başka ülkelere gitmesini önleyici ya da giden hekimlerin dönmelerini sağlayıcı politikalar geliştirmek önemlidir. Bunun için göçü etkileyen faktörlerde iyileştirmeler yapmak önemlidir. Çalışma koşulları bu faktörlerin başında gelmektedir. Bu çalışmada Türkiye'de hekimlerin çalışma koşullarının göç açısından değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## **V. TÜRKİYE'DEKİ ÇALIŞMA KOŞULLARININ HEKİM GÖÇÜ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Çalışma koşulları çalışanların performanslarını, işe bağlılıklarını, başarılı olmalarını, memnuniyetlerini önemli ölçüde etkilemekle birlikte hizmet kalitesi, örgüt performansı, sunulan mal veya hizmete olan talebi ve kâr düzeyini de etkilemektedir. İyi eğitilmiş, yeterli tıbbi malzeme desteği sağlanmış, iyi çalışma koşullarında çalışan hekimlerin, bireysel ve toplumsal sağlığın

oluşturulmasında doğrudan etkili olduğu belirtilmektedir (Kumaş ve Yücel Beyaztaş, 2007). Çalışma koşulları hekimlerin göç kararlarını da önemli ölçüde etkileyebilmektedir. Daha iyi çalışma koşulları çekici iken, kötü çalışma koşulları itici faktör arasında yer almaktadır (Jenkins vd., 2010; Özkan ve Hamzaoglu, 2008; Sezer ve Yıldız, 2009; Yıldırım, 2009).

Türkiye’de çalışan hekimlerin sağlık hizmeti sunmalarının yanında eğitim, araştırma, idari ve akademik çalışmalar gibi diğer görev ve sorumluluklarının olması ağır ve riskli çalışma koşullarına neden olmaktadır. Ekipman ve sağlık personelinin yetersizliği sonucunda, artan iş yükü ve uzun çalışma sürelerine karşın düşük ücretler hekimleri mesleki memnuniyetsizliğe ve düşük motivasyona itmektedir (Kumaş ve Yücel Beyaztaş, 2007). Bu durum ise hekimlerin çalışma koşulları daha iyi olan ülkeleri tercih etmelerine neden olabilmektedir.

Diğer taraftan Türkiye’de 2003 yılında uygulanmaya başlanan SDP’nin özel sağlık sektörü yatırımlarını teşvik edici olduğu belirtilmektedir. İstatistiklere de bakıldığında Türkiye’de, özel sağlık sektörünün sağlık hizmetlerindeki payının giderek arttığı görülmektedir. 2002 yılında 271 olan özel hastane sayısı, 2020 yılında 566’ya yükselmiştir ve tüm hastanelerin %37’sini oluşturmaktadır. Türkiye’de özel hastanelerin de artmasıyla beraber hekimlerin çalışma koşulları da giderek ağırlaşmıştır (Bayrak vd., 2021).

Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalarda da hekimlerin veya tıp öğrencilerinin göç nedenleri ya da niyetleri arasında çalışma koşullarının büyük rol oynadığı görülmektedir (Mollahaliloğlu vd., 2014; Uğur, 2022; Uzun vd., 2021). Mollahaliloğlu ve arkadaşlarının (2014) 2009 yılında yeni mezun olmuş 3690 pratisyen hekim ile gerçekleştirdiği çalışmaya göre; katılımcıların yaklaşık %70’i yurtdışında yaşamak veya çalışmak için en önemli nedeni Türkiye’deki çalışma koşulları olarak belirtmiştir. Milliyetçi Hekimler Derneği ve 14 Mart Tıbbiyeliler Derneği (2022) tarafından yapılan ülkenin tüm hekimlerinin evren olarak ele alındığı Hekim Yurtdışı Göçü Araştırması’na göre ise, “ülkemizde hekim olarak çalışmaktan memnun musunuz?” sorusuna kesinlikle memnun değilim diyenlerin oranı %50, memnun değilim diyenlerin oranı ise %38,3’tür. Memnun olanların oranı ise sadece %9’dur. Aynı çalışmada yurt dışında çalışma düşüncesi olan hekimlerin oranı %72, yurtdışında çalışmak için bir çabası olan hekimlerin oranı ise %49,71 olarak bulunmuştur. Çalışmaya göre, hekimlerin yurtdışında çalışma isteklerinde sırasıyla; gelecek kaygısı, sağlıkta şiddet, yönetsel, ekonomik nedenler, çalışma şartları, performans baskısı ve mesleki eğitim nedenleri etkilidir. Aynı çalışmada tıp fakültesi öğrencilerinin %84’ünün yurtdışına gitme düşüncesi olduğu da ortaya konmuştur.

Türkiye’de tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılan başka bir çalışmada, Türkiye’de hekimlik mesleğini icra etmeyi zorlaştıran en önemli nedenler sorusuna çoğunlukla; ağır çalışma koşulları ve uzun çalışma saatleri (%90), hekimlere yönelik sözlü/fiziksel şiddet (%87), işyerinde kıdemliler/yöneticiler tarafından uygulanan mobbing ve baskı (%67) yanıtları verilmiştir. Katılımcıların göç etmeyi düşündükleri ülkeler ise çoğunlukla Almanya, İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri’dir (Erdoğan Kaya vd., 2023).

Hekim göçünde önemli etkileri olan çalışma koşulları; hasta yoğunluğu ve iş yükü, çalışma saatleri ve nöbetler, ücret, eğitim, araştırma ve kariyer imkânı, iş güvenliği ve şiddet alt başlıkları altında Türkiye açısından değerlendirilmiştir.

### **5.1.Hasta Yoğunluğu ve İş Yükü**

Sağlık hizmetlerinin verimli, erişilebilir ve uygulanabilir olması, sağlık politikalarının etkili bir şekilde uygulandığının en temel göstergesidir. Optimum sağlık işgücü kapasitesinin sağlanması sağlık sisteminin temel amacı olan nüfusun sağlığını iyileştirmede önemli bir araçtır (Badak, 2020).

Türkiye’de toplam hekim sayısı 2002 yılında 91.949 iken, 2015 yılında bu sayı %54 oranında artarak 141.259 olmuştur. 2015-2016 yılları arasında %3, 2016-2017’de %4, 2018-2019’da %5, 2019-2020 arasında ise %6 oranlarındaki artışlarla giderek artan bir ivme kazandığı değerlendirilmiştir. Türkiye’de 2020 yılı itibarıyla toplam hekim sayısı 171.259’dur. Bunların 88.127’si uzman, 49.760’sı

pratisyen, 33.372'si ise asistan hekimdir. Hekimlerin 104.158'i Sağlık Bakanlığı, 36.418'i üniversite, 30.683'ü ise özel hastanede çalışmaktadır (Harman Yıldız ve Özer, 2022; Sağlık Bakanlığı, 2023). Hekim sayısında her yıl artış yaşanmakla beraber ülke nüfusu da giderek artış göstermektedir. Bu noktada kişi başına düşen hekim sayısının değerlendirilmesi önem arz etmektedir. 2020 yılında Türkiye'de bin kişi başına düşen hekim sayısı 2,05'tir. OECD ortalamasında ise bu sayı 3,37'dir (OECD, 2023a). Türkiye'de kişi başına düşen hekim sayısının OECD ortalamasından düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, diğer faktörlerin etkisi dışında hasta yoğunluğuna neden olabilecek bir faktör olarak değerlendirilebilir. Doktorlar üzerinde yapılan bir araştırmada, doktorların %63'ü çalıştıkları kurumda yeterli doktor olmadığını belirtmiştir. Ayrıca, doktorların %54'ü son bir ayda çalıştıkları kurumda normalde vermeleri gereken bir sağlık hizmetini, yeterli doktor olmadığı için veremediklerini ifade etmiştir (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022).

Hasta yoğunluğunun göstergesi olarak hasta başvuru sayıları ve hekim başına düşen hasta sayılarını incelemek önemlidir. Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (Sağlık-Sen)'ın 2018 yılında yaptığı araştırmaya göre, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına müracaat sayısı son bir yıl için 469 milyon 718 bin 440'tır. Aynı araştırmanın sonuçlarına göre önceki yıl içerisinde 1 hekim (uzman/pratisyen) başına 664 kişi düşerken, çalışmanın yapıldığı yıl bu sayı 5635'e ulaşmıştır. Bir gün içerisinde doktor başına düşen hasta sayısının ise en az 25 olduğu belirtilmiştir (Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası [Sağlık-Sen], 2018). Bu doğrultuda hekimlerinin iş yükünün giderek arttığı görülmektedir. Ağır iş yükü altında çalışmak durumunda kalan sağlık çalışanlarının mesleki risklerle karşılaşma oranının buna bağlı olarak yükseldiği belirtilmektedir (Sağlık-Sen, 2023).

Son zamanlarda Türkiye'de sağlık hizmetlerinin önündeki engeller azaltılarak, hizmete erişimin daha kolay hale getirmeye yönelik adımlar atılmıştır. Bu durum, her ne kadar hasta memnuniyetini artırsa da, hekimlerin iş yükünün artmasına neden olmuştur. 2000'li yılların başında yılda ortalama kişi başı 3 kez başvurudan söz edilirken bu sayının 8'inin üzerine çıktığı belirtilmektedir (Aydın, 2015). Sağlık İstatistikleri Yıllıklarına göre 2002 yılında 3,1 olan kişi başı doktora başvuru sayısı, sürekli bir artışla 2019'da 9,8'e ulaşmıştır. 2020 yılında ise bu sayı 7,2 olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2023). Bunda pandeminin etkisinden söz edilebilir.

Günümüzde hasta başvurularının artış eğilimi gösterdiği görülmektedir. Sağlık sistemimiz önce hekimi görmeyi teşvik etmekte, tedavi sürecindeki hastanın kontrol ve takipleri de hekime bağımlı olarak yürümektedir. Bu durum hem hekime daha fazla yük bindirmekte hem de hekime başvuru sayısının yükselmesine neden olmaktadır. Ayrıca, Türkiye'de etkili bir sevk zincirinin oluşturulamaması, hastaların birinci basamak sağlık hizmetlerini almak üzere hastanelere yönelmesine neden olmakta ve bu da hastanelerde yığılmalara ve hizmet sunumunda aksamalara neden olmaktadır. Türkiye'de önceleri halkı bilinçlendirerek sağlık hizmeti almasını teşvik eden politikalar uygulanırken, artan sağlık hizmeti talebi nedeniyle yüksek başvuru oranlarını düşürmeye yönelik politika arayışları başlamıştır (Aydın, 2015; Ceyhan ve Çelik, 2004).

## **5.2. Çalışma Saatleri ve Nöbetler**

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre Türkiye'de kamu görevlisi hekimler için haftalık çalışma süresi 40 saattir. Ancak, özel durumlarda farklı çalışma sürelerinin belirlenebileceği düzenlenmiştir. Bu geniş yetki çerçevesinde hekimlere uzun çalışma süreleri getirilmiştir. Çağrı üzerine çalışan hekimlerin haftalık çalışma sürelerinin, özellikle personel sayısının yetersiz olduğu durumlarda, 120 saate çıkabildiği belirtilmektedir (Kumaş ve Yücel Beyaztaş, 2007; Uçar, 2016).

Türkiye'de kamu sağlık hizmetlerinde çalışan hekimlerin günlük çalışma süreleri için üst sınır belirlenmemekle birlikte fazla çalışma sürelerinde de üst sınır bulunmamaktadır. Hekimlerin uzun sürelerle çalışması, dinlenme haklarını ihlal etmekle birlikte, büyük bir dikkat ve özen gerektiren sağlık hizmeti sunumun kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Türk Tabipleri Birliği, 2011; Uçar, 2016).

Özel kurum ve kuruluşlarda çalışan hekimler için ise İş Kanunu'nun 63. maddesi uyarınca haftalık çalışma süresi 45 saat olarak belirlenmiştir. Ayrıca, günlük çalışma süresinin 11 saati aşamayacağı belirtilmiştir (Türk Tabipleri Birliği, 2011). Ancak, pek çok özel sağlık kuruluşunda hekimler daha yoğun çalışabilmektedir (Uçar, 2016). Özel sağlık işletmelerinin, daha az çalışanla daha çok iş üretmeye çalışmaları özel sektördeki hekimlerin yoğun iş yükü ve uzun çalışma süreleri ile karşıya kalmalarına neden olmaktadır. Bunun sonucu olarak ise, hekimler stres, depresyon, tükenmişlik ve olumsuz yaşam koşullarına bağlı sağlık sorunları yaşayabilmektedirler (Bayrak vd., 2021). Ayrıca, hastanede sunulan hizmetin 24 saat olması sağlık profesyonellerinin vardiyalı çalışmasını gerektirmektedir. Bunun sonucunda ortaya çıkan düzensiz çalışma saatlerinin fiziksel ve ruhsal sağlık üzerinde olumsuz etkileri olduğu kadar çalışanların sosyal ve aile hayatı üzerinde de olumsuz etkiler yaratabilmektedir (Çeçen, 2016).

Bayrak ve arkadaşları (2021) haftalık çalışma saati 45 saatin üzerinde olan hekimlerin oranını %60 olarak bulmuştur. Ayrıca, katılımcıların %70'i ulusal bayram ve resmi tatil günlerinde çalışma talebiyle karşılaşmaktadır. Aynı çalışmada hekimlerin %37'sinin çalışma koşullarından memnun olmadıkları, %25'inin bu konuda kararsız oldukları ortaya konmuştur. Başka bir çalışmada araştırmaya katılan doktorların çoğunluğu (%61) ağırlıklı olarak haftada 40-59 saat arası çalıştıklarını ifade etmişlerdir. Doktorların azımsanmayacak %20'lik kesimi ise 60-80 saat arası çalıştığını belirtmiştir (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022).

Aslan ve arkadaşları (2021) tarafından 626 hekim üzerinde yapılan bir çalışmada hekimlerin %41,4'ünün günde 9 saat ve üzerinde çalıştıkları ortaya konmuştur. Hekimlerin çalışma saatleri önerilen 8 saatin üzerinde bulunmuştur. Türkiye'de bir hastanede tıpta uzmanlık eğitimi yapmakta olan asistan hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada çalışma saatleri ve nöbet sayısı arttıkça tükenmişliğin bir boyutu olan duyarsızlaşma puanlarının arttığı ortaya konmuştur (Erol vd., 2007). Benzer şekilde Turunç ve Ögen (2002) de sağlık çalışanlarında aşırı iş yükünün tükenmişlikle pozitif yönde ilişkili olduğunu bulmuştur. Györffy ve arkadaşları (2018) 4784 Macar hekim üzerinde yaptıkları çalışmada tükenmişliğin yurt dışında çalışma niyetini etkilediğini ortaya koymuştur. Benzer şekilde, başka bir çalışmada Perulu sağlık çalışanlarında da tükenmişlik sendromu ile göç etme niyeti arasında ilişki bulunmuştur (Anduaga-Beramendi vd., 2019). Yoğun çalışma saatleri ve iş yükü hekimlerin tükenmesine neden olmakta bu da yurt dışında çalışma niyetini tetikleyebilmektedir. Nitekim, Türkiye'de tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kariyer tercihlerinin incelendiği bir çalışmaya göre "yaşam tarzı esnekliği" ve "kabul edilebilir çalışma saatleri" kariyer tercihini en çok etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir (Tengiz ve Babaoğlu, 2020). Türkiye'de, hekim göçünde temel etkenlerden biri olan çalışma saatleri ve nöbetlerin yoğunluğuna yönelik düzenlemelere ihtiyaç bulunmaktadır.

### 5.3. Ücret

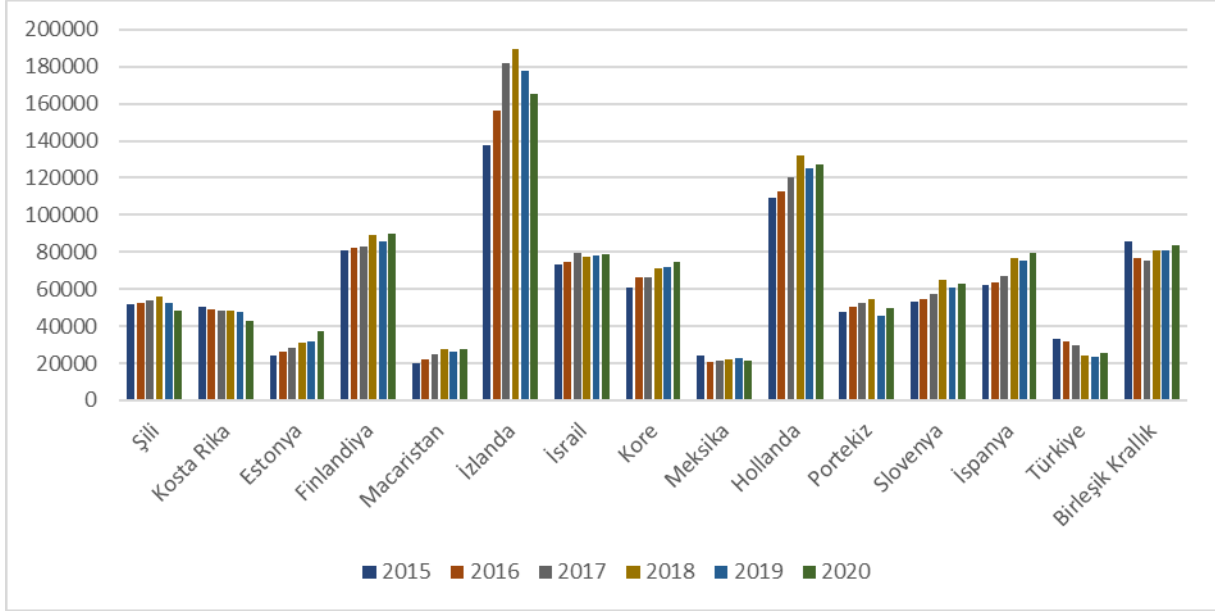
Ücret, nitelikli işgücünü örgüte çekme ve çalışanları motive etmede etkili bir araç olarak ifade edilmektedir (Yılmaz, 2004). Pek çok çalışmaya göre ekonomik faktörler ve finansal destek sağlık çalışanlarının bağlılığını ve motivasyonunu etkileyen en temel faktörlerin arasında yer almaktadır (Dormon vd., 2017; Ekingen vd., 2017).

Türkiye'de doktorların yaşadığı mesleki sorunları ortaya koymak amacıyla, Türkiye'nin her bölgesinden, her yaş ve unvan grubundan 6421 hekim ile yapılan bir anket çalışmasında; doktorların %69 ile çoğunluğu, doktorluk mesleğine başladığından beri hayat standartlarının kötüleştiğini belirtmiştir. Araştırmaya katılan her 10 hekimden sadece 1'i maaşıyla ev alabileceğini, yarısından azı maaşıyla araba alabildiğini ifade etmiştir. Aynı çalışmada doktorların %95'i, önceki kuşak doktorlara kıyasla daha kötü bir hayat standardına sahip olduklarını düşünmektedirler (İstanbul Ekonomik Araştırma, 2022).

Türkiye'de hekimlerin aldığı ücretler branşlarına, uzmanlık düzeylerine ve çalıştıkları hastane türü ve kapasitesine göre farklılık göstermektedir. Ekonomik faktörlerin temel motivasyon araçları olması nedeniyle, ülkeler arasındaki ücret farklılıkları hekimlerin göç kararlarında etkili olabilir (Harman

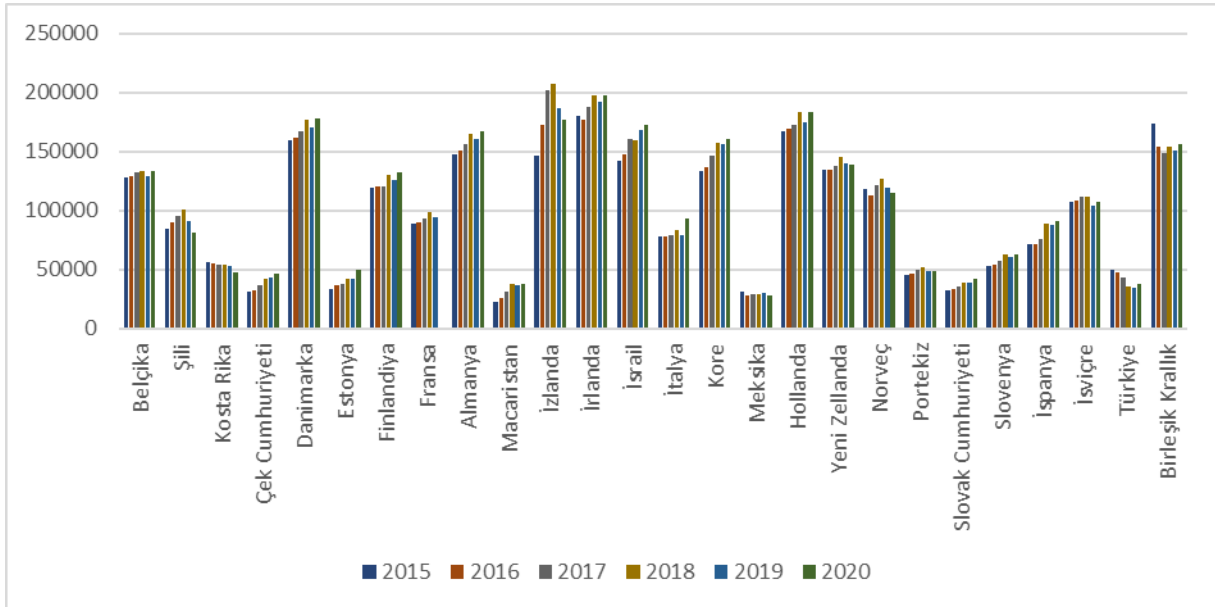
Yıldız ve Özer, 2022). Şekil 2 ve 3'te Türkiye'deki hem pratisyen hem de uzman hekimlerin gelirlerinin diğer OECD ülkelerinin çoğuna göre düşük kaldığı, hem de dolar bazında gelirlerin yıllara göre giderek azaldığı görülmektedir. Ekonomik faktörlerin uluslararası göçte temel çekici faktörler arasında yer aldığı düşünülürse Türkiye'deki hekimlerin göç etme eğiliminin fazla olması beklendik bir durumdur.

**Şekil 2. 2015-2020 Yılları Arası Bazı OECD Ülkelerinin Pratisyen Hekim Gelirleri (US \$)**



*Kaynak: OECD, 2023b*

**Şekil 3. 2015-2020 Yılları Arası Bazı OECD Ülkelerinin Uzman Hekim Gelirleri (US \$)**



*Kaynak: OECD, 2023b*

Türkiye'de sağlık çalışanlarını teşvik etmeye yönelik olarak 2003 yılındaki SDP kapsamında, sağlık çalışanlarının ürettikleri sağlık hizmeti ile ilişkili olarak ödüllendirilmesini sağlayan Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine (PDEÖS) geçilmiştir. Bu uygulama ile, kamu sağlık kurumlarında çalışanların maaşlarına ilave olarak performanslarına göre döner sermaye gelirlerinden ek ödeme aldıkları karma bir ücretlendirme sistemine geçilmiştir (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016).

Bu sistemin temel amacı; sağlık çalışanlarının hizmete katkı sağlayan çeşitli unsurları esas alınarak iş motivasyonunu ve üretkenliği teşvik etmektir (Yiğit, 2017). Ancak sağlık çalışanlarının bu sistemden memnun olmadığını ortaya koyan çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Çakır ve Sakaoğlu (2014) sağlık çalışanlarının PDEÖS’de ücret adaleti algısını değerlendirdikleri çalışmalarında, performansa dayalı ek ödemenin adil bir şekilde uygulanmamasına bağlı olarak ücret doyumlarının düşük olduğu belirlenmiştir. Yüzden (2013) de benzer şekilde, özellikle hekimler tarafından ücret dağılımındaki eşitsizlik ve çalışanlar arası ilişkilerin bozulması nedenleriyle PDEÖS’nin temelinde adil bulunmadığını ortaya koymuştur. Bu algı çalışanları emeklerinin karşılığını adaletli bir şekilde alamadıkları hissi nedeniyle göç etmeye teşvik edici bir faktör olabilir.

PDEÖS’e yönelik hekimlerin tutumuna ilişkin bir araştırma ve uygulama hastanesinde yapılan başka bir çalışmada hekimlerin; PDEÖS’ün mesleki etiğe olumsuz etkisinin olduğu, bireysel ve kurumsal performansa katkıda bulunmadığı ve özel muayenehane açma eğilimini artırdığı görüşünde oldukları ortaya konmuştur (Akpınar ve Taş, 2013). Benzer şekilde başka bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışanların PDEÖS’e ilişkin görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada da personelin performansa dayalı ek ödeme hakkındaki düşüncelerinin olumsuz yönde olduğu belirlenmiştir (Çankaya, 2017). Kamu ve üniversite hastanesinde çalışan hemşire ve hekimler üzerinde yapılan başka bir çalışmada, PDEÖS’ün hem etik açıdan hem de ödemeler açısından yetersiz kaldığı sonucuna varılmıştır (Özkal ve Özkara, 2022). Bir üniversitesi hastanesinde görev yapan öğretim üyeleri üzerinde yapılan çalışmada da hekimlerin ek ödeme sisteminden memnuniyetsizliklerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Akçakanat ve Çarıkçı, 2016). Başka bir çalışmada da görüşme yapılan hekimlerin çoğunluğunun performans sisteminden memnun olmadığı, hekimlerin kâr ve performansa dayalı bir sağlık sistemi kurulmasının mesleki etik anlayışlarını da zedelediğini düşündüğünü ortaya koymuştur (İstanbul Ekonomi Araştırması, 2022).

Birinci basamak sağlık kuruluşlarında uygulanan PDEÖS’ü değerlendiren başka bir çalışmada, sistemin olumlu yönleri arasında “Uygulama ekonomik fayda sağlamaktadır”; olumsuz yönleri arasında “Maaşlarda iyileştirme yapılmasını gündem dışında bırakmaktadır” ifadelerine katılım düzeyi diğerlerinden daha fazla olarak bulunmuştur (Fettah ve Şahin, 2009). Başka bir çalışma sonucuna göre PDEÖS’ün nicel açıdan sağlık hizmetlerine sağlamış olduğu katkıya karşın sağlık hizmeti sunucuları üzerinde olumsuz bir etki yarattığı ortaya konmuştur (Öztunç ve Cural, 2017). OECD ortalamalarına göre yapılan karşılaştırmalarda hekim ücretlerinin düşük olduğu görülmekle birlikte, incelenen farklı tip hastanelerde yapılan çalışmalarda hekim ücretlerindeki ve ödeme sistemlerindeki adaletsizlikler ve yetersizlikler nedeniyle hekimlerin genel olarak gelir açısından memnun olmadığı da görülmektedir. Bu durum hekim göçünün en temel etkenlerinden biri olan ekonomik faktörün Türkiye’de hekimlerin göçü üzerinde olumsuz etki yaratabileceğini göstermektedir.

#### **5.4. Eğitim, Araştırma ve Kariyer İmkânı**

Araştırma ve eğitim altyapısı ve kariyer geliştirme fırsatları hekimlerin memnuniyet ve göç niyetlerini etkileyen temel faktörlerdir. Eğitim sistemi ve müfredatın yerel şartlara ve ihtiyaçlara göre ayarlanmış olmasının sağlık insan gücünün dışarıya göçünü engelleyecek bir mekanizma olduğu belirtilmektedir (Dubas-Jakóbczyk vd., 2020; Yıldırım, 2010).

Kaliteli bir sağlık hizmetinin sunumu, hekim ve diğer sağlık çalışanlarının kaliteli bir eğitim almalarına bağlıdır. Tıp eğitimi kaliteli ve özverili eğitimcilere ihtiyaç duyan, pahalı, emek yoğun, zor bir eğitim dalıdır. Bu eğitimi verecek kişilerin kalitesinin yanı sıra, pahalı bir yapılanma ve gelişmiş teknolojik donanım gerekmektedir (Öztürk, 2006). Ayrıca, tıp eğitim sürecinin sürekli iyileştirilmesi ve evrensel normlara uyan genel eğitim standartlarına uygun olması önemlidir (Benli vd., 2018). Tıp fakültelerinde ulusal ve uluslararası standartlara uygun hekimler yetiştirmek için gereken teorik ve uygulamalı eğitimlerin verilebilmesine yönelik tüm düzenlemeler yapılmalıdır. Günümüzde hekimlerin eğitiminde pek çok sorun vardır (Öztürk, 2006).

Türkiye’de hekimlerin sayıca yetersiz olması sonucu yeni tıp fakülteleri açılmış ve mezun hekim sayısı giderek artmıştır. 2001-2002 yılında tıp fakültesi sayısı 40 iken, 2021-2022 yılında 84’e



yükselmiş, öğrenci sayısı artarak 31.786'dan yaklaşık 100.000'e yükselmiştir (Filiz, 2022; Yıldız, 2020). Ancak, hekim sayısını artırmak amacıyla plansızca açılan tıp fakültelerindeki eğitimin kalitesi tartışılır hale gelmiştir. Bu fakültelerde fiziki koşullar, derslik sayısı, yetkin akademisyen kadrosu, laboratuvar ve diğer donanımların eksikliği son tıbbi ve teknolojik gelişmelerin izlenmesini zorlaştırarak, eğitim kalitesinin düşmesine neden olabilmektedir (Benli vd., 2018). Yeni açılacak fakültelerin, yeterli kapasite ve donanıma ulaşmadan eğitime başlatmasını önlemek amacıyla, 2015 yılı itibariyle Yükseköğretim Genel Kurulu tarafından tıp fakültelerinde eğitime başlamak için gereken asgari ölçütler yayınlanmıştır. Ancak, mevcut fakültelerin pek çoğunun bu koşulları karşılamadığı değerlendirilmektedir (Ercan, 2016). Türkiye'de yapılan bir araştırmada doktorların %72'si aldıkları eğitimi yeterli bulurken, %28'i yeterli bulmamaktadır. Genç doktorların/asistanların eğitim düzeylerini yeterli bulmadıklarını ifade edenlerin oranı ise %83'tür. Doktorların çoğunluğunun kendi aldıkları tıp eğitimini yeterli bulurken asistan doktorların eğitim düzeylerini yeterli bulmamasının, günümüzdeki tıp eğitiminin yeterliliği ile ilgili soru işaretleri oluşturduğu belirtilmiştir (İstanbul Ekonomik Araştırma, 2022).

Tıp fakültelerinin artan kontenjanları fiziksel ve niteliksel kapasitenin yetersiz kalmasına neden olabilir. Bu kontenjanlar ile doktor fazlasının açığa çıkacağı değerlendirilmektedir. Bu durumda, zaten yetersiz olan çalışma koşullarına artan doktor sayısı nedeniyle rekabet unsuru da eklendiğinde hekimlik mesleğinin cazibesini kaybedeceği ve öğrencilerin kalitesinin de düşeceği değerlendirilmiştir (Ercan, 2016).

Diğer taraftan, mevcut tıp fakülteleri arasında pek çok açıdan farklılıklar bulunmakta ve standart sağlanamamaktadır. Türkiye'nin metropol şehirlerindeki eğitim ve araştırma altyapısı nispeten gelişmiş olmakla birlikte, taşradaki ve yeni açılan üniversitelerdeki eğitim için alt yapıların güçlendirilmesine ihtiyaç bulunmaktadır (Yıldırım, 2010). Hekimlerin Şanlıurfa'daki çalışma ve yaşam koşulları hakkındaki görüşlerinin değerlendirildiği bir çalışmada (Eriş, 2019) hekimlerin en fazla katıldıkları ifadeler "Bu şehirdeki mesleki gelişim-egitim olanakları yeterli değildir" ve "Bu şehirde kariyer/yükselme imkânı yeterli değildir." olmuştur. Araştırmaya katılan hekimler genel olarak Şanlıurfa'daki çalışma koşulları, eğitim ve kariyer imkanlarının yetersizliği konularında olumsuz görüş bildirmişlerdir.

Benli ve arkadaşları (2018) ise, Türkiye'de eğitim veren tıp fakültelerinden eğitim öğretim programlarına internet üzerinden ulaşılabilen 41 fakültenin ders saatlerini incelemişler ve Türkiye'de temel tıp bilimleri eğitiminde üniversiteler arasında standardizasyon olmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Bu durum, farklı fakültelerdeki öğrencilerin standart ve yeterli eğitimi alamayıp eğitimde eşitliğin oluşmadığı ve mesleğini icra eden hekimlerin alt yapı gelişiminin bir standardı karşılamadığı şeklinde yorumlanmıştır.

Hekimlerin Türkiye'ye dönmesiyle ilgili etken faktörlerin incelendiği bir çalışmada hekimlerin Türkiye'ye kalıcı dönüşlerinin önündeki asıl engelin araştırma, çalışma ve mesleki gelişim imkânları olduğu ortaya konmuştur (Yıldız, 2020). Türkiye'de hekimlerin kariyer ve iş imkanları değerlendirildiğinde, özellikle veteriner hekimlik, diş hekimliği gibi bazı branşlarda ve özel sektörde iş güvencesi kaygısı yaşanabilmektedir. Türk Tabipleri Birliği'nin (TTB) özel sektörde çalışan 1.370 hekimle yaptığı ankete göre, %56,86'sının iş güvencesi kaygısı taşıdığı ortaya konmuştur (Türk Tabipleri Birliği, 2022). Diş hekimlerinin %78'inin işiyle ilgili gelecek kaygısı duyduğunu ortaya koyan bir çalışma da bulunmaktadır (Medimagazin, 2021). Türkiye'nin bir Tıp Fakültesi'nde okuyan öğrenciler üzerinde yapılan çalışmada, öğrencilerin %3,8'inin her zaman, %18,6'sının ise oldukça sık gelecek kaygısı hissettiği belirlenmiştir. Hekimlik mesleğiyle ilişkili gelecek kaygısını ise öğrencilerin %3,3'ünün her zaman, %17,8'inin oldukça sık hissettiği ortaya konmuştur (Dağtekin vd., 2020).

### **5.5. İş Güvenliği**

Sağlık çalışanları, çalışma ortamlarında çeşitli fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, çevresel ve psikososyal tehlike ve risklerle karşı karşıyadır. Bu tehlikeler iş kazaları ve meslek hastalıklarını artırmaktadır (Solmaz ve Solmaz, 2017). Özellikle hekimliğin mesleki riskleri çok yüksektir Hekimlik

bir yandan yüksek özen gerektirirken diğer taraftan çalışanlara ağır sorumluluk yükleyen zor bir meslektir (Çelik, 2022). Nitekim hastane hizmetleri, işyeri tehlike sınıflandırmasında çok tehlikeli işler kapsamında yer almaktadır (İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği, 2012). Hekimler, enfeksiyon hastalıkları, radyoaktif ışın yayıcı cihazlarla çalışmalara bağlı kanser hastalıkları, ergonomik olmayan çalışma koşullarına bağlı kas iskelet sistemi hastalıkları, yoğun çalışma ve olumsuz beslenme koşullarına bağlı kardiyovasküler hastalıklar, stres, depresyon ve tükenmişlik gibi risklerle karşı karşıyadır (Bayrak vd., 2021).

Bayrak ve arkadaşlarının (2021) Türkiye’de özel sağlık sektöründe çalışan hekimler üzerinde yaptıkları çalışmalarında; çoğunluğu iğne batması-cerrahi alet kesisi olmak üzere, son bir yılda iş kazasına uğradığını belirten hekimlerin oranı %3 olarak bulunmuştur. Başta enfeksiyon hastalıkları ve kas iskelet sistemi sorunları olmak üzere hekimlerin %5’i meslek hastalığına maruz kaldığını düşünmektedir. Radyasyon etkisinde kaldığını tamamen ya da kısmen düşünenlerin oranı ise %30 olarak bulunmuştur. Hekimlerin çalıştıkları kurumun, mesleki riskler ve hastalıklar konusunda gerekli önlemleri alıp almadığı sorusuna ‘evet’ cevabını verenlerin oranı ise %40 olarak bulunmuştur (Bayrak vd., 2021). Bir devlet hastanesinde çalışan hemşire, hekim ve diğer sağlık personeli ile gerçekleştirilen çalışmanın sonuçlarına göre, hekimler iş güvenliğini diğer sağlık personeline göre daha yetersiz bulmaktadır (Öztürk vd., 2012).

Türkiye’de son dönemde iş sağlığı ve güvenliği ve sağlık hizmetlerine ilişkin mevzuatta yapılan düzenlemeler ve yaptırımların, çalışan güvenliği açısından önemli değişiklikler sağlamasıyla beraber (Akgün, 2015), bu konudaki yasaların etkili olarak işlemediği değerlendirilmektedir. Özellikle meslek hastalıklarının tespitine ilişkin hukuki sürecin, teknik ve hukuki araçlardan yoksun, uzun ve yetersiz bir şekilde işlediği ve mesleki hastalıklar listesinin belirli hastalıklarla sınırlandırıldığı belirtilmektedir (Özveri, 2018).

## 5.6.Şiddet

Bir ülkede sağlık çalışanlarına yönelik yapılan şiddet olayları, çalışanların korkmasına, meslekten soğumalarına, tükenmişlik yaşamalarına ve çalışmak için daha güvenli çalışma koşulları olan ülkeleri tercih etmelerine neden olabilir. Türkiye’de ne yazık ki sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olayları son zamanlarda artış göstermiştir. Türkiye’de gündeme sıklıkla gelen sağlıkta şiddet olayları hekimlerin ve sağlık çalışanlarının en önemli göç etme nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Harman Yıldız ve Özer, 2022).

Sağlık-Sen 2022 yılı Sağlıkta Şiddet Raporu’na göre Türkiye’de 249 şiddet olayı yaşanmıştır ve 2019 yılında 190 olan bu sayının önceki yıla göre arttığı görülmüştür. 249 şiddet vakasında 422 sağlık çalışanı şiddet kurbanı olmuştur. 249 şiddet olayının 216’sı hem sözlü hem fiili, 32’si sözlü, 1’i mobbing şeklinde gerçekleşmiştir. Yaşanan olayların çoğunluğu ise hastanelerde gerçekleşmiştir ve en çok şiddete maruz kalanların hekim ve hemşireler olduğu ortaya konmuştur.

Şanlıurfa’da yapılan bir çalışmada (Eriş, 2019) hekimlerin %74’ü hasta veya yakınlarından sözlü, %29’u ise hasta ve yakınlarından fiziki şiddet gördüklerini ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada, araştırmaya katılan hekimlerin %44’ü hasta ve hasta yakınları tarafından fiziksel, sözel veya cinsel taciz vb. herhangi bir tür şiddete maruz kaldığını belirtirken, işyerinde kendini güvende hisseden hekimlerin oranı %12,8 ile sınırlı bulunmuştur (Bayrak vd., 2021). Hamzaoğlu ve Türk (2019) yaptıkları çalışmada, %37,4’ü hekimlerden oluşan katılımcıların %36,7’sinin fiziksel şiddete maruz kaldığını, %88,8’inin ise çalışma hayatlarında en az bir kere sözlü tacize maruz kaldığını ortaya koymuştur. Intern hekimler üzerinde yapılan bir çalışmada (Turla vd., 2012) da katılımcıların %43,2’si öğrenciliği süresince çalıştığı kliniklerde yaptığı iş nedeniyle hasta ya da hasta yakınları tarafından şiddete uğradığını, %78,4’ünün de başka bir hekimin şiddete uğradığına tanık olduğunu ifade etmiştir. Tıp fakültesinde okuyan öğrenciler ve araştırma görevlilerin hekim şiddetine yönelik algılarının değerlendirildiği bir çalışmada (Demirbaş ve Karaoğlu, 2021) ise katılımcıların hastanede çalıştıkları birimlerde veya hasta yakını iken hekime yönelik şiddete şahit olma sıklığı %74,3 olarak bulunmuştur.

Başka bir çalışmada, çalışma hayatları boyunca her on doktordan dokuzu bir hastanın ya da hasta yakınının sözlü şiddetine maruz kalmış, her on doktordan yaklaşık üçü ise bir hastanın ya da hasta yakınının fiziksel şiddetine uğramıştır (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022). Yapılan çalışmalardan Türkiye'de hekime yönelik şiddetin ve şiddet algısının yüksek olduğu görülmektedir. Tıp fakültesinde okuyan öğrenciler ve yeni başlamış hekimlerin de bu algılarının yüksek olması önyargıya sahip olarak başka ülkelerde çalışma arayışlarına girmelerine ve göç etmelerine neden olabilir.

Türkiye'de son zamanlarda şiddet olaylarına karşı önemli adımlar atılmıştır. Bu kapsamda en önemli adımlardan biri Beyaz Kod uygulamasıdır. 2012 yılında hukuki yardım ve beyaz kod uygulaması ile ilgili genelge yayımlanmıştır. Bu genelgede sağlık çalışanlarının güvenliğine yönelik olarak alınması gereken tedbirler açıklanmıştır (Doğanay, 2014). Türkiye'de sağlık personellerine yönelik şiddeti engellemek amacıyla ilk kez 1987 yılında bir yasal düzenleme yapılmış ve "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu"nun 12. maddesine cezai yaptırımlar eklenmiştir. 2014 yılında, "Sağlıkta Şiddet Yasası" olarak da bilinen bu maddeye eklenme yapılarak, "sağlık personeli kasten yaralama" tutuklama sebebi olarak düzenlenmiştir. 2020 yılında ise düzenlemeye "Sağlık çalışanlarına karşı işlenen suçta %50 artırım" ifadesi eklenmiş ve sağlıkta şiddet davalarında iyi hal indiriminin uygulanmasının önüne geçilmiştir (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022). 2022 yılında ise, TBMM Genel Kurulu'nda "Sağlıkta Şiddet Yasası" tekrar görüşülerek, sağlık çalışanlarına yönelik kasten yaralama suçlarında tutuklu yargılamayı sağlayan, sağlıkta kamu hizmetini engelleme suçunu ise daha ağır cezaya çarptıran kanun maddesi kabul edilmiştir (OHSAD, 2022).

Sağlıkta şiddet bir kamu davası niteliğine dönüşmüş ve şiddete yönelik cezalar artırılmıştır. Ancak tüm bu uygulamalara rağmen şiddet vakalarının sonlanmadığı, hatta azalmadığı görülmektedir. Sağlık-Sen Sağlıkta Şiddet Raporu (2022)'na göre şiddet olaylarını gerçekleştiren 494 saldırgandan 202'si hakkında hiçbir işlem yapılmazken, 141 saldırgan gözaltına alınarak serbest bırakılmıştır. 96 saldırgan tutuklanmış, 53 saldırgan hakkında adli soruşturma başlatılmış, 2 saldırgana ise kamudan uzaklaştırma cezası verilmiştir. Şiddet olaylarında yaptırımların daha kararlı ve caydırıcı olacak şekilde uygulanmasına ihtiyaç olduğu görülmektedir.

Sağlıkta şiddet toplumsal bir sorun olup pek çok kesimin koordineli çalışmalarıyla önlenabilir. Bu anlamda, şiddetle mücadelede toplumsal duyarlılığı artırıcı eylemlerle beraber adli mercilerin, sivil toplum kuruluşlarının, medya organlarının ve toplumun desteğine ihtiyaç vardır. Bu anlamda sağlık yöneticilerine de özellikle hastane içerisinde uygun ortamın oluşturulması açısından çeşitli görevler düşmektedir. Bunlar arasında; X-ray cihazlarının hastanelere yerleştirilmesi, güvenlik görevlilerine gerekli eğitimlerin verilmesi, hasta ve hasta yakınları için hastanede ayrı bekleme alanları oluşturulması, şiddet olaylarının yoğun olarak yaşandığı acil servisler gibi birimlerde ek güvenlik tedbirlerinin alınması, hasta yakınlarının hastaları hakkında bilgiye daha doğru ve kolay şekilde ulaşmasının yollarının sağlanması, sağlık çalışanlarına iletişim eğitimleri verilmesi, toplumsal duyarlılığı artırmaya yönelik projelerin yürütülmesi sayılabilir (Sağlık-Sen, 2022).

## **VI. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Ülkelerin çoğu sağlık insan gücü yetersizliği ve dengesiz dağılımı sorunlarıyla karşı karşıyadır. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde bu sorun sağlık çalışanlarının göçü ile giderek büyümektedir. Tıbbın temel uygulayıcıları olan hekimlerin eğitiminin uzun ve maliyetli olması, verdikleri hizmetin ikame edilemez olması ve toplum sağlığına büyük etkilerinin olması gibi nedenlerle hekim göçü ayrıca önem verilmesi gereken bir konudur.

Türkiye'de kişi başına düşen hekim sayısı OECD ülkeleri ortalamasından zaten düşük olmakla birlikte, yapılan sınırlı sayıdaki çalışmada Türkiye'den başka ülkelere göç talebinin de giderek arttığı görülmektedir. Yapılan güncel çalışmalar (Erdoğan Kaya vd., 2023; Uzun vd., 2021) tıp fakültesi öğrencilerinin büyük çoğunluğunun beyin göçü fikrine sahip olduğunu göstermektedir. Bu durum çeşitli sağlıkla ilgili, ekonomik ve toplumsal sorunlara neden olabilir. Bu nedenle, hekimlerin göçüne neden olan itici faktörleri belirlemek, bunları ortadan kaldırmak ya da iyileştirmek ve hekimlerin

yüksek motivasyonla çalışmalarını sağlamak son derece önemlidir. Hekimlerin ve tıp fakültesi öğrencilerinin sorunlarına yönelik çözüm odaklı müdahaleler hızla hayata geçirilmelidir.

Hekimlerin göç etmesinde ülkelerin ekonomik koşulları, sosyo-kültürel gelişimi, yaşam şartları ve çalışma koşulları gibi pek çok faktör etkili olabilir. Ancak, bu çalışmada çalışma ortamı ele alınmıştır. Türkiye'deki hekimlerin çalışma ortamı değerlendirildiğinde, çalışmada ortaya konduğu gibi hekimleri göçe itebilecek çeşitli faktörler söz konusudur. Bunlar arasında hasta yoğunluğunun, iş yükü ve çalışma saatlerinin fazla olması, ücretlerin adaletsiz ve yetersiz olarak algılanması, eğitim, araştırma ve kariyer imkanlarının yetersiz olması, hekimlere yönelik şiddet olaylarının yaşanması, iş sağlığına yönelik gerekli ve yeterli tedbirlerin alınmaması ve bu konudaki yasaların uygulanmasındaki eksiklik ve aksaklıklar sayılabilir. Ayrıca, Türkiye sağlık sisteminde önemli değişimler sağlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda benimsenen politikaların hasta memnuniyeti odaklı olması ve hekimlerin değer görmediklerini düşündüren sağlık politikalarının hekim göçünü gündeme getirmiş olabileceği değerlendirilmektedir (Harman Yıldız ve Özer, 2022).

Türkiye'de hekim göçünü önlemeye yönelik alınan belirli önlemlerin sağlık sektörünün karşı karşıya olduğu sistem krizlerini çözemediği görülmektedir. Sağlık sisteminin ihtiyaçlarına uygun, sistematik ve çok boyutlu değişikliklere ihtiyaç vardır (Apostu vd., 2022). Göç eden sağlık çalışanlarının gittikleri ülkeler hakkında yeterli bilgi bulunmamasıyla beraber, göçün birçok faktörden etkilendiği ve bunların bir kısmının stratejik müdahalelere açık olduğu düşünülmektedir. Sağlık çalışanlarının göç etme kararlarını etkileyen faktörlerin daha iyi anlaşılması hem kaynak hem de hedef ülkelerdeki sağlık personelini işe almak ve elde tutmak için stratejiler geliştirmede politika yapıcılara yardımcı olacaktır (Stilwell vd., 2004).

Hekim göçü, yetkili mercilerin zamanında müdahalesini gerektiren ciddi bir durumdur. Kilit önlemler alınmazsa, ülkenin sağlık sistemini tehdit edebilecek ciddi sonuçlar ortaya çıkabilir (Sheikh vd., 2012). Yurtdışına hekim göçünü önlemek için Türkiye'de hekimlerin göç etme eğilimlerinin ve göç etme nedenlerinin saptanarak bunlara yönelik iyileştirici politikalar geliştirilmesi gerekmektedir (Uzun vd., 2021).

Sağlık sistemindeki sorunları çözmeye yönelik adım ve politikaların çoğu hekim göçünün de önüne geçecek eylemler olacaktır. Hekimlerin çalışma koşullarını iyileştirmeye yönelik olarak sunulabilecek bazı öneriler şunlar olabilir:

Öncelikle hekimlerin iş yükü ve yoğunluğu azaltılmalıdır. Bunun için çeşitli yollar önerilmektedir. Bunlar arasında; birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi, etkili bir sevk zincirinin kurulması, hastaların takip ve kontrollerinde diğer sağlık meslek gruplarından daha fazla destek alınması, hastaların bilinçlendirilmesi ve kararlara katılımı ve yükümlülüğünün artırılması, sağlık okuryazarlığının artırılması, randevu disiplininin sağlanması, hasta başvuru süreçlerinin iyileştirilmesi, katkı payı ve fark ücreti gibi konulardaki sosyal güvenlik politikalarının gözden geçirilmesi sıralanabilir. Ancak burada önemli olan kişilerin hekime başvuru sayısını artırmak ve azaltmak gibi rakam odaklı politika tartışmaları yerine, gerçekten ihtiyaç duyulan en uygun sağlık hizmetinin en uygun şartlarda, en uygun kişi tarafından verilmesini sağlayacak düzenlemeler yapmaktır (Aydın, 2015). Bu düzenlemelere rağmen hekimler üzerinde hala hasta yoğunluğu söz konusu ise hekim sayısını artırıcı politikalar izlenmelidir. Böylece hekimlerin üzerindeki iş yükü azaltılarak daha kaliteli sağlık hizmeti sunulması yanında hekimlerin daha mutlu çalışması ve ülkede kalması sağlanabilir.

Hekimlerin çalışma saatleri ve vardiyalarının standartlara uygun şekilde düzenlenmesi diğer önemli bir adımdır. İş yükü ve yoğunluğunu azaltmaya yönelik önlemlerin bu sorunun çözülmesinde de etkili olması beklenir. Azalan hasta yoğunluğuyla hekimlerin daha az aralıklarla ve sürelerle çalışması ve nöbet tutması gerekecektir. Ayrıca, çalışma saatleri ve nöbetlerin düzenlenmesinde, dinlenme için gerekli sürenin verilmesine ve çalışanlar arasında denge ve adaletin sağlanmasına önem verilmelidir.

Hekim göçünü önlemeye yönelik diğer bir adım hekimlerin refah içinde yaşayabilecekleri adaletli bir ücret sisteminin sağlanmasıdır. Literatürde performans dayalı ödeme sistemiyle ilgili eleştiriler ve memnuniyetsizlikler olduğu görülmektedir. Bir çalışmada performans dayalı ödeme sisteminin

hekimler arasındaki sosyal, maddi ve mesleki ilişkileri de genel olarak olumsuz etkilediği bulunmuştur. Aynı çalışmada, hekim ücret politikasının performans yerine temel ücretin artırılması şeklindeki uygulamanın daha olumlu sonuçları olacağı değerlendirilmiştir (Sarısoy ve Özatalay, 2022). Benzer şekilde başka bir çalışma sonucunda da hekimlerin hasta ve işlem sayısından bağımsız standartlar çerçevesinde ücretlendirilmesini sağlayan bir sistem geliştirilmesi gerektiği vurgulanmıştır (İstanbul Ekonomi Araştırma, 2022).

Hekimlerin gelişen sağlık bilgisi ve teknolojisi doğrultusunda kendilerini sürekli olarak geliştirebilmesi son derece önemlidir. Bu nedenle tıp fakültelerindeki eğitim kalitesinin artırılması yanında, hekimlere yönelik hizmet içi uygulamalı eğitim programları da geliştirilmelidir.

Türkiye'de giderek arttığı görülen sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önleyici düzenlemeler de hekimlerin göç etmesini önlemede önemli bir diğer adımdır. Sağlıkta şiddeti önleyici yasalar ve düzenlemeler geliştirilmeli ve yaptırımları olacak şekilde uygulanmalıdır. Şiddet dışında hekimlerin yaşadıkları haksızlıklar ve diğer sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kurumlarında ilgili birimler kurulabilir. Ayrıca, hekimlerin çıkarlarını gözeten ve haklarını koruyan bir sağlık sisteminin kurulmasına yönelik politika geliştirme sürecinde, hekimlerin istek ve ihtiyaçlarını duyurabilecekleri yapıların kurulması önem taşımaktadır.

Türkiye'nin hekim göçüne ilişkin ayrıntılı veriye ve bu konuda yapılacak ileri çalışmalara ihtiyaç vardır. Özellikle, hekimlerin Türkiye'den göç etme nedenlerine ilişkin kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır. Bu çalışmada Türkiye'deki hekimlerin göç etme kararında etkili olabilecek çalışma koşulları değerlendirilmiştir. İleri çalışmalarda, göç etme kararındaki etken faktörler; ülkenin yaşam koşulları, ekonomik ve sosyo-kültürel durumu gibi boyutlar dahil edilerek daha geniş bir perspektiften ele alınarak değerlendirilebilir.

## KAYNAKLAR

- 1219 sayılı tababet ve şubabatı san'atlarının tarzı icrasına dair kanun <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=1219&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=3>
- Akçakanat, T., Çarıkçı, İ. H. (2016). Sağlık kurumlarında performans dayalı ödeme sistemi: üniversite hastanelerinde çalışan öğretim üyeleri üzerine bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 21(3), 865-892.
- Akgün, S. (2015). Sağlık sektöründe iş kazaları. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 2(2),67-75.
- Akpınar, A. T., Taş, Y. (2013). Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin hekimlerin tutumları üzerine Kocaeli üniversitesi araştırma ve uygulama hastanesinde bir araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 2, 167-182.
- Anduaga-Beramendi, A., Beas, R., Maticorena-Quevedo, J., Mayta-Tristán, P. (2019). Association between burnout and intention to emigrate in peruvian health-care workers. *Safety and Health at Work*, 10, 80e86.
- Ankara Ticaret Odası (2005). *Türk Beyin Gurbetçileri Raporu*. ATO Yayını, Ankara.
- Apostu, S.A., Vasile, V., Marin, E., Bunduchi, E. (2022). Factors influencing physicians migration-a case study from Romania. *Mathematics*, 10, 505.
- Aslan, D., Şengelen, M., Erişgen, G. (2021). *Hekimler arasında tükenmişlik durumu ve ilişkili faktörler*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Avcı Aksoy, Ö. (2020). Gündelik hayatı yerinden etmek: Türkiye'den İngiltere'ye göç eden nitelikli işgücünün göç etme nedenleri. *Adam akademi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 183-218.

- Aydın, S. (2015). Hekime başvuru sayısının artış hikâyesi. *Sağlık Düşüncesi Dergisi*, 35, 6-13.
- Badak, K. (2020). Türkiye'de sağlık sektörü için insan kaynakları: mevcut durum, zorluklar ve çözümler. *TURAN-SAM Uluslararası Bilimsel Hakemli Dergisi*, 12(46), 371.
- Bayrak, E., Ogan, H., Turan, M. (2021). Özel sağlık sektöründe hekimlerin çalışma koşulları, ekonomik ve sosyal durumları ile mesleki memnuniyetlerinin değerlendirilmesi. *Toplum ve Hekim*, 36(2), 126-134.
- Becker, R., Teney, C. (2020). Understanding high-skilled intra-European migration patterns: the case of European physicians in Germany. *Journal of Ethnic and Migration Studies*, 46(9), 1737-1755.
- Benli, A. R., İnci, H., Cebecik, A., Sunay, D. (2018). Türkiye’de tıp fakülteleri temel tıp bilimlerinin ders saatleri ve akademisyen sayılarının karşılaştırılması. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 51, 13-20.
- Bezuidenhout, M. M., Joubert, G., Hiemstra, L. A. & Struwig, M. C. (2009). Reasons for doctor migration from South Africa, *South African Family Practice*, 51(3), 211-215.
- Boulet, J. R., Duvivier, R. J., & Pinsky, W. W. (2020). Prevalence of international medical graduates from Muslim-majority nations in the US physician workforce from 2009 to 2019. *JAMA Network Open*, 3(7), e209418-e209418.
- Buchan, J. (2008). *How can the migration of health service professionals be managed so as to reduce any negative effects on supply?* World Health Organization. Regional Office for Europe.
- Ceyhan, R., Çelik, Y. (2004). Sağlık çalışanlarının vardiyalı çalışma uygulaması hakkındaki görüşleri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 7(2), 163-199.
- Çakır, Ö., Sakaoğlu, H. H. (2014). Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sisteminde ücret adaleti algısı: tepecik eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 5(1), 1-21.
- Çankaya, M. (2017). Hastane çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin görüşleri Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde bir araştırma. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(4), 272-282.
- Çeçen, C. E. (2016). *Trakya Üniversitesi sağlık çalışanlarının aile fonksiyonunun değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi Trakya Üniversitesi.
- Çelik, Ç. A. (2022). Hekimlerin ve sağlık görevlilerinin çalışma koşulları ve korunmaları. *Terazi Hukuk Dergisi*, 188, 126-135.
- Dağtekin, G., Dalkılıç, M. B., Çakıcı, F., Çakır, A., Ekin, A. E., Öztunç, D., Işıklı, B. (2020). Future anxiety, depression and stress among medical students. *Türk Tıp Öğrencileri Araştırma Dergisi*, 2(3), 135-142.
- Davda, L. S., Radford, D. R., Gallagher, J. E. (2021). Migration, retention and return migration of health professionals: Comment on “Doctor retention: a cross-sectional study of how Ireland has been losing the battle.” *Int J Health Policy Manag.*, 10(10), 667–669.
- Demirbaş, N., Karaoğlu, N. (2021). Hekim ve hekim adaylarının hekime yönelik şiddet algıları: bir ön çalışma. *Genel Tıp Derg.*, 31(2), 130-134.
- Dodani, S., LaPorte, R.E. (2005). Brain drain from developing countries: how can brain drain be converted into wisdom gain? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 98, 487–91.

- Doğanay, İ. (20). Alo 113-beyaz kod: acil sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık personelinin yaşadığı şiddet olgusu ve çözüm önerileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(2), 136-140.
- Dormon, F., Balen, J., Schmidtke, K. A., Vlaev, I. (2017). Healthworkers' motivation in low and middle income countries: A systematic review of the Literature. *Medical Research Archives*, 5(8), 1-32.
- Dubas-Jakóbczyk, K., Domagala, A., Kiedik, D., Peña-Sánchez, J. N. (2020). Exploring satisfaction and migration intentions of physicians in three university hospitals in Poland. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17, 43.
- Dünya Sağlık Örgütü (2006). *Working together for health*. The World Health Report, France.
- Ekingen, E., Yıldız, A., Korku, C., Korkmazer, F. (2017). Hastanelerde uygulanan performansa dayalı ek ödeme sisteminin çalışanların motivasyonu ve performansına etkisi üzerine bir araştırma. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 7(12), 71-83.
- Ercan, S. (2016). Tıp fakültelerinin yüz yüze kaldığı genel sorunlar ve tıp fakültelerinde eğitim kalitesinin iyileştirilmesi. *Tıp Eğitimi*, 45, 45-50.
- Erdoğan Kaya, A., Erdoğan Aktürk, B., Aslan, E. (2023). Factors predicting the motivation to study abroad in Turkish medical students: a causal investigation into the problem of brain drain. *J Health Sci Med*, 6(2), 526-531.
- Eriş, H. (2019). Hekimlerin Şanlıurfa'daki çalışma ve yaşam koşulları hakkındaki görüşleri. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 16(2), 399-409.
- Erol, A., Sarıçiçek, A., Gülseren, Ş. (2007). Asistan hekimlerde tükenmişlik: İş doyumunu ve depresyonla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 241-247.
- Filiz, M. (2022). Türkiye'de tıp fakültelerinin akademik ve eğitsel yapılarına yönelik bir değerlendirme. *Batman Üniversitesi Yaşam Bilimleri Dergisi*, 12(2), 190-199.
- Gökbayrak, Ş. (2006). *Gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere nitelikli işgücü göçü ve politikalar-Türk mühendislerinin "beyin göçü" üzerine bir inceleme*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Anabilim Dalı, Ankara.
- Györfy, Z., Dweik, D., Girasek, E. (2018). Willingness to migrate—a potential effect of burnout? A survey of Hungarian physicians. *Human Resources for Health*, 16, 36.
- Hagopian, A., Thompson, M. J., Fordyce, M., Johnson, K. E., Hart, L. G. (2004). The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain, *Human Resources for Health*, 2, 17.
- Hamzaoğlu, N. ve Türk, B. (2019). Prevalence of physical and verbal violence against health care workers in Turkey. *International Journal of Health Services*, 49(4), 844-861.
- Harman Yıldız, G., Özer, K. (2022). Neoliberal sağlık politikaları ve hekim göçü. *SCAR*, 1(1), 1-13.
- Hıfzısıhha Okulu ve John Hopkins Üniversitesi (1966). *Türkiye'de sağlık alanında insan gücü araştırması, bulgular-ön rapor*. Hıfzısıhha Okulu, Ankara.
- İstanbul Ekonomi Araştırma (2022). *Türkiye'de doktorların yaşam kalitesi*. <https://turkiyeraporu.com/wp-content/uploads/2022/05/Doktorlar-Raporu-Mayis-2022.pdf>

- İşçi Sağlığı ve İş Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği (2012). Resmi Gazete (Sayı: 28509). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121226-11.htm>
- Jenkins, R., Kydd, R., Mullen, P., Thomson, K., Sculley, J., et al. (2010). International migration of doctors, and its impact on availability of psychiatrists in low and middle income countries. *PLoS ONE*, 5(2), e9049.
- Kalkınma Bakanlığı (2013). *Onunucu kalkınma planı 2014-2018*. Kalkınma Bakanlığı, Ankara.
- Kayım Yıldız, Ö. (2022). Hekim göçünün gerçek maliyeti. *Herkese Bilim Teknoloji*, 326(23), 1.
- Kirigia, J. M., Gbary, A. R., Muthuri, L. K., et al. (2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health services research*, 6, 89.
- Korku, C. (2022). Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü. *Sağlık yönetimi güncel konular üzerine akademik değerlendirmeler* (Ed. İnci Erdoğan Tarakçı, Burhanettin Uysal) içinde. İstanbul: Efe Akademik Yayınları.
- Kumaş, H., Yücel Beyaztaş, F. (2007). Türkiye'deki hekimlerin çalışma koşullarının irdelenmesi. *C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*, 29(3), 123-127.
- Medimagazin (2021). Her beş dişhekiminden dördü, işi için gelecek kaygısı duyuyor. <https://medimagazin.com.tr/dis-hekimi/her-bes-dishekiminden-dordu-isi-icin-gelecek-kaygisi-duyuyor-95806> adresinden erişildi.
- Milliyetçi Hekimler Derneği ve 14 Mart Tıbbiyeliler Derneği (2022). Hekim yurtdışı göçü araştırması. <https://www.milliyetcihekimlerderneği.org/wp-content/uploads/2022/03/Hekim-Gocu-Arastirmasi.pdf> adresinden erişildi.
- Mills, E. J., Kanters, S., Hagopian, A., Bansback, N., Nachega, J., Alberton, M. et al. (2011). The financial cost of doctors emigrating from sub-Saharan Africa: human capital analysis. *BMJ*, 343, d7031.
- Misau, Y. A., Al-Sadat, N., Gerei, A. B. (2010). Brain-drain and health care delivery in developing countries. *Journal of Public Health in Africa*, 1, e6.
- Mollahaliloğlu, S., Çulha, Ü. A., Kosdak, M., Öncül, H. G. (2014). The migration preferences of newly graduated physicians in Turkey. *Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, 22(2), 69-75.
- OECD (2019). *Recent Trends in International Migration of Doctors, Nurses and Medical Students*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/5571ef48-en>.
- OECD (2020). *Contribution of migrant doctors and nurses to tackling COVID-19 crisis in OECD countries*. <https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/contribution-of-migrant-doctors-and-nurses-to-tackling-covid-19-crisis-in-oecd-countries-2f7bace2/> adresinden erişildi.
- OECD (2021). *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*, OECD Publishing, 2021, Paris, <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>.
- OECD (2023a). Doktor sayısına ilişkin veri. <https://data.oecd.org/healthres/doctors.htm> adresinden erişildi.
- OECD (2023b). Hekim gelirlerine ilişkin veri. <https://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30025> adresinden erişildi.



- OHSAD (2022). Sağlıkta Şiddet ve Malpraktis Yasası Mecliste Kabul Edildi. <https://ohsad.org/saglikta-siddet-ve-malpraktis-yasasi-mecliste-kabul-edildi-16-mayis-2022/#:~:text=12%20May%C4%B1s%202022%20tarihinde%20yap%C4%B1lan,%C3%A7arpt%C4%B1ran%20kanun%20maddesi%20kabal%20edildi.>
- Okeke, E. N. (2014). Do higher salaries lower physician migration? *Health Policy and Planning*, 29, 603-614.
- Özkal, E. S., Özkara, B. (2022). Hekim ve hemşirelerin performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin görüşleri: nitel bir araştırma. *SHYD*, 9(3), 504-514.
- Özkan, G. (2022). Tersine beyin göçünde son durum ne? Dünyanın en iyi üniversitelerini bırakıp Türkiye'ye dönen akademisyenler anlattı. Independent Türkçe. <https://www.indyturk.com/node/473956/haber/tersine-beyin-g%C3%B6%C3%A7%C3%BCnde-son-durum-ne-d%C3%BCnyan%C4%B1n-en-iyi-%C3%BCniversitelerini-b%C4%B1rak%C4%B1p> adresinden erişildi.
- Özkan, Ö. ve Hamzaoğlu, O. (2008). Uluslararası sağlık emek göçü: ne, nasıl, neden? Türkiye işçi sınıfı ve emek hareketi küreselleşiyor mu? *Türkiye Sınıf Araştırmaları Merkezi (TÜSAM) 3. Sınıf Çalışmaları Sempozyumu*.
- Öztunç, İ., Cural, M. (2017). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu sağlık hizmetleri memnuniyeti üzerine etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, ICMEB17 Özel Sayısı.
- Öztürk, H., Babacan, E., Özdaş Anahar, E. (2012). Hastanede çalışan sağlık personelinin iş güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1(4), 252-268.
- Öztürk, R. (2006). Ülkemizde tıp eğitimine genel bir bakış. *Sağlık Düşüncesi Dergisi*, 1.
- Özveri, M. (2018). Türkiye'de meslek hastalıkları alanında yaşanan hukuki açmazlar. *Çalışma ve Toplum*, 2(57), 749-786.
- Rolle Sands, S., Ingraham, K., Salami, B. O. (2020). Caribbean nurse migration—a scoping review. *Human Resources for Health*, 18, 19.
- Sağlık Bakanlığı (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0> adresinden erişildi.
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2018). 1 doktor başına düşen hasta sayısı 5635. *Türk Sağlık-Sen Gazetesi*, 15.
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2022). *Sağlık-sen 2022 yılı sağlıkta şiddet raporu*. <https://www.saglikxen.org.tr/haber/12308/saglik-sen-2022-yili-saglikta-siddet-raporu> adresinden erişildi.
- Sağlık ve Sosyal Hizmet Çalışanları Sendikası (2023). *Personel istihdamı artırılmalıdır*. [https://www.saglikxen.org.tr/site/arsiv\\_haber/1670](https://www.saglikxen.org.tr/site/arsiv_haber/1670) adresinden erişildi.
- Saluja, S., Rudolfson, N., Massenburg, B. B., et al. (2020). The impact of physician migration on mortality in low and middle-income countries: an economic modelling study. *BMJ Global Health*, 5, e001535.
- Sarcan, E. (2022). Yüksek vasıflı işgücünün göçü: beyin göçü. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(2), 69-75.

- Sarısoy, İ., Özatalay, B. (2022). Kamu hastanelerinde performansa dayalı ücret sistemi uygulamasının hekimler arasındaki sosyal, maddi ve mesleki ilişkilere etkisi. *Siyaset, Ekonomi ve Yönetim Araştırmaları Dergisi*, 10(2), 109-136.
- Sezer, M. S., Yıldız, M. (2009). Türkiye’de bir kamu politikası sorunu olarak yabancı doktor istihdamı: Avustralya, Birleşik Krallık ve Kanada örnekleri. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 11(3), 43-78.
- Sheikh, A., Naqvi, S. H. A., Sheikh, K., Naqvi, S. H. S., Bandukda, M. Y. (2012). Physician migration at its roots: a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan. *Globalization and Health*, 8, 43.
- Solmaz, M., Solmaz, T. (2017). Hastanelerde iş sağlığı ve güvenliği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 147-156.
- Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujicic, M., Adams, O., Poz, M. D. (2004). Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization*, 82, 595-600.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı (2019). *On birinci kalkınma planı 2019-2023*. Strateji ve Bütçe Başkanlığı Yayınları, Ankara.
- Suciu, Ş. M., Popescu, C. A., Ciumageanu, M. D., Buzoianu, A. D. (2017). Physician migration at its roots: a study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania. *Human Resources for Health*, 15, 6.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2003). *Sağlıkta Dönüşüm*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2016). Sağlık çalışanlarının uluslararası göçü/istihdamı. *E-bülten*, 2, 1-15.
- Teney, C. (2021). Immigration of highly skilled European professionals to Germany: intra-EU brain gain or brain circulation?. *Innovation. The European Journal of Social Science Research*, 34(1), 69-92.
- Tengiz, F. İ., Babaoğlu, A. B. (2020). Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinin kariyer tercihleri ve bu tercihleri etkileyen faktörler. *SDÜ Tıp Fak Derg*, 27(1), 67-78.
- Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140426-11.htm> adresinden erişildi.
- Turkuaz Kart Yönetmeliği (2017). Resmi Gazete (Sayı:30007). <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/03/20170314-1.htm>
- Turla, A., Aydın, B., Ünlü, B. (2012). İntern hekimlerin hekime yönelik şiddet konusunda yaşanmışlıkları ve düşünceleri. *Adli Tıp Bülteni*, 17(1), 5-11.
- Turunç, Ö., Ögen, A. R. (2022). Aşırı iş yükü tükenmişlik ilişkisinde, iş tatmini ve örgütsel vatandaşlık rolü: sağlık çalışanlarında bir uygulama. *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 7(2), 118-128.
- Türk Tabipleri Birliği (2011). *Hekimlerin çalışma süresi, nöbet, fazla çalışma ücreti, dinlenme ve izin hakları*. Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ankara.
- Türk Tabipleri Birliği (2017). *Hekimlere sicil belgesi (goodstanding) verilmesi*. 10.01.2023 tarihinde [https://www.ttb.org.tr/yazisma\\_goster.php?Guid=f2e81634-8840-11e7-8318-948af52f0cac](https://www.ttb.org.tr/yazisma_goster.php?Guid=f2e81634-8840-11e7-8318-948af52f0cac) adresinden erişildi.

- Türk Tabipleri Birliği (2022a). *Özel hekimlik alanındaki meslektaşlarımızın çalışma biçimi ve emeklerinin karşılığını alamamaktan kaynaklı sorunları giderek artıyor!* [https://www.ttb.org.tr/haber\\_goster.php?Guid=f8eb532a-c48b-11ec-8bef-40694c436a49](https://www.ttb.org.tr/haber_goster.php?Guid=f8eb532a-c48b-11ec-8bef-40694c436a49) adresinden erişildi.
- Türk Tabipleri Birliği (2022b). Hekimlerin Sicil Belgesi Başvuru Sayısı. Türk Tabipleri Birliği Bilgi Edinme Formu aracılığıyla elde edilmiştir.
- Uçar, (2016). Türkiye'de hekimlerin çalışma koşulları. *İmece gazetesi*.
- Uğur, N. (2022). Eğitim maliyetlerinde büyük risk: beyin göçü (asistan hekimler örneği). *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(2), 115-125.
- Uzun, S. U., Kılıç, B. B., Yıldız, E. (2021). *Pamukkale üniversitesi tıp fakültesi öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumları ve ilişkili etmenler*. 5. Uluslararası 23. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi, 13-18 Aralık, 2021.
- Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=15909&mevzuatTur=KurumVeKurulYonetmeligi&mevzuatTertip=5>
- Yıldırım, T. (2009). Sağlık çalışanları ve uluslararası göç: göç nedenleri üzerine bir inceleme. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 62(3), 87-94.
- Yıldırım, T. (2010). Uluslararası düzeyde sağlık çalışanlarının göçünü yönetme politikaları: genel bir bakış ve Türkiye için bir durum değerlendirmesi. *Amme İdaresi Dergisi*, 43(4), 31-65.
- Yıldız, M. S. (2020). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Türk hekimlerin Türkiye'de çalışma isteklilikleri. *ACU Sağlık Bil Derg.*, 11(1), 44-54.
- Yılmaz, T. (2004). *Performansa dayalı ücret sistemi: türkiye'de uygulanan performansa dayalı ücret planlarının kısmi bir analizi*. Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Doktora tezi.
- Yiğit, V. (2017). Performansa dayalı ek ödeme sisteminde hekimlerin teknik verimliliği: bir üniversite hastanesinde uygulama. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(62), 854-866.
- Yüzden, G. E. (2013). *Performansa dayalı ek ödeme sistemi ve hekim görüşlerinin değerlendirilmesi*. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek lisans tezi.
- Zuk, P., Zuk, P., Lisiewicz-Jakubaszko, J. (2019). Labour migration of doctors and nurses and the impact on the quality of health care in Eastern European countries: The case of Poland. *The Economic and Labour Relations Review*, 30(2), 307-320.

