



# HACETTEPE SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ

Cilt/Volume 28

Sayı/Number 1

Yıl/Year 2025

---

**Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı ile Afet Okuryazarlık Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma**

*Özge ÜSTÜN, Emrah GÖKKAYA, İsmet ÇELEBİ, Elçin BALCI*

---

**Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması**

*Enver Samet ÖZKAL, Belkıs ÖZKARA*

---

**Spiritüel Liderliğin Ontolojik İyi Oluşa Etkisinde İşin Anlamlılığının Aracılık Rolü: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma**

*Senem ALTAN, Ahmet Tuncay ERDEM*

---

**Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki: Bir Meta Analiz Çalışması**

*Cuma FİDAN*

---

**Evaluation of OECD Countries in terms of Human Development Index, Mortality Rates and Health Expenditures with Cluster Analysis**

*Nazan KARTAL*

---

**Üniversite Öğrencilerinin Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Dayalı Sağlık Arama Davranışları: Sosyo-Demografik Faktörlerin Rolü**

*Hakan Oğuz ARI*

---

**Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi, Yurtdışına Göç Niyeti ve Şiddet Arasındaki İlişki**

*Gökhan ACAR, Murat SAĞBAŞ*

---

**Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Sağlık Sonuçları ile İlişkisi**

*Elif AKDEMİREL*

---

**Uzun Süreli Bakım Sigortasının Türkiye Bağlamında Politika Analizi**

*Bestami KARA*

---



HACETTEPE  
**SAĞLIK İDARESİ DERGİSİ**

Cilt/Volume: 28

Sayı/Number: 1

2025

e-ISSN 2148-9041

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

**Cilt: 28 Sayı: 1 Yıl: 2025**

**Derginin Sahibi/Publisher**

Yonca İLDEŞ, Dekan  
H.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi adına  
on behalf of H.U. Faculty of Economics and Administrative Sciences

**Yayın Kurulu Başkanı / Editor**

Mehmet TOP

**Yayın Kurulu Bşk. Yardımcısı / Associate Editor**

Gamze BAYIN DONAR

**Teknik Editör / Editorial Manager**

Gamze BAYIN DONAR

**Türkçe Dil Editörü / Turkish Language Editor**

Seda AYDAN

**İngilizce Dil Editörü / English Language Editor**

Pınar YALÇIN BALÇIK

**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  
Büşra AKMAN  
Ferdane Betül BÖLÜKBAŞI

Kübra SÜTCÜ  
Sibel Zararsız  
Umutcan ALTUN

***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:

**Büşra AKMAN**

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

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

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

---

**Yayın Türü:** Ulusal (Yerel) Akademik Dergi, Yılda 4 Sayı (Mart, Haziran, Eylül, Aralık)

---

**Yayının Yönetim Yeri:** Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, D Blok Kat:4 Beytepe Kampüsü 06800 Çankaya/Ankara, Tel No: 2976356-57-58

---

**Yayın Tarihi** 26.03.2025

---

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 Eğitim İndeksi, Akademik Dizin, Sosyal Bilimler Atıf Dizini (SOBIAD) and Türkiye Atıf Dizini databases.



## İÇİNDEKİLER

<b>Araştırma</b>	
Üniversite Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı ile Afet Okuryazarlık Düzeyleri Üzerine Bir Araştırma A Study on University Students Levels of Health Literacy and Disaster Literacy..... Özge ÜSTÜN, Emrah GÖKKAYA, İsmet ÇELEBİ, Elçin BALCI	1-14
Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması Physician Perception Scale of Performance-Based Additional Payment System: A Scale Development Study..... Enver Samet ÖZKAL, Belkıs ÖZKARA	15-30
Spiritüel Liderliğin Ontolojik İyi Oluşa Etkisinde İşin Anlamlılığının Aracılık Rolü: Sağlık Sektöründe Bir Araştırma The Mediating Role of Meaningfulness of Work in The Effect of Spiritual Leadership on Ontological Well-Being: A Research in The Health Sector ..... Senem ALTAN, Ahmet Tuncay ERDEM	31-50
Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı Arasındaki İlişki: Bir Meta Analiz Çalışması The Relationship between Health Literacy and Rational Drug Use: A Meta-Analysis Study..... Cuma FİDAN	51-64
Evaluation of OECD Countries in terms of Human Development Index, Mortality Rates and Health Expenditures with Cluster Analysis OECD Ülkelerinin İnsani Gelişme Endeksi, Ölüm Oranları ve Sağlık Harcamaları Açısından Kümeleme Analizi ile Değerlendirilmesi ..... Nazan KARTAL	65-80
Üniversite Öğrencilerinin Sağlığın Sosyal Belirleyicilerine Dayalı Sağlık Arama Davranışları: Sosyo-Demografik Faktörlerin Rolü Health-Seeking Behaviors Based on The Social Determinants of Health among University Students: The Role of Socio-Demographic Factors..... Hakan Oğuz ARI	81-94
Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Sağlık Sonuçları ile İlişkisi Relationship between Gender Inequality and Health Outcomes ..... Elif AKDEMİREL	95-112
Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi, Yurtdışına Göç Niyeti ve Şiddet Arasındaki İlişki The Relationship Between Quality of Work Life, Intention to Migrate Abroad and Violence in Healthcare Workers..... Gökhan ACAR, Murat SAĞBAŞ	113-126
<b>Derleme</b>	
Uzun Süreli Bakım Sigortasının Türkiye Bağlamında Politika Analizi Policy Analysis of Long-Term Care Insurance in The Context of Turkey..... Bestami KARA	127-150

# ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE AFET OKURYAZARLIK DÜZEYLERİ ÜZERİNE BİR ARAŞTIRMA

Özge ÜSTÜN\*  
Emrah GÖKKAYA\*\*  
İsmet ÇELEBİ\*\*\*  
Elçin BALCI\*\*\*\*

## ÖZ

Sağlık okuryazarlığı 1970'lerde ortaya atılan, halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinde önemi giderek artan bir terimdir. Kişinin kendi sağlığını, ailesinin ve toplumun sağlığını bir bağlama oturtması, hangi faktörlerin bu durumu etkilediğini anlaması ve bunlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi anlamına gelir. Afet okuryazarlığı ise bireylerin afet süreci boyunca yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek amacıyla bir afeti hafifletme/önleme, hazırlanma, müdahale etme ve afetten kurtulma veya rehabilitasyon ile ilgili günlük yaşamda bilinçli kararlar vermek ve talimatları takip etmek için afet bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitesidir. Bu çalışmada, sağlık yönetimi konusunda üniversite öğrenimi gören öğrencilerin sağlık okuryazarlık ve afet okuryazarlık düzeylerini ölçmek amaçlanmıştır. Bu araştırma bir üniversitenin sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin afet okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen etmenleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır. Araştırma evrenini Türkiye'de bir üniversitede öğrenim gören Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencileri oluşturmaktadır (Ulaşım oranı %94,55). Araştırmada 'Sosyodemografik Bilgi Formu', 'Afet Okuryazarlık Ölçeği' ve "Sağlık okuryazarlığı ölçeği (HLS-14)" kullanılmıştır. Araştırmada sağlık okuryazarlığı sonuçları ile zarar azaltma, hazırlık, müdahale, iyileştirme alt boyutları ve afet okuryazarlığı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olanlarda afet okuryazarlığı yüksektir. Yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı, afet okuryazarlığındaki değişimin yaklaşık % 22'sini açıklamaktadır. Sağlık okuryazarlığının, cinsiyet, yaş, sınıf ve annenin eğitim durumu ile, afet okuryazarlığının ise, yaş, sınıf, babanın eğitim durumu ve ekonomik durum ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık okuryazarlığı, Afet okuryazarlığı, Sağlık yönetimi, Afet yönetimi.

## MAKALE HAKKINDA

\*Öğr. Gör. Dr., Kayseri Üniversitesi, ozge.ustn.1@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-9827-4808>

\*\*Öğr. Gör. Dr., Kayseri Üniversitesi, egokkaya@kayseri.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-1373-3188>

\*\*\*Doç. Dr., Gazi Üniversitesi, ismetcelebi@gazi.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0002-6494-2908>

\*\*\*\*Prof. Dr., Erciyes Üniversitesi, ebalci@erciyes.edu.tr

<https://orcid.org/0000-0003-3203-198X>

Gönderim Tarihi: 12.07.2024

Kabul Tarihi: 27.01.2025

## Atıfta Bulunmak İçin:

Üstün, Ö, Gökkaya, E., Çelebi, İ, & Balci, E. (2025). Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ile afet okuryazarlık düzeyleri üzerine bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 1-14.  
<https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1515476>

## A STUDY ON UNIVERSITY STUDENTS LEVELS OF HEALTH LITERACY AND DISASTER LITERACY

Özge ÜSTÜN \*  
Emrah GÖKKAYA \*\*  
İsmet ÇELEBİ \*\*\*  
Elçin BALCI \*\*\*\*


### ABSTRACT

Health literacy is a term that emerged in the 1970s and has become increasingly important in public health and healthcare services. It refers to an individual's ability to contextualize their own health, the health of their family, and the community, understanding the factors that affect this situation and knowing how to cope with them. Disaster literacy, on the other hand, is the capacity of individuals to access, understand, evaluate, and apply disaster information to make informed decisions and follow instructions in daily life to mitigate/prevent, prepare for, respond to, and recover from or rehabilitate after a disaster, with the aim of maintaining or improving the quality of life throughout the disaster process. This study aims to measure the levels of health literacy and disaster literacy among university students studying health management. This descriptive cross-sectional study was conducted to evaluate the relationship between the levels of disaster literacy and health literacy among students in the Health Management Department of a university, as well as the factors affecting them. The study population consists of students studying in the Health Management Department at a university in Turkey (response rate 94.55%). The 'Sociodemographic Information Form', 'Disaster Literacy Scale', and 'Health Literacy Scale (HLS-14)' were used in the study. The study found a positive and significant relationship between health literacy results and the sub-dimensions of disaster mitigation, preparedness, response, recovery, and disaster literacy. Those with high health literacy also have high disaster literacy. According to the results of the regression analysis, health literacy explains approximately 22% of the variance in disaster literacy. It was determined that health literacy is related to gender, age, grade level, and mother's education level, while disaster literacy is related to age, grade level, father's education level, and economic status.

**Keywords:** Health literacy, Disaster literacy, Health management, Disaster management.

### ARTICLE INFO

\* Lecturer, PhD., Kayseri University, ozge.ustn.1@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-9827-4808>

\*\* Lecturer, PhD., Kayseri University, egokkaya@kayseri.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-1373-3188>

\*\*\* Assoc. Prof, Gazi University, ismetcelebi@gazi.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-6494-2908>

\*\*\*\* Prof. Dr., Erciyes University, ebalci@erciyes.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-3203-198X>

Received: 12.07.2024

Accepted: 27.01.2025

### Cite This Paper:

Üstün, Ö., Gökçaya, E., Çelebi, İ., & Balci, E. (2025). Üniversite öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ile afet okuryazarlık düzeyleri üzerine bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 1-14. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1515476>

## I. GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı 1970'lerde ortaya atılan, halk sağlığı ve sağlık hizmetlerinde önemi giderek artan bir terimdir ve modern bir toplumda insanların karmaşık sağlık taleplerini karşılama kapasiteleriyle ilgilidir (Berkman vd., 2010). Sağlık okuryazarlığı, kişinin kendi sağlığını, ailesinin ve toplumun sağlığını bir bağlama oturtması, hangi faktörlerin bu durumu etkilediğini anlaması ve bunlarla nasıl başa çıkacağını bilmesi anlamına gelir. Diğer bir ifadeyle sağlık okuryazarlığı, reçeteler, ilaç etiketleri ve evde sağlık bakımı talimatları gibi sağlıkla ilgili materyallere okuryazarlık becerilerini uygulayabilmek anlamına gelir (Parker vd., 1995). Yeterli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip bir birey, kendi sağlığının yanı sıra aile sağlığı ve toplum sağlığının sorumluluğunu da üstlenme becerisine sahiptir (McQueen vd., 2007).

Afet okuryazarlığı kavramı ise henüz yeni tartışılmaya başlamıştır ancak birey ve toplum sağlığına ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğine sağladığı önemli faydalar nedeniyle son zamanlarda giderek artan bir ilgi kazanmıştır (Çalışkan ve Üner, 2021; Genç vd., 2022; Liu vd., 2020). Afet okuryazarlığı konusunda Çalışkan ve Üner (2021), farklı afet okuryazarlığı boyutlarını kapsayan bütünlük bir tanım ve kavramsal bir model geliştirmek amacıyla çeşitli kavramları sistematik bir şekilde düzenleyen ilk çalışmayı gerçekleştirmiştir. Çeşitli çalışmalarda sunulan afet okuryazarlığı tanımlarını analiz etmişler ve afet okuryazarlığı tanımını "Bireylerin süreç boyunca yaşam kalitesini korumak veya iyileştirmek amacıyla bir afeti hafifletme/önleme, hazırlanma, müdahale etme ve afetten kurtulma veya rehabilitasyon ile ilgili günlük yaşamda bilinçli kararlar vermek ve talimatları takip etmek için afet bilgilerine erişme, anlama, değerlendirme ve uygulama kapasitesidir" olarak kavramsallaştırmışlardır.

Sağlık okuryazarlığı ile ilgili literatür incelendiğinde, sağlık okuryazarlığı ile ilgili artan bir ilgi olmasına rağmen henüz sağlık okuryazarlığı kavramının yeterince benimsenmediği, sağlık okuryazarlık tanımlarının gözden geçirilmesi ve yaygınlaştırılması gerektiği görülmektedir (Parker, 1995; Nutbeam, 2000; Andrus ve Roth, 2002; Berkman vd., 2010; Pleasant ve McKinney, 2011, Wängdahl vd., 2014; Berens vd., 2016; Vogt vd., 2018; Schiavone ve Attena, 2020).

Literatürde toplumların afet okuryazarlığı düzeylerini araştıran çalışmalarda, afet bilgi okuryazarlığı, afet önleme okuryazarlığı, afet okuryazarlığı, afet risk okuryazarlığı, afet azaltma okuryazarlığı ve afet yönetimi okuryazarlığı gibi çeşitli boyutları ele alınmıştır (Sørensen vd., 2012; Priyowidodo ve Luik, 2013; Sampurno vd., 2015; Rahim ve Wu, 2015; Kanbara vd., 2016; Kimura vd., 2017; Sözcü ve Aydınöz 2019; Mustadi ve Atmojo, 2020). Bunun yanı sıra afet okuryazarlığı kavramı genellikle risk azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme kavramları ile bağdaştırılmıştır. Buradan hareketle afet okuryazarlığı, bir bireyin bir afet sırasında zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme bağlamında bilinçli kararlar almak ve talimatları takip etmek için gerekli bilgilere erişme, okuma, anlama ve kullanma becerisi olarak da tanımlanmaktadır (Brown vd., 2014; Sørensen vd., 2012).

Afet okuryazarlığı ile ilgili yapılan bazı araştırmalar incelendiğinde, afet denilince ilk akla gelen afetin deprem olduğu, afet önleme becerilerinin yüksek, afet önleme bilgilerinin ise düşük olduğu, afet okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olması gerektiği ve afetler ile ilgili toplumsal farkındalığın artması gerektiği görülmektedir (Taş, 2003; Priyowidodo ve Luik, 2013; Chung ve Yen, 2016; Karakuş ve Önger 2017; Olowoporoku, 2017; Triyanto ve Syamsi, 2021; Zhang vd., 2021; Demirdelen ve Çakıcı, 2021; Genç vd., 2022; Sørensen, 2022).

Afet okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı kavramları birlikte değerlendirildiğinde, bu iki kavram arasında bireylerin afet ve kriz anlarında daha etkin hareket edebilmesini sağlama ve sağlık hizmetlerine erişim becerilerini artırma açısından güçlü bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Özellikle sağlık okuryazarlığı düzeyi düşük topluluklarda, afet sonrası sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan zorlukların kriz durumlarını daha da kötüleştirebileceğini göstermektedir (Sözcü ve Aydınöz, 2019; Hange vd., 2022). Nutbeam (2000), sağlık okuryazarlığının geliştirilmesinin bireylerin sağlıklı karar

alma becerilerini artırabileceğini vurgulamaktadır. Benzer şekilde, afet okuryazarlığı da afet öncesi ve sırasında alınan kararların etkinliğini artırmak açısından kritik bir öneme sahiptir (Demirdelen ve Çakıcı, 2021; Karakuş ve Önger 2017). Her iki kavramın da bireylerin risk algısını güçlendirerek hem sağlık hem de afetlerle ilgili bilgiye erişimlerini ve bu bilgiyi doğru şekilde kullanma kapasitelerini artırabileceği değerlendirilmektedir.

Afet durumlarında sağlık hizmetlerinin etkinliği, toplumun genel sağlık okuryazarlığı düzeyiyle yakından ilişkilidir (Sözcü ve Aydınözü, 2019; Hange vd., 2022). Bu nedenle, sağlık sistemlerinin afet planlaması ve müdahale süreçlerinde halkın okuryazarlık düzeyini göz önünde bulundurarak, sağlık okuryazarlığı eğitimlerini afet farkındalığı eğitimleriyle birleştirmesi gerekmektedir (Sözcü ve Aydınözü, 2019; Zhang vd., 2021). Böylece bireyler, afet anında sağlık hizmetlerine daha kolay erişim sağlayabilir ve aynı zamanda afet sonrası sağlıklarını ve güvenliklerini koruma becerilerini geliştirebilirler. Sağlık ve afet okuryazarlığı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar henüz yeterince kapsamlı olmasa da bu iki kavramın bütüncül bir yaklaşımla ele alınmasının bireysel ve toplumsal dayanıklılığı artıracakı düşünülmektedir.

Bu çalışmada, sağlık yönetimi konusunda üniversite öğrenimi gören öğrencilerin sağlık okuryazarlığı ve afet okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve etkileyen etmenleri değerlendirmek amaçlanmıştır. Araştırmamız, konuyu kapsamlı bir şekilde ele alarak yürüttüğü saha araştırması olma özelliği ile de literatüre özgün katkılar sunmayı hedeflemektedir.

## II. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Türü

Bu araştırma sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin afet okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri arasındaki ilişkiyi ve bu ilişkiyi etkileyen faktörleri değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel tipte bir araştırma olarak yapılmıştır.

### 2.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer, Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Türkiye’de bir üniversitede öğrenim gören Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencileri oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü bölümde toplam 642 kayıtlı öğrenci bulunmaktadır. Araştırma esnasında evrenin tamamına ulaşılması hedeflendiği için örneklem seçim yöntemi kullanılmamıştır. Araştırma kapsamında 607 kişiye ulaşılmıştır (ulaşım oranı %94,55).

### 2.3. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri “Sosyodemografik Bilgi Formu”, “Afet Okuryazarlık Ölçeği” ve “Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (HLS-14)” ile toplanmıştır.

- **Sosyodemografik Bilgi Formu:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu formda yaş, cinsiyet, sınıf, ekonomi durumu, anne ve baba eğitim durumunu değerlendiren altı soru bulunmaktadır.
- **Afet Okuryazarlık Ölçeği:** Çalışkan ve Üner (2022) tarafından geliştirilen 61 madde ve 4 alt boyuttan oluşan “Afet Okuryazarlık Ölçeği (AFOY)” kullanılmıştır. AFOY ölçeği zarar azaltma, hazırlık, müdahale, iyileştirme olmak üzere dört alt boyuttan oluşmaktadır. Zarar azaltma alt boyutu 17 madde, Hazırlık alt boyutu 16 madde, Müdahale alt boyutu 13 madde ve İyileştirme alt boyutu 15 madde olarak bildirilmiştir. Ölçek beşli likert (1-5 arası puanlama) yapıda olup toplam 61-305 arasında puan alınmaktadır. Ölçekte ters madde yer almamaktadır. Ölçekten alınabilecek toplam puan 61-305 arasındadır. Ölçekte puanlar arttıkça katılımcının afet okuryazarlık düzeyi artmaktadır.

- **Sağlık okuryazarlığı ölçeği (HLS-14):** HLS-14, Suka vd. (2013) tarafından yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeylerini ölçmek için geliştirilmiştir. Ölçek Türkoğlu ve Kılıç (2021) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. 28 Ölçek üç alt boyuttan oluşmaktadır: Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı (5 madde), İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı (5 madde), Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı (4 madde). Türkçeye uyarlanan ölçeğin Cronbach's Alpha değeri 0,85 olarak bulunmuştur. Orijinal ölçeğin her bir maddesi 'kesinlikle katılmıyorum' (1 puan) ile 'tamamen katılıyorum' (5 puan) arasında değişen beşli Likert ölçeğine göre derecelendirilmiştir. Ölçek maddeleri bir ile beş puan arasında puanlanmıştır. En düşük puan 14, en yüksek puan ise 70'tir. Toplam puan ne kadar yüksekse sağlık okuryazarlığı düzeyinin o kadar yüksek olduğunu göstermektedir.

#### 2.4. Verilerinin Toplanması

Veriler Şubat-Mart 2024 tarihleri arasında, gönüllülük esasına dayalı olarak, sağlık yönetimi öğrencilerinden online olarak Google Forms aracılığıyla toplanmıştır. Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerine sosyal medya gruplarından ve e-posta yoluyla ulaşılmıştır. Formun ilk aşamasında katılımcılara araştırma içeriği, araştırma soruları, veri toplama esnasında dikkat edilmesi gerekenler hakkında yazılı bilgilendirme yapılmıştır. Katılmayı kabul edenler kabul beyan eden kutucuğu işaretledikten sonra sorulara geçebilmişlerdir. Soru formlarının cevaplanma süresi yaklaşık 20 dakikadır.

#### 2.5. Araştırma Verilerinin Değerlendirilmesi

##### Güvenilirlik Analizleri

Çalışma verilerinin istatistiksel analizi SPSS 25.0 paket programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Ölçek verilerinin güvenilirliği bu çalışmada Cronbach's Alpha istatistiği ile değerlendirilmiştir. Kılıç (2016)'a göre Cronbach's Alpha değeri  $0,61 < \alpha < 0,80$  arasında ise ölçek orta güvenilirliktedir. Ölçeklerin ve alt boyutların güvenilirlik katsayılarının  $0,80 \leq \alpha < 1,00$  aralığında olması ölçeklerin ve alt boyutların yüksek derecede güvenilir olduğunu göstermektedir.

Ölçeklerin ve alt boyutların güvenilirlik Cronbach's Alpha değerleri Tablo 1'de verilmiştir.

**Tablo 1. Güvenilirlik Analizi**

Ölçekler	Alt Boyutlar	Cronbach's Alpha	Madde Sayısı
Afet Okuryazarlığı	Zarar azaltma	0,972	17
	Hazırlık	0,972	16
	Müdahale	0,971	13
	İyileştirme	0,971	15
	<b>Genel Ölçek</b>	<b>0,992</b>	<b>61</b>
Sağlık Okuryazarlığı	Fonksiyonel	0,851	5
	İnteraktif	0,942	5
	Eleştirel	0,965	4
	<b>Genel Ölçek</b>	<b>0,922</b>	<b>14</b>

##### Fark Analizleri (t-testi ve ANOVA)

Araştırma verilerinin normal dağılıma uygunluğunu test etmek için Skewness (Çarpıklık) katsayısı ve Kolmogrov-Smirnov ile değerlendirilmiştir. Dağılımın normal dağılımdan anlamlı düzeyde farklılaşmıyor olması için bu değerlerin (-2, +2) aralığında kalması beklenir. Normallige bakıldığında ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden cinsiyet değişkeninin karşılaştırılması için bağımsız iki örneklem t testi (Independent samples t test), yaş, sınıf, annenin eğitim durumu, babanın eğitim durumu ve ekonomik durum değişkenlerinin karşılaştırılması için tek yönlü varyans

analizi (One Way ANOVA) testi kullanılmıştır. Gruplar arasında anlamlı farklılık görüldüğünde ANOVA testinde farkın hangi iki grup arasında olduğunu saptamak için Tukey post hoc testinden faydalanılmıştır. Ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi  $p < 0,05$  olarak belirlenmiştir.

### Regresyon Analizi

Değişkenler arasında ilişkinin tespiti için sağlık okuryazarlığının afet okuryazarlığı üzerindeki etki düzeyini tespit etmek için iki değişken arasında basit regresyon analizi kullanılmıştır.

### III. BULGULAR

Bu araştırmada katılımcıların demografik, standart sapma, ortalamalar, t testi ve ANOVA testlerinin özelliklerine ilişkin bilgiler Tablo 2’de verilmiştir.

**Tablo 2. AFOY ve SOY Puan ortalamalarının Bağımsız değişkenlere göre fark analizi**

Demografik Veriler	n	ZA*	HA*	MU*	İY*	AFOY*	FS**	İS**	ES**	SOY**	
		$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	
Cinsiyet	Kadın	502	3,60±0,94	3,62±0,95	3,64±0,97	3,55±1,00	3,60±0,92	2,16±0,84	3,44±1,11	3,59±1,19	3,02±0,82
	Erkek	105	3,30±1,04	3,29±1,06	3,44±1,06	3,30±1,07	3,33±1,01	2,36±1,00	3,07±1,24	3,17±1,29	2,85±1,00
			<b>t=-2,878</b>	t=-3,182	t=-1,910	t=-2,331	t=-2,720	<b>t=2,177</b>	<b>t=-2,977</b>	t=-3,188	<b>t=-1,897</b>
			<b>p=0,036</b>	p=0,075	p=0,181	p=0,466	p=0,214	<b>p=0,004</b>	<b>p=0,05</b>	p=0,066	<b>p=0,001</b>
Yaş	19	140	3,45±1,08	3,41±1,08	3,42±1,10	3,34±1,14	3,41±1,07	2,05±0,92	3,16±1,15	3,31±1,28	2,80±0,89
	20	175	3,67±0,92	3,70±0,94	3,77±0,92	3,69±0,96	3,70±0,89	2,21±0,74	3,41±1,12	3,50±1,19	3,01±0,83
	21	116	3,39±0,90	3,46±0,92	3,52±0,95	3,40±0,95	3,44±0,89	2,12±0,83	3,43±1,14	3,64±1,19	3,01±0,79
	22	96	3,64±0,86	3,66±0,87	3,71±0,90	3,60±0,90	3,65±0,84	2,35±0,97	3,48±1,15	3,63±1,22	3,12±0,78
	23	80	3,52±0,96	3,54±1,01	3,60±1,05	3,47±1,05	3,53±0,98	2,33±0,98	3,46±1,12	3,61±1,19	3,10±0,91
				F=2,036	F=2,306	<b>F=2,920</b>	<b>F=2,911</b>	<b>F=2,634</b>	<b>F=2,447</b>	F=1,716	F=1,600
			p=0,871	p=0,057	<b>p=0,021</b>	<b>p=0,021</b>	<b>p=0,033</b>	<b>p=0,045</b>	p=0,145	p=0,173	<b>p=0,037</b>
Sınıf	1	111	3,47±0,92	3,47±0,94	3,48±1,01	3,39±1,02	3,45±0,93	2,45±0,89	3,23±1,14	3,37±1,23	2,92±0,88
	2	276	3,66±0,95	3,66±0,99	3,70±0,98	3,63±1,03	3,66±0,95	2,12±0,80	3,40±1,14	3,51±1,20	2,98±0,81
	3	119	3,27±0,96	3,34±0,96	3,42±0,96	3,32±0,92	3,33±0,92	2,19±0,89	3,20±1,13	3,42±1,25	2,90±0,89
	4	101	3,62±0,98	3,65±0,96	3,71±0,99	3,55±1,05	3,63±0,93	2,35±1,01	3,66±1,09	3,81±1,20	3,24±0,88
				<b>F=5,126</b>	<b>F=3,521</b>	<b>F=3,281</b>	<b>F=3,235</b>	<b>F=4,035</b>	F=1,872	<b>F=3,856</b>	<b>F=2,780</b>
			<b>P=0,002</b>	<b>P=0,015</b>	<b>P=0,021</b>	<b>p=0,022</b>	<b>p=0,007</b>	p=0,137	<b>p=0,009</b>	<b>p=0,040</b>	<b>p=0,015</b>
Annenin Eğitim Durumu	İlkokul	198	3,70±1,00	3,68±0,99	3,76±1,00	3,66±1,03	3,70±0,97	2,33±0,88	3,54±0,98	3,76±1,17	3,17±0,73
	Ortaoku	135	3,43±0,97	3,43±0,99	3,47±1,02	3,40±1,02	3,43±0,97	2,12±0,83	3,22±1,19	3,36±1,27	2,87±0,89
	Lise	186	3,42±0,89	3,49±0,93	3,52±0,93	3,41±0,97	3,46±0,87	2,08±0,84	3,32±1,17	3,41±1,24	2,91±0,86
	Önlisans	34	3,64±0,71	3,68±0,72	3,71±0,68	3,58±0,76	3,65±0,67	2,19±0,69	3,54±1,17	3,61±1,16	3,08±0,76
	Lisans	54	3,59±1,11	3,62±1,12	3,66±1,16	3,55±1,18	3,60±1,11	2,26±1,11	3,22±1,37	3,32±1,43	2,91±1,12
			<b>F=2,715</b>	F=1,719	F=2,266	F=2,086	F=2,339	F=2,283	F=2,139	<b>F=3,345</b>	<b>F=3,569</b>
			<b>p=0,029</b>	p=0,144	p=0,061	p=0,081	p=0,054	p=0,059	p=0,075	<b>p=0,010</b>	<b>p=0,007</b>
Babanın Eğitim Durumu	İlkokul	129	3,78±0,93	3,75±0,93	3,81±0,96	3,78±0,96	3,78±0,60	2,12±0,92	3,44±1,01	3,66±1,11	3,03±0,74
	Ortaoku	161	3,55±1,00	3,61±1,00	3,64±1,00	3,57±1,03	3,59±0,92	2,24±0,79	3,47±1,16	3,60±1,25	3,07±0,87
	Lise	200	3,45±0,97	3,50±0,97	3,58±0,97	3,43±1,02	3,49±0,98	2,20±0,89	3,41±1,14	3,51±1,26	3,01±0,87
	Önlisans	35	3,30±0,78	3,33±0,91	3,27±0,86	3,13±0,82	3,26±0,93	2,02±0,69	2,95±1,20	3,22±1,12	2,70±0,79
	Lisans	61	3,42±0,95	3,35±1,00	3,45±0,97	3,32±1,04	3,38±0,79	2,35±1,07	3,16±1,22	3,27±1,27	2,90±1,02
	Yük. Lisans	21	3,58±0,87	3,58±0,97	3,46±1,12	3,31±1,02	3,49±0,94	2,14±0,74	3,18±1,22	3,25±1,17	2,82±0,84
				<b>F=2,551</b>	F=2,551	<b>F=2,414</b>	<b>F=3,751</b>	<b>F=2,800</b>	F=0,952	F=1,909	F=1,612
			<b>p=0,027</b>	p=0,059	<b>p=0,035</b>	<b>p=0,002</b>	<b>p=0,016</b>	F=0,447	p=0,091	p=0,155	p=0,207
Ekonomik Durum	İyi	109	3,61±0,95	3,63±0,93	3,68±0,98	3,53±1,02	3,61±0,93	2,19±0,94	3,42±1,19	3,45±1,26	2,99±0,92
	Orta	471	3,55±0,96	3,57±0,96	3,62±0,99	3,53±1,01	3,57±0,94	2,17±0,84	3,36±1,13	3,53±1,22	2,98±0,84
	Kötü	27	3,04±0,99	3,14±1,00	3,22±1,03	3,07±1,04	3,11±0,99	2,73±1,01	3,43±1,06	3,58±1,35	3,22±0,86
				<b>F=4,005</b>	F=2,815	F=2,370	F=2,596	<b>F=3,170</b>	<b>F=5,294</b>	F=0,176	F=0,200
			<b>p=0,019</b>	p=0,061	p=0,094	p=0,075	<b>p=0,043</b>	<b>p=0,005</b>	p=0,839	p=0,819	p=0,368

\*ZA: Zarar Azaltma, HA: Hazırlık, MU: Müdahale, İY: İyileştirme, AFOY: Afet Okur Yazarlığı

\*\*FS: Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, İS: İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı, ES: Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı, SOY: Sağlık Okuryazarlığı

Katılımcıların zarar azaltma ( $t = -2,87$ ;  $p < 0,05$ ), fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ( $t = 2,17$ ;  $p < 0,05$ ) ve interaktif sağlık okuryazarlığı ( $t = -2,97$ ;  $p < 0,05$ ) alt boyut sonuçları cinsiyete göre anlamlı oldukları bulunmuştur. Bununla birlikte genel sağlık okuryazarlığı ölçeğinin de ( $t = -1,89$ ;  $p < 0,05$ ) cinsiyete göre anlamlı olduğu bulunmuştur. Kadın katılımcıların sonuçları erkek katılımcıların sonuçlarından anlamlı seviyede daha yüksektir.

Katılımcıların müdahale ( $F = 2,920$ ;  $p < 0,05$ ), iyileştirme ( $F = 2,911$ ;  $p < 0,05$ ) ve fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ( $F = 2,447$ ;  $p < 0,05$ ) alt boyut sonuçları yaşa göre anlamlı olduğu bulunmuştur. Bununla birlikte sağlık okuryazarlığı ( $F = 2,578$ ;  $p < 0,05$ ) ve afet okuryazarlığı ( $F = 2,634$ ;  $p < 0,05$ ) yaşa göre anlamlı olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların zarar azaltma ( $F = 5,126$ ;  $p < 0,05$ ), hazırlık ( $F = 3,521$ ;  $p < 0,05$ ), müdahale ( $F = 3,281$ ;  $p < 0,05$ ), iyileştirme ( $F = 3,235$ ;  $p < 0,05$ ), afet okuryazarlığı ( $F = 4,035$ ;  $p < 0,05$ ), interaktif sağlık okuryazarlığı ( $F = 3,856$ ;  $p < 0,05$ ), eleştirel sağlık okuryazarlığı ( $F = 2,780$ ;  $p < 0,05$ ) ve sağlık okuryazarlığı ( $F = 3,537$ ;  $p < 0,05$ ) sonuçlarının sınıf seviyesine göre anlamlı olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların zarar azaltma ( $F = 2,715$ ;  $p < 0,05$ ), eleştirel sağlık okuryazarlığı ( $F = 3,345$ ;  $p < 0,05$ ) ve sağlık okuryazarlığı ( $F = 3,569$ ;  $p < 0,05$ ) sonuçlarının annenin eğitim durumuna göre anlamlı olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların zarar azaltma ( $F = 2,551$ ;  $p < 0,05$ ), müdahale ( $F = 2,114$ ;  $p < 0,05$ ), iyileştirme ( $F = 3,751$ ;  $p < 0,05$ ) ve afet okuryazarlığı ( $F = 2,800$ ;  $p < 0,05$ ) sonuçlarının babanın eğitim durumuna göre anlamlı olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların zarar azaltma ( $F = 4,005$ ;  $p < 0,05$ ), afet okuryazarlığı ( $F = 3,170$ ;  $p < 0,05$ ) ve fonksiyonel sağlık okuryazarlığı ( $F = 5,297$ ;  $p < 0,05$ ) sonuçlarının ekonomik duruma göre anlamlı olduğu bulunmuştur.

**Tablo 3. Korelasyon Analizi**

	Sınıf	ED	ZA	HA	MU	İY	FS	İS	ES	AFOY	SOY
Sınıf	1										
ED	-0,044	1									
ZA	0,018	0,079*	1								
HA	0,004	0,071*	0,915**	1							
MU	0,021	0,066	0,871**	0,919**	1						
İY	-0,003	0,049	0,863**	0,890**	0,915**	1					
FS	0,051	0,062	0,085*	0,077*	0,077*	0,070*	1				
İS	0,081*	0,012	0,507**	0,486**	0,521**	0,501**	0,211**	1			
ES	0,089*	-0,025	0,471**	0,453**	0,498**	0,461**	0,189**	0,910**	1		
AFOY	0,000	0,069*	0,954**	0,971**	0,961**	0,954**	0,081*	0,524**	0,489**	1	
SOY	0,093*	-0,027	0,462**	0,442**	0,477**	0,450**	0,541**	0,919**	0,905**	0,476**	1

\*Correlation is significant at the 0,05 level (1-tailed).

\*\*Correlation is significant at the 0,01 level (1-tailed).

**ED:** Ekonomik Durum, **ZA:** Zarar Azaltma, **HA:** Hazırlık, **MU:** Müdahale, **İY:** İyileştirme, **AFOY:** Afet Okur Yazarlığı

**FS:** Fonksiyonel Sağlık Okuryazarlığı, **İS:** İnteraktif Sağlık Okuryazarlığı, **ES:** Eleştirel Sağlık Okuryazarlığı, **SOY:** Sağlık Okuryazarlığı

Katılımcıların sınıf düzeyleri ile interaktif sağlık okuryazarlığı ( $r = 0,081$ ;  $p < 0,05$ ), eleştirel sağlık okuryazarlığı ( $r = 0,089$ ;  $p < 0,05$ ) ve sağlık okuryazarlığı genel ölçeği arasında ( $r = 0,093$ ;  $p < 0,05$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır.

Katılımcıların ekonomik durumları ile afet okuryazarlığı genel ölçeği, zarar azaltma ve hazırlık alt boyutlarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki belirlenmiştir. Katılımcıların ekonomik durumu iyileştikçe afet okuryazarlığı artmakta, ekonomik durum kötüleştikçe afet okuryazarlığı azalmaktadır. Çalışmada kullanılan ölçeklerdeki tüm alt boyutların birbiriyle pozitif yönde anlamlı bir ilişkisi olduğu sonucuna



varılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ile zarar azaltma ( $r= 0,462$ ;  $p<0,01$ ), hazırlık ( $r= 0,442$ ;  $p<0,01$ ), müdahale ( $r= 0,477$ ;  $p<0,01$ ), iyileştirme ( $r= 0,450$ ;  $p<0,01$ ) ve afet okuryazarlığı toplam ( $r= 0,476$ ;  $p<0,01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. Sağlık okuryazarlığı yüksek olan çalışanlarda yüksek düzeyde afet okuryazarlığı; sağlık okuryazarlığı düşük olan bireylerde düşük düzeyde afet okuryazarlığı olduğu bulgusuna ulaşılmıştır.

**Tablo 4. Başarı Puanları**

Ölçekler	Genel Ortalama	Başarı Puanı
Afet Okuryazarlığı	3,55	$(\bar{x} - 1) * (50/4) = 31,87$
Sağlık Okuryazarlığı	2,99	$(\bar{x} * 14) = 41,86$

Ölçeklerin başarı puanlarına göre çalışmaya katılan öğrencilerin sınırlı seviyede okuryazarlığa sahip olduklarını söylemek mümkündür.

**Tablo 5. Regresyon Analizi**

Model	Beta Katsayısı	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Standart Tahmin Hatası	İstatistikler				
					R <sup>2</sup> Değişimi	F Değişimi	df1	df2	Anlamlılık
1	0,476 <sup>a</sup>	0,226	0,225	0,75892	0,226	177,096	1	605	0,000

- a. Tahmin Edici: Sağlık Okuryazarlığı  
b. Bağımlı Değişkenler: Afet Okuryazarlığı

Model	Standardize Olmayan Katsayılar		Standardize Katsayılar	t	Anlamlılık
	B	Standart Hata	Beta		
(Sabit)	1,461	0,121		12,215	0,000
Afet Okuryazarlığı	0,432	0,032	0,476	13,308	0,000

- a. Bağımlı Değişkenler: Afet Okuryazarlığı

Bağımsız (sağlık okuryazarlığı) ve bağımlı (afet okuryazarlığı) değişkenler arasında kurulan regresyon modelinin uygun olduğu ( $F = 177,096$ ;  $p<0,01$ ) bulgusu elde edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı, afet okuryazarlığındaki değişimin yaklaşık %22'sini açıklamaktadır ( $\Delta R^2 = 0,225$ ).

Regresyon katsayılarının anlamlılığına ilişkin t testi sonuçları incelendiğinde sağlık okuryazarlığının, afet okuryazarlığı üzerinde pozitif yönde anlamlı etkiye ( $\beta=0,476$ ;  $t= 13,308$ ;  $p<0,0000$ ) sahip olduğu bulgusu elde edilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı yükseldikçe afet okuryazarlıkları artmakta; sağlık okuryazarlığı azaldıkça afet okuryazarlıkları da azalmaktadır.

Regresyon analiz sonuçlarına bakıldığında sağlık okuryazarlığının afet okuryazarlığı değişkenince yordanmasına ilişkin matematiksel model aşağıdaki gibidir:

$$\text{Afet Okuryazarlığı} = 1,461 + 0,476 * \text{Sağlık Okuryazarlığı}$$

#### IV. TARTIŞMA

Sağlıklı olmak, hayatı devam ettirebilmek, uzun ve kaliteli bir yaşam için gereklidir. Sağlıklı olmanın temel şartlarından biri bakım ve tedavi hizmetlerini eksiksiz uygulamaktır. Bunun için de sağlık okuryazarlığı kavramının iyi anlaşılması gerekmektedir (Berkman vd., 2010; McQueen vd., 2007; Parker vd., 1995). Benzer şekilde, sayısı ve sıklığı artarak devam eden afetleri anlayabilmek ve mücadele edebilmek için afetler ile ilgili gerekli bilgilere erişme, okuma, anlama ve kullanma becerisine sahip olmak gerekmektedir (Sørensen vd., 2012; Brown vd., 2014; Chung ve Yen, 2016;).

Dolayısıyla, toplumun hem sağlık hem de afet okuryazarlığı ile ilgili farkındalıklarını ve bilgi düzeylerini artırmak, afetler ile baş edebilmek ve sağlıklı bir toplum için önemlidir. Bu araştırmada muhtemel afetlerde yönetimin çeşitli kademelerinde görev yapmaya aday olan Sağlık Yönetimi Bölümü'nde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlık ve afet okuryazarlık düzeylerini ölçmek amaçlanmıştır.

Elde edilen bulgular incelendiğinde; cinsiyetin afet okuryazarlığı ile anlamlı ilişkisi olmadığı ancak kadınların afet okuryazarlık düzeyinin daha yüksek olduğu, sağlık okuryazarlığının ise cinsiyet ile anlamlı ilişkisi olduğu ve kadınların interaktif ve fonksiyonel sağlık okuryazarlık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu sonucun araştırmaya katılan kadın katılımcı sayısının daha fazla olmasından dolayı olabileceği tahmin edilmektedir. Literatür incelendiğinde araştırmamız sonuçlarına benzer şekilde, cinsiyet faktörünün afet okuryazarlığı ile ilişkili olmadığı, sağlık okuryazarlığının ise cinsiyet ile anlamlı ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olduğu görülmektedir (Genç vd., 2022; Sukys vd., 2017; Van Der Heide vd., 2017). Yine araştırma bulgularımıza benzer şekilde hem sağlık okuryazarlığı hem de afet okuryazarlığı konularında kadınların erkeklere göre daha yüksek okuryazarlık düzeyine sahip olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Fadilah vd., 2020; Sözcü ve Ünal, 2019; Sukys vd., 2017; Ku ve Li, 2017; Van Der Heide vd., 2017). Vietnam'da lise öğrencileri üzerine yapılan bir araştırmada ise araştırmamız sonuçlarının aksine cinsiyet ile afet okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Vu vd., 2023).

Araştırmamızın diğer bir sonucuna göre hem afet hem de sağlık okuryazarlığının yaş ile anlamlı ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, yaşı daha büyük olan katılımcıların afet ve sağlık okuryazarlığı düzeyleri yüksektir. Yaş yükseldikçe sağlık ve afet okuryazarlık düzeyinin yükselme eğiliminin artmasının sınıf düzeyi arttıkça alınan ders sayısının artmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Literatür incelendiğinde, araştırmamız bulgularına paralel olarak afet okuryazarlığının yaş ile anlamlı ilişkili olduğu ve yaşın artmasının afet okuryazarlığı düzeylerini artırdığı görülmektedir (Sørensen vd., 2015; Zhang vd., 2021). Ancak bizim çalışmamızın aksine Tkachuck vd. (2018), yaş ile afet okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olmadığını tespit etmiştir. Ayrıca yine bizim çalışmamızın aksine literatürde yaşın artmasının sağlık okuryazarlığı seviyesini düşürdüğünü, bunun sebebinin yaş arttıkça fiziksel ve zihinsel gücün azalmasından kaynaklandığını iddia eden çalışmalar bulunmaktadır (Wängdahl vd., 2014; Kobayashi vd., 2015; Kobayashi vd., 2016).

Araştırmamızın bir diğer bulgusuna göre, sınıf düzeyleri ile afet okuryazarlığı ve sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Buna göre, ikinci sınıfta eğitim gören katılımcıların afet okuryazarlığı puan ortalamaları üçüncü, dördüncü ve birinci sınıfa göre daha yüksekken, dördüncü sınıfta eğitim gören katılımcıların diğer tüm sınıflara göre sağlık okuryazarlık puan ortalamaları daha yüksektir. Araştırmamızın bu sonuçlarının sınıf düzeyi arttıkça alınan ders sayısının artmasının sağlık ve afet okuryazarlık düzeyini yükselttiği düşünülmektedir. Yapılan bazı araştırmalar incelendiğinde bizim çalışmamıza benzer şekilde hem sağlık hem de afet okuryazarlığında katılımcıların sınıf düzeyinin ilerlemesinin hem afet hem de sağlık okuryazarlığı puanlarını yükselttiğini göstermektedir (Kickbusch vd., 2013; Sørensen vd., 2015; Zhang vd., 2021; Güllü vd., 2023). Çalışmamızın aksine bazı araştırmalar katılımcıların sınıf düzeyi ile sağlık okuryazarlığı arasında anlamlı bir fark olmadığını (Gamsızkan ve Sungur, 2020; Stellefson vd., 2011) saptamışlardır. Bir çalışmada ise eğitim seviyesi daha düşük bireylerin afet okuryazarlığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Farzanegan vd., 2024). Yapılan başka bir araştırmada ise onuncu sınıfa giden öğrencilerin on bir ve on ikinci sınıfa göre afet okuryazarlığının daha yüksek olduğunu, bunun sebebinin onuncu sınıfta müfredatta yer alan derslerin etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Vu vd., 2023).

Araştırmamızın bir diğer sonucuna göre katılımcıların anne eğitim durumunun afet okuryazarlığını etkilemediği ancak sağlık okuryazarlığını etkilediği; baba eğitim durumunun ise afet okuryazarlığını etkilediği, sağlık okuryazarlığını etkilemediği tespit edilmiştir. Araştırmamızın bu sonucu ebeveyn eğitim düzeyinin çocukların okuryazarlık düzeyini etkilediğinden kaynaklandığını düşündürmektedir.

Literatür incelendiğinde hem afet okuryazarlığında hem de sağlık okuryazarlığında anne ve baba eğitiminin etkili olduğunu iddia eden sonuçlar olduğu gibi aksini iddia eden çalışmaların olduğu da görülmektedir (Türker ve Sözcü, 2021; Zhang vd., 2021; Çelikkanat, 2020; Sözcü ve Aydınözü, 2019).

Araştırmamızın diğer bir bulgusu olarak ekonomik durum ile afet okuryazarlığı arasında anlamlı bir ilişki olduğu, ekonomik durumu kötü olanların afet okuryazarlıklarının daha düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmamızın bu bulgusu gelir durumu düşüklüğünün afetlere hazırlığın temel taşlarından olan afet okuryazarlığını da olumsuz etkilemesinden kaynaklandığını düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde araştırmamız bulgularına benzer şekilde ekonomik durum ile afet okuryazarlığı arasında ilişki bulunan çalışmalar olduğu görülmektedir (Brown vd., 2014; Olowoporoku, 2017; Zhang vd., 2021). Ancak araştırma bulgularımızın aksine, afet okuryazarlığı ile ekonomik durum arasında anlamlı bir ilişki bulunmayan çalışmalar da bulunmaktadır (Sözcü ve Aydınözü, 2019; Türker ve Sözcü, 2021).

Literatürde yer alan diğer çalışmalardan farklı olarak katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile afet okuryazarlığı arasındaki ilişki test edilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığının, afet okuryazarlığı üzerinde pozitif yönde anlamlı etkiye sahip olduğu bulgusu elde edilmiştir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı yükseldikçe afet okuryazarlıkları artmakta; sağlık okuryazarlığı azaldıkça afet okuryazarlıkları da azalmaktadır.

**Sınırlılıklar:** Çalışmanın örneklem grubunun yalnızca bir ilin bir devlet üniversitesinde öğrenim gören sağlık yönetimi öğrencilerinden oluşması ve verilerin tek bir zaman diliminde toplanması, ortak yöntem yanlılığını azaltma noktasında mevcut araştırmaya bazı sınırlılıklar getirmektedir.

## V. SONUÇ VE ÖNERİLER

Dünyada ve ülkemizde yaşanan sağlık sorunları ve afetler doğrultusunda bireylerin bu konudaki bilgi düzeylerinin yüksek olması yaşanacak felaketlere karşı hazırlıklı olma ve sağlık hizmetlerinin yönetimi noktasında önemli bir yere sahiptir. Çalışmamız sonucunda da bireylerin sağlık okuryazarlığının, afet okuryazarlığı üzerinde pozitif yönde anlamlı etkiye sahip olduğu bulgusu elde edilmiştir.

Çalışma bulgularına göre, sağlık okuryazarlığı sonuçları ile zarar azaltma, hazırlık, müdahale, iyileştirme alt boyutları ve afet okuryazarlığı arasında pozitif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Sağlık okuryazarlığı yüksek olanlarda afet okuryazarlığı yüksek düzeydedir. Yapılan regresyon analiz sonuçlarına göre sağlık okuryazarlığı, afet okuryazarlığındaki değişimin yaklaşık %22'sini açıklamaktadır. Sağlık okuryazarlığının, cinsiyet, yaş, sınıf ve annenin eğitim durumu ile, afet okuryazarlığının ise, yaş, sınıf, babanın eğitim durumu ve ekonomik durum ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Araştırmanın sonuçları doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulabilir;

- Bireylerin sağlık okuryazarlığı ve afet okuryazarlığı düzeylerinin yükseltilmesi için üniversitelerin farklı bölümlerinde ilgili derslerin seçmeli de olsa müfredata konulması ve yaygınlaştırılması sağlanabilir,
- Bireyler üniversite hayatına başladıkları ilk yıllardan itibaren kurs, seminer, eğitim vb. faaliyetler düzenlenebilir.

Gelecekteki araştırmalar için öneriler;

- Sağlık okuryazarlık ve afet okuryazarlık düzeylerine etki eden ve literatürde yer alan diğer değişkenleri kullanmak suretiyle, nitel araştırma yöntemleri tekniklerini de kullanarak daha farklı çalışmalar yapılması ve bu etkilerin derinlemesine incelenmesi,
- Çalışmada kullanılan ölççeklerin üniversitenin diğer bölümlerine de uygulanması,

- Bu çalışmanın mevcut modelinin, farklı kurumlarda uygulanması ya da yeni değişkenlerle zenginleştirilerek genişletilmesi, gelecekteki araştırmalara önemli katkılar sağlayabilir.
- Gelecekte yapılacak çalışmaların farklı devlet ve/veya vakıf üniversitelerinden örneklerle gerçekleştirilmesi ve boylamsal bir tasarımla farklı zaman dilimlerini kapsaması, literatüre değerli katkılar sunabilir.

**Etik Kurul İzni:** Araştırma için Kayseri Üniversitesi'nden 07/2024 karar numaralı sayılı ve 12.02.2024 tarihli Etik Komisyonu onayı ve kurum izni alınmıştır.

## KAYNAKLAR

- Andrus, M. R., & Roth, M. T. (2002). Health literacy: A review. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*, 22(3), 282–302. <https://doi.org/10.1592/phco.22.4.282.33192>
- Berens, E. M., Vogt, D., Messer, M., Hurrelmann, K., & Schaeffer, D. (2016). Health literacy among different age groups in Germany: Results of a cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3810-6>
- Berkman, N. D., Davis, T. C., & McCormack, L. (2010). Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*, 15(Suppl. 2), 9–19. <https://doi.org/10.1080/10810730.2010.499985>
- Brown, L. M., Haun, J. N., & Peterson, L. (2014). A proposed disaster literacy model. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 8(3), 267–275. <https://doi.org/10.1017/dmp.2014.43>
- Chung, S. C., & Yen, C. J. (2016). Disaster prevention literacy among school administrators and teachers: A study on the plan for disaster prevention and campus network deployment and experiment in Taiwan. *Journal of Life Sciences*, 10, 295–306.
- Çalışkan, C., & Üner, S. (2021). Disaster literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 15(4), 518–527. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.56>
- Çalışkan, C., & Üner, S. (2022). Measurement of disaster literacy in Turkish society: Disaster Literacy Scale (DLS) design and development process. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. <https://doi.org/10.1017/dmp.2022.14>
- Çelikkanat, Ş. (2020). Çukurova Üniversitesi ebellek bölümü öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin belirlenmesi. *Social Mentality and Research Thinkers Journal*, 6(27), 10–15.
- Demirdelen, S., & Çakıcı, A. B. (2021). İlkokul/ortaokul öğretmenlerinin doğal afet okuryazarlık düzeyleri: Osmaniye ili örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(3), 532–541.
- Fadilah, M., Permanasari, A., Riandi, R., & Maryani, E. (2020). The level of disaster literacy of earthquake-experienced students in mathematics and science faculty of state university in Indonesia. *Journal of Engineering Science and Technology (JESTEC) on AASEC2019*, 15(2), 30–38.
- Farzanegan, M. R., Fischer, S., & Noack, P. (2024). Natural disaster literacy in Iran: Survey-based evidence from Tehran. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 100, 104204. <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2023.104204>

- Gamsızkan, Z., & Sungur, M. A. (2020). Düzce Üniversitesi'nde öğrenim gören öğrencilerin sağlık okuryazarlık düzeyi: Kesitsel bir çalışma. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 24(2), 117–125.
- Genç, F. Z., Yıldız, S., Kaya, E., & Bilgili, N. (2022). Disaster literacy levels of individuals aged 18–60 years and factors affecting these levels: A web-based cross-sectional study. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, 76, 102991. <https://doi.org/10.1016/j.ijdrr.2022.102991>
- Güllü, A., Yücel, H., İşbilir, L., & Aslan, S. (2023). Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri: Kesitsel bir çalışma. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 6(3), 388–402.
- Hange N, Agoli AM, Pormento MK, Sharma A, Somagutta MR, Paikkattil N, Jadhav A, Bethineedi D, & Pisude P. (2022). Impact of COVID-19 response on public health literacy and communication. *Health Promotion Perspect.*12(1):1.
- Kanbara, S., Ozawa, W., Ishimine, Y., Ngatu, N. R., Nakayama, Y., & Nojima, S. (2016). Operational definition of disaster risk-reduction literacy. *Health Emergency and Disaster Nursing*, 3(1), 1–8.
- Karakuş, U., & Önger, S. (2017). 8. sınıf öğrencilerinin doğal afet ve afet eğitimi kavramını anlama düzeyleri. *Journal of History Culture and Art Research*, 6(6), 482–491.
- Kılıç, S (2016). Cronbach'ın Alfa Güvenirlik Katsayısı. *Journal Of Mood Disorders*, Cilt 6, Sayı.1, ss.47-48.
- Kickbusch, I., Brindley, C., & World Health Organization. (2013). *Health in the post-2015 development agenda: An analysis of the UN-led thematic consultations, High-Level Panel report and sustainable development debate in the context of health*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85535>
- Kimura, R., Hayashi, H., Kobayashi, K., Nishino, T., Urabe, K., & Inoue, S. (2017). Development of a “disaster management literacy hub” for collecting, creating, and transmitting disaster management content to increase disaster management literacy. *Journal of Disaster Research*, 12(1), 42–56.
- Kobayashi, L. C., Smith, S. G., O’Conor, R., Curtis, L. M., Park, D., von Wagner, C., & Wolf, M. S. (2015). The role of cognitive function in the relationship between age and health literacy: A cross-sectional analysis of older adults in Chicago, USA. *BMJ Open*, 5(4), e007222. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007222>
- Kobayashi, L. C., Wardle, J., Wolf, M. S., & von Wagner, C. (2016). Aging and functional health literacy: A systematic review and meta-analysis. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(3), 445–457. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu161>
- Ku, W. H., & Li, M. K. (2017). A study on disaster prevention and mitigation literacy (DPML) of primary and secondary school teachers in Macao. *Macau Journal of Nursing*, 16, 20–29.
- Liu, C., Wang, D., Liu, C., Jiang, J., Wang, X., Chen, H., & Zhang, X. (2020). What is the meaning of health literacy? A systematic review and qualitative synthesis. *Family Medicine and Community Health*, 8(2), e000351. <https://doi.org/10.1136/fmch-2020-000351>
- McQueen, D. V., Kickbusch, I., & Potvin, L. (2007). *Health and modernity: The role of theory in health promotion*. Springer Science & Business Media.

- Mustadi, A., & Atmojo, S. E. (2020). Student's disaster literation in 'SETS' (science, environment, technology, and society) disaster learning. *Ilkogretim Online*, 19(2), 1–12.
- 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(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Olowoporoku, O. A. (2017). Assessment of household disaster management literacy in Osogbo, Nigeria. In *7th Environmental Design and Management International Conference (EDMIC)*, Obafemi Awolowo University, Ile-Ife.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V., & Nurss, J. R. (1995). The test of functional health literacy in adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537–541. <https://doi.org/10.1007/BF02640361>
- Pleasant, A., & McKinney, J. (2011). Coming to consensus on health literacy measurement: An online discussion and consensus-gauging process. *Nursing Outlook*, 59(2), 95–106. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.12.006>
- Priyowidodo, G., & Luik, J. E. (2013). Communicating disaster mitigation literacy to coastal communities in Pacitan, Indonesia. *American International Journal of Research in Humanities, Arts and Social Sciences*, 5(2), 245–248.
- Rahim, N. B. A., & Wu, B. S. (2015). Disaster prevention literacies: Assessing the knowledge, skills, and attitude of Taiwanese students for an earthquake disaster. *HSSE Online*, 4(1), 30–40.
- Sampurno, P. J., Sari, Y. A., & Wijaya, A. D. (2015). Integrating STEM (Science, Technology, Engineering, Mathematics) and disaster (STEM-D) education for building students' disaster literacy. *International Journal of Learning and Teaching*, 1(1), 73–76.
- Schiavone, S., & Attena, F. (2020). Measuring health literacy in southern Italy: A cross-sectional study. *PLoS One*, 15(8), e0236963. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236963>
- Sørensen, K. (2022). Lack of alignment in emergency response by systems and the public: A Dutch disaster health literacy case study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16(1), 25–28.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Brand, H. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *The European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Consortium Health Literacy Project European (HLS-EU). (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(1), 1–13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sözcü, U., & Aydınözü, D. (2019). Öğretmen adaylarının doğal afet okuryazarlık düzeylerinin çeşitli değişkenlere göre incelenmesi. *International Journal of Geography and Geography Education*, (40), 79–91.
- Stellefson, M., Hanik, B., Chaney, B., Chaney, D., Tennant, B., & Chavarria, E. A. (2011). eHealth literacy among college students: A systematic review with implications for eHealth education. *Journal of Medical Internet Research*, 13(4), e102. <https://doi.org/10.2196/jmir.1703>

- Suka, M., Odajima, T., Kasai, M., et al. (2013). The 14-item health literacy scale for Japanese adults (HLS-14). *Environmental Health and Preventive Medicine*, 18, 407–415. <https://doi.org/10.1007/s12199-013-0340-z>
- Sukys, S., Cesnaitiene, V. J., & Ossowsky, Z. M. (2017). Is health education at university associated with students' health literacy? Evidence from a cross-sectional study applying HLS-EU-Q. *BioMed Research International*, 2017, 1–7. <https://doi.org/10.1155/2017/8516843>
- Taş, G. (2003). Türkiye'de ortaöğretim kurumlarında doğal afetler (deprem, kütle hareketleri, volkan, don olayı) konularının öğretiminin değerlendirilmesi [Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü].
- Tkachuck, M. A., Schulenberg, S. E., & Lair, E. C. (2018). Natural disaster preparedness in college students: Implications for institutions of higher learning. *Journal of American College Health*, 66(4), 269–279. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1440577>
- Triyanto, A. D. A., & Syamsi, K. (2021). Strengthening disaster literacy as an effort to reduce the risk of disaster in DI Yogyakarta society. *IOP Conference Series: Earth and Environmental Science*, 884(1), 1–8. <https://doi.org/10.1088/1755-1315/884/1/012005>
- Türker, A., & Sözcü, U. (2021). Examining natural disaster literacy levels of pre-service geography teachers. *Journal of Pedagogical Research*, 5(2), 207–221. <https://doi.org/10.33902/JPR.2021269506>
- Türkoğlu, N., & Kılıç, D. (2021). Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği' nin Türkçeye uyarlanması: Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 24, 25–33.
- Van der Heide, I., Rademakers, J., Schipper, M., Droomers, M., Sørensen, K., & Ueters, E. (2013). Health literacy of Dutch adults: A cross-sectional survey. *BMC Public Health*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-179>
- Vogt, D., Schaeffer, D., Messer, M., Berens, E. M., & Hurrelmann, K. (2018). Health literacy in old age: Results of a German cross-sectional study. *Health Promotion International*, 33(5), 739–747. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax017>
- Vu, B. D., Nguyen, H. T., Dinh, H. V. T., Nguyen, Q. A. N., & Ha, X. V. (2023). Natural disaster prevention literacy education among Vietnamese high school students. *Education Sciences*, 13(3), 262. <https://doi.org/10.3390/educsci13030262>
- Wångdahl, J., Lytsy, P., Mårtensson, L., & Westerling, R. (2014). Health literacy among refugees in Sweden: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 14(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1030>
- Zhang, D., Zhu, X., Zhou, Z., Xu, X., Ji, X., & Gong, A. (2021). Research on disaster literacy and affecting factors of college students in central China. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 15(2), 216–222. <https://doi.org/10.1017/dmp.2020.391>



ARAŞTIRMA MAKALESİ

PERFORMANSA DAYALI EK ÖDEME SİSTEMİ HEKİM ALGISI  
ÖLÇEĞİ: BİR ÖLÇEK GELİŞTİRME ÇALIŞMASI <sup>1</sup>

Enver Samet ÖZKAL \*  
Belkıs ÖZKARA \*\*

ÖZ


Sağlık kurumlarında verimliliği ve kaliteyi artırmanın bir bileşeni olarak ülkemizde performansa dayalı ek ödeme sistemi kamu hastanelerinde sağlıkta dönüşüm programı kapsamında 2003 yılından itibaren uygulanmaktadır. Hekimlerin bu sistemi nasıl algıladıklarını ölçebilecek güvenilirlik ve geçerliliği yapılmış bir ölçek geliştirebilmek bu çalışmanın amacını oluşturmaktadır. Literatür okumalarına dayalı olarak, 129 ifadeden oluşan bir madde havuzu geliştirilmiştir. Madde havuzunda belirtilen ifadeler ile ilgili olarak içerik ve kapsam geçerliliği çerçevesinde odak grup görüşmeleri (13 hekim ve akademisyen) yapılmış ve uzman görüşleri (20 hekim ve akademisyen) alınmıştır. Nihai değerlendirmeler sonucunda oluşan anket formu hekimlere uygulanmış ve derlenen veriler SPSS ve LISREL programlarıyla analiz edilerek açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri yapılmıştır. Çalışmanın verileri Afyonkarahisar'daki bir kamu ve üniversite hastanesinde çalışan 301 hekimden Eylül – Aralık 2021 döneminde elde edilmiştir. Çalışmada ulaşılan cevaplanma oranı %55'tir. Açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri sonucunda 4 faktör altında; Hekim Performansı (5 ifade), Hizmet Kalitesi (5 ifade), Hasta Memnuniyeti (4 ifade), Hekim Tatmini (3 ifade) olmak üzere toplamda 17 ifadeden oluşmuştur. Doğrulayıcı faktör analizi ve gerçekleştirilen düzeltmeler sonrasında elde edilen sonuçlar, 17 ifade ve 4 faktöre sahip modelin uygunluğunu göstermiştir (RMSEA 0.082; NFI 0,95; NNFI 0,95; CFI 0,96; SRMR 0,059;  $\chi^2/df$  3,02). Ölçeğin toplam açıklayıcılık oranının %73,073 ve iç tutarlılık katsayısının 0,889 olduğu tespit edilmiştir. Çalışmada, performansa dayalı ek ödeme sistemini, hekimlerin nasıl algıladıklarının değerlendirilmesinde kullanılabilecek geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı geliştirilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Performansa dayalı ek ödeme sistemi (PDEÖS), hekim algısı, ölçek geliştirme.

MAKALE HAKKINDA

<sup>1</sup> Bu makale Enver Samet ÖZKAL'ın "Sağlık kurumlarında etik duyarlılığın performansa dayalı ek ödeme sistemi algısına etkisi: hekimler üzerine bir araştırma" adlı doktora tez çalışmasından üretilmiştir. Bu çalışma 12 – 14 Ekim 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmiş olan 6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

\* Dr. Öğr. Üyesi, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, samet.ozkal@afsu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7346-5402>

\*\* Prof.Dr., Afyon Kocatepe Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, İşletme Bölümü, bozkara@aku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4324-9741>

Gönderim Tarihi: 31.08.2024

Kabul Tarihi: 27.01.2025

**Atıfta Bulunmak İçin:**

Özkal, E.S. & Özkara, B. (2025). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekim Algısı Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 15-30. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1538556>



# PHYSICIAN PERCEPTION SCALE OF PERFORMANCE-BASED ADDITIONAL PAYMENT SYSTEM: A SCALE DEVELOPMENT STUDY <sup>1</sup>

Enver Samet ÖZKAL\*  
Belkıs ÖZKARA\*\*

## ABSTRACT

As a component of increasing efficiency and quality in health institutions, the performance-based supplementary payment system has been implemented in public hospitals in Turkey since 2003 within the scope of the health transformation program. This study aims to develop a scale with reliability and validity to measure how physicians perceive this system. Based on the literature review, an item pool of 129 statements was developed. Focus group interviews (13 physicians and academicians) and expert opinions (20 physicians and academicians) were obtained regarding the statements specified in the item pool within the content and content validity framework. The questionnaire form formed as a result of the final evaluations was applied to physicians, and the collected data were analyzed with SPSS and LISREL programs, and explanatory and confirmatory factor analyses were performed. The data for the study were obtained from 301 physicians working in a public and university hospital in Afyonkarahisar between September and December 2021. The response rate achieved in the study is 55%. As a result of the explanatory and confirmatory factor analyses, a total of 17 statements were formed under 4 factors; Physician Performance (5 statements), Service Quality (5 statements), Patient Satisfaction (4 statements), Physician Satisfaction (3 statements). The results obtained after confirmatory factor analysis and corrections showed the suitability of the model with 17 statements and 4 factors (RMSEA 0.082; NFI 0.95; NNFI 0.95; CFI 0.96; SRMR 0.059;  $\chi^2/df$  3.02). The total explanatory rate of the scale was 73.073% and the internal consistency coefficient was 0.889. In this study, a valid and reliable measurement tool that can be used to evaluate how physicians perceive the performance-based additional payment system was developed.

**Keywords:** Performance-based additional payment system (P4p), physician perception, scale development.

## ARTICLE INFO

<sup>1</sup> This article is derived from Enver Samet ÖZKAL's PhD dissertation entitled "The effect of ethical sensitivity in health institutions on the perception of performance-based additional payment system: a research on physicians". This study was presented as an oral presentation at the 6th International 16th National Health and Hospital Administration Congress held between October 12-14, 2023.

\*Assist. Prof., Afyonkarahisar Health Sciences University, Faculty of Health Sciences, Department of Healthcare Management, samet.ozkal@afsu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-7346-5402>

\*\* Prof.Dr., Afyon Kocatepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Business Administration, bozkara@aku.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-4324-9741>

Received: 31.08.2024

Accepted: 27.01.2025

## Cite This Paper:

Özkal E.S., & Özkara B. (2025). Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekim Algısı Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme Çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 15-30. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1538556>

## I. GİRİŞ

Türkiye sağlık politikalarındaki değişim ve gelişmeler altı evrede incelenebilir (Fişek, 1991; Pala, 2007; Akdağ, 2012). Özellikle 1980 ve sonrası dönem reform hareketleriyle dikkat çekmekte ve bu sebeple ilgili dönem “Yapısal Uyarılama Reformları” olarak anılmaktadır. Yapısal uyarılamanın doğası ise özelleştirme ve devletin küçültülmesiyle ilgilidir (Erdoğan, 2014). Bu durum küreselleşme eğilimlerini doğuran Neo-Liberal İktisat politikaları ve küresel bir ekonomiye geçiş argümanı olan piyasa ekonomisi kavramı ile bağlantılıdır (Bakan, 2009).

Bu sürecin kısaca özetlenmesi konunun daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır. Orta Çağ burjuvalarının ellerindeki altın ve gümüş gibi değerli madenleri zengin aristokratların topraklarıyla değiştirmeleriyle “Ticaret Devrimi” oluşmuştur (Öktem, 2011). Bu dönemde burjuvalar kendilerini ve servetlerini güvence altına alabilmek için halka yönelmiş ve aristokratlarla mücadeleye girerek iktidarı ele geçirmeye çalışmışlardır. Böylelikle Fransız Devrimi ortaya çıkmıştır (Arslanel ve Eryücel, 2011). Devrimle birlikte insanın doğal hakları olan yaşama, mülkiyet edinme gibi konular gündeme gelmiş daha önceleri soyut kavramlar olarak ele alınan bu kavramlar artık somut kavramlar olarak tartışılmaya başlanmıştır. Bu durum liberalizmin ortaya çıkmasına neden olmuş ancak 1929 Ekonomik Buhranı’nda güvenli karlılığını devam ettirebilmek isteyen sermaye sahipleri tarafından işçi sınıfına bazı hakların verilmesini sağlamıştır (Şahin, 2009). Buhran sonrası Keynezyen politikalarla birlikte sosyal ve ulus devlet anlayışı ortaya çıkmış ancak seksenli yıllarda bu anlayış yavaş yavaş terk edilerek devletlerin sosyal ve ekonomik hayattan uzaklaştırılmasına yönelik politikalar ve piyasa ekonomisi anlayışı gibi neoliberal politikalar benimsenmeye başlamıştır (Acar, 2017). Devletlerin yeniden yapılandırılmasıyla ilgili bu süreçten en fazla etkilenen kamusal sektör ise sağlık hizmetleridir. Bu bağlamda sağlıkta yerel aktörlerin ve özel işletmelerin temelde olması gerektiğine yönelik görüşlerle birlikte piyasa odaklı uygulamalar gündeme gelmiştir. Türkiye’de bu uygulamalara yönelik politikalar Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte kapsamlı bir şekilde uygulanmaya başlanmıştır (Ergun ve Ergun, 2010; Seçtim, 2019). 2003 yılından itibaren uygulanan SDP ile birlikte sağlık alanında ciddi değişimler yaşanmaya başlanmıştır (Görmüş, 2015; Çetin, 2017; Çavmak ve Çavmak, 2017). Bu bağlamda dönüşüm projesinin ilk fazı “Sağlıkta Dönüşüm Projesi”, ikinci fazı ise “Sağlıkta Dönüşüm ve Sosyal Güvenlik Reformu Projesi”dir (Sağlık Bakanlığı, 2009). Proje kapsamında yer alan performansa dayalı ödeme sistemi ilk olarak pilot merkezlerde başlatılmış ardından ülke genelinde sağlık çalışanlarına uygulanmaya başlanmış 2007 yılında ise kurumsal performans ölçümü program kapsamına alınmıştır (Meker ve Barlas, 2013). Böylelikle bireysel ve kurumsal performans ölçümü yapılmak suretiyle hekimlere kurum performansının belirli bir yüzdesi performans ödemesi olarak ödenmeye başlamıştır.

Bu sürecin günümüz sağlık sektöründeki yansıması Sağlıkta Dönüşüm Programı’dır (SDP). SDP öncesi Türkiye sağlık sisteminde çeşitli reformları gerçekleştirmek suretiyle başlıca sorunları olan finansman, ödemeler, organizasyon ve davranış problemlerini çözmeye yoğunlaşmıştır. Ancak bütünsel bir özellik sergilemeyen bu reformlar belirgin bir sistematik ve program ortaya koyamadıkları için sağlık sistemi dönüşümünü tamamlayamamıştır (Yılmaz, 2018).

SDP en önemli bileşenlerinden biri de sağlık profesyonellerine ödenecek ücretlerle ilgili olup, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) olarak adlandırılmaktadır. Performansa dayalı ek ödeme sisteminin anlaşılabilmesi için öncelikli olarak performans ve performans değerlendirme kavramlarının anlaşılması gerekmektedir. Performans, amaç ve hedeflere ulaşmak için gelecekteki başarılı eylemlerin uygulanması potansiyeli olarak tanımlanmaktadır (Lebas, 1995). Bir başka tanımlamada performans, verimlilik, etkinlik, eşitlik, sağlamlık, açıklık ve şeffaflık gibi kamusal değerlerin gerçekleştirilmesi olarak tanımlanmaktadır (Dooren vd., 2015). Performans, amaçlara ulaşabilmek için girişilen gayretlerin tümüdür şeklinde kısa bir tanımlama da yapılabilir. Performans değerlendirme ise iş görenin belirli bir zaman dilimindeki çalışmalarını ve gelecekteki gelişme potansiyelinin belirli kıstaslara göre belirlenmesidir (Gürbüz, 2019). Dünya’da ilk kez 20. yüzyılın başlarında Amerikan kamu kurumlarında görülen uygulama, Türkiye’de 4857 sayılı İş Yasası’nın

2003 yılında yürürlüğe girmesi ile kullanılmaya başlanmıştır (Uyargil, 2009). İlgili tanımlamalara göre performans girdilerle çıktılar arasında bir oran ile ilgili olup, iyileştirilebilmesi için farklı stratejiler izlenebilir. Bu bağlamda performansa dayalı ek ödeme sistemi başarılı ve verimli çalışanların gayretleri oranlarında ödüllendirilmesi şeklindeki bir stratejidir. Kavram sağlık sektöründe verilen hizmete karşılık ek bir ödeme ile artan hizmet talebine karşılık bir hizmet arzı oluşturabilmek ve verimliliği artırıcı bir teşvik aracı geliştirebilmek amacıyla kullanılmaktadır (Akdağ, 2012). Genel anlamda sistem şu şekilde işlemektedir. Hekimlerin yaptıkları her işlem Sağlık Bakanlığı tarafından puanlandırılmış olup, ek ödemeler bireysel performans puanları ile birim performans puanlarının parasal değerlerinin çarpımlarıyla hesaplanmaktadır. Sağlık kurumunda çalışan tüm doktorların performans puanlarının ortalaması ile de kurum performans puanı hesaplanmaktadır. Bu şekilde hastane yönetimleri elde etmiş oldukları gelirin %40'ını sağlık personellerine dağıtmaktadır. Kalan kısım ise yatırım, bakım – onarım ve yardımcı sağlık personeli için harcanmaktadır (Sülkü, 2011). Böylelikle sağlık hizmetlerin kalitesinin ve hasta memnuniyetinin artırılması, verimli bir hizmet sunumunun teşvik edilmesi gerçekleştirilebilir (Aydın ve Demir, 2006). Ancak performans sistemini hekimlerin nasıl algıladıklarına dair literatürde geçerliliği ve güvenilirliği kanıtlanmış bir ölçüğe rastlanılamamıştır. Bu amaçla güvenilirlik ve geçerliliği ispat edilmiş bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır. Böylece kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin performans sistemini nasıl algıladıkları ölçümlenebilecek ve ilişkilendirilen başkaca kavramlarla ilişkiler ve çeşitli etkiler ortaya konabilecektir. Ölçeğin bu anlamda uygulamacılara ve araştırmacılara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## II. YÖNTEM

### 2.1. Çalışmanın Önemi

Bu çalışma performansa dayalı ücret sistemini hekimlerin nasıl algıladıklarını değerlendirebilmek için bir PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği geliştirmek amacıyla yapılan metodolojik bir çalışma olup, kesitsel türde bir saha araştırmasıdır.

### 2.2. Çalışmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmanın evreni, Afyonkarahisar ilindeki iki hastanede (devlet-221 ve üniversite hastanesi-330) çalışan hekimlerin tamamından oluşmaktadır. Araştırmada örnekleme tekniği olarak kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada ulaşılabilen ve gönüllü olarak katılmayı kabul eden 301 hekimden doğru ve geçerli veriler sağlanabilmektedir.

### 2.3. Çalışmanın Sınırları

Araştırma, Afyonkarahisar ilindeki ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yürütülmüştür. Bu sayede konunun geniş bir analizinin birçok hekim tarafından ortaya konan düşüncelerle yapılması sağlanmıştır. Ancak bu süreç, zaman ve maliyet baskısından etkilenmiş ve bu durum çalışmaya bir sınırlılık getirmiştir. Ayrıca çalışma, performansa dayalı ödeme sistemlerini hekimler üzerinden açıklamaya yönelik olduğundan konu kamu sağlık kurumlarında çalışan hekimler ile sınırlıdır.

### 2.4. Çalışmanın Güvenilirlik ve Geçerliliği

Çalışmanın verileri 01.09.2021 – 31.12.2021 tarihleri arasında Afyonkarahisar ilindeki hastanelerde görev yapan hekimlerle yüz yüze görüşerek elde edilmiştir.

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği geliştirilmesi amacıyla ilk olarak literatür taraması yapılmıştır. Bu çalışma sırasında (Bakan vd., 2008; Kart, 2013; Akpınar ve Taş, 2013; Çetinkaya, 2016) tarafından yapılan çalışmalardan ve kullanılan anketlerden yararlanılarak 113 ifade belirlenmiş ve daha sonraki

araştırmalarla birlikte (Milstein ve Schreyoegga, 2016; Tüzün vd., 2009; Ekici ve Türkmen, 2020; Zaim, 2007) 16 ifade daha belirlenerek 129 ifadeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuştur.

Ölçek geliştirmede öncelikli amaç, tasarlanabilecek en iyi soruları güvenilir ve geçerli bir şekilde temsil eden titiz ölçekler oluşturmaktır (Rowan ve Wulff, 2007). Bu amaçla sağlıkta performans dayalı ek ödemeye ilişkin literatür incelenmiş ve bu kapsamında Kart'ın (2013) "Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri" isimli çalışmasından (74) adet soru oluşturulmuştur. Ayrıca Bakan ve diğerlerinin (2008) "Performansa Göre Ücretlendirmeye Doktorların Genel Bakış Açılı: Bir Alan Araştırması" isimli çalışmasından (26) soru, Akpınar ve Taş'ın (2013) "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları Üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Bir Araştırma" isimli çalışmasından (3) soru, Çetinkaya'nın (2016) "Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Ücrete Bağlı Streste Farklılık Yaratma Düzeyi: Konya Sağlık İşletmeleri Araştırması" isimli çalışmasından (6) soru, Milsteina ve Schreyoegga'nın (2016) "Pay For Performance in The Inpatient Sector: A Review of 34 P4p Programs In 14 OECD Countries" isimli çalışmasından 16 soru ve yazarların eklediği (4) soru ile birlikte toplamda (129) ifadeden oluşan bir madde havuzu oluşturulmuştur.

Uzman görüşleri neticesinde Kart'ın (2013) "Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri" isimli çalışmasından (46) adet soru, Bakan vd'nin (2008), "Performansa Göre Ücretlendirmeye Doktorların Genel Bakış Açılı: Bir Alan Araştırması" isimli çalışmasından (24) soru, Akpınar ve Taş'ın (2013) "Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine İlişkin Hekimlerin Tutumları Üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde Bir Araştırma" isimli çalışmasından (2) soru, Çetinkaya'nın (2016) "Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Ücrete Bağlı Streste Farklılık Yaratma Düzeyi: Konya Sağlık İşletmeleri Araştırması" isimli çalışmasından (6) soru ve yazarların eklemiş olduğu (2) soru çıkarılmıştır.

Daha sonrasında gerçekleştirilen online odak grup görüşmeleri neticesinde 129 ifade 49 ifadeye düşürülmüştür. Ardından 6 hekim (1 Beyin Cerrahi Uzmanı, 1 Çocuk Hematoloji Uzmanı, 1 Genel Cerrahi Uzmanı ve 3 Patoloji Uzmanı) ve 14 akademisyen (4 Hemşirelik, 3 Yönetim, 2 İstatistik, 2 Sağlık Yönetimi, 1 Fizyoterapi, 1 Diyetisyen ve 1 Ekonometri) olmak üzere toplamda 20 uzmandan 49 ifade ile ilgili görüşleri alınmış ve buna göre Kapsam Geçerlik İndeksleri ve Kapsam Geçerlik Oranları hesaplanmıştır. İlgili hesaplamaların yapılmasında Davis tekniğinden yararlanılmıştır. Buna göre (a) "Madde Uygun", (b) "Madde Biraz Gözden Geçirilmeli", (c) "Madde Ciddi Olarak Gözden Geçirilmeli" ve (d) "Madde Uygun Değil" şeklinde her soru için ayrı ayrı belirtmeleri istenilmektedir. Tekniğe göre; (a) ve (b) seçeneğini işaretleyen uzmanların sayısı toplam uzman sayısına bölünmekte ve böylece maddeye ilişkin "kapsam geçerlik indeksi" elde edilmektedir. Bu değer 0,80 olması yeterli bir ölçüt olarak görülmektedir. Kapsam geçerlik oranı (KGO), herhangi bir maddeye ilişkin "Gerekli" görüşünü belirten uzman sayılarının, maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısına bölünerek bir çıkarılmasıyla elde edilmektedir (Davis, 1992).

KGO'ların istatistiksel olarak anlamlılıklarını test edebilmek için, hesaplama kolaylığı açısından  $\alpha=0,05$  anlamlılık düzeyinde KGO'ların minimum değerleri (kapsam geçerlik ölçütleri) Veneziano'ya (1997) göre 20 kişiden oluşan bir uzman heyeti için minimum KGO'un ( $\alpha=0,42$ ) olması gerekmektedir. Yapılan hesaplamalar neticesinde tüm soruların KGİ değerlerinin ( $\alpha=0,85$  ile  $a=1,00$ ) arasında değiştiği ve bu değerlerin  $a=0,80$ 'den daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. KGO değerlerinin ( $\alpha=0,42$ ) altında olan 3 soru taslak ölçekten çıkartılmıştır Geriye kalan ifadelerin KGO değerlerinin 0,50 ile 1,00 arasında olduğu tespit edilmiş bunların 0,42 üzerinde olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca uzman görüşleri neticesinde birbirine benzer ve muğlak ifadeler (10 soru) ilgili formdan çıkarılmış ve böylelikle 36 ifadeden oluşan 5'li Likert tarzında (1. Hiç Katılmıyorum, 2. Katılmıyorum, 3. Kararsızım, 4. Katılıyorum, 5. Tamamen Katılıyorum) bir anket formu elde edilmiştir. Neticede 36 maddeden oluşan taslak bir ölçek hazırlanmıştır. Bununla birlikte veri toplama aracında katılımcıların cinsiyet, yaş, medeni durum, mesleki tecrübe, uzmanlık alanı, unvanı, kurumu, performans ödemesi alam durumuna ilişkin kişisel bilgilerin yer aldığı 8 soruya yer verilmiştir.

Araştırma için Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Başkanlığından yazılı olarak etik kurul onayı (Toplantı Sayısı: 11, Tarih: 06.11.2020, Karar 2020/198) alınmıştır.

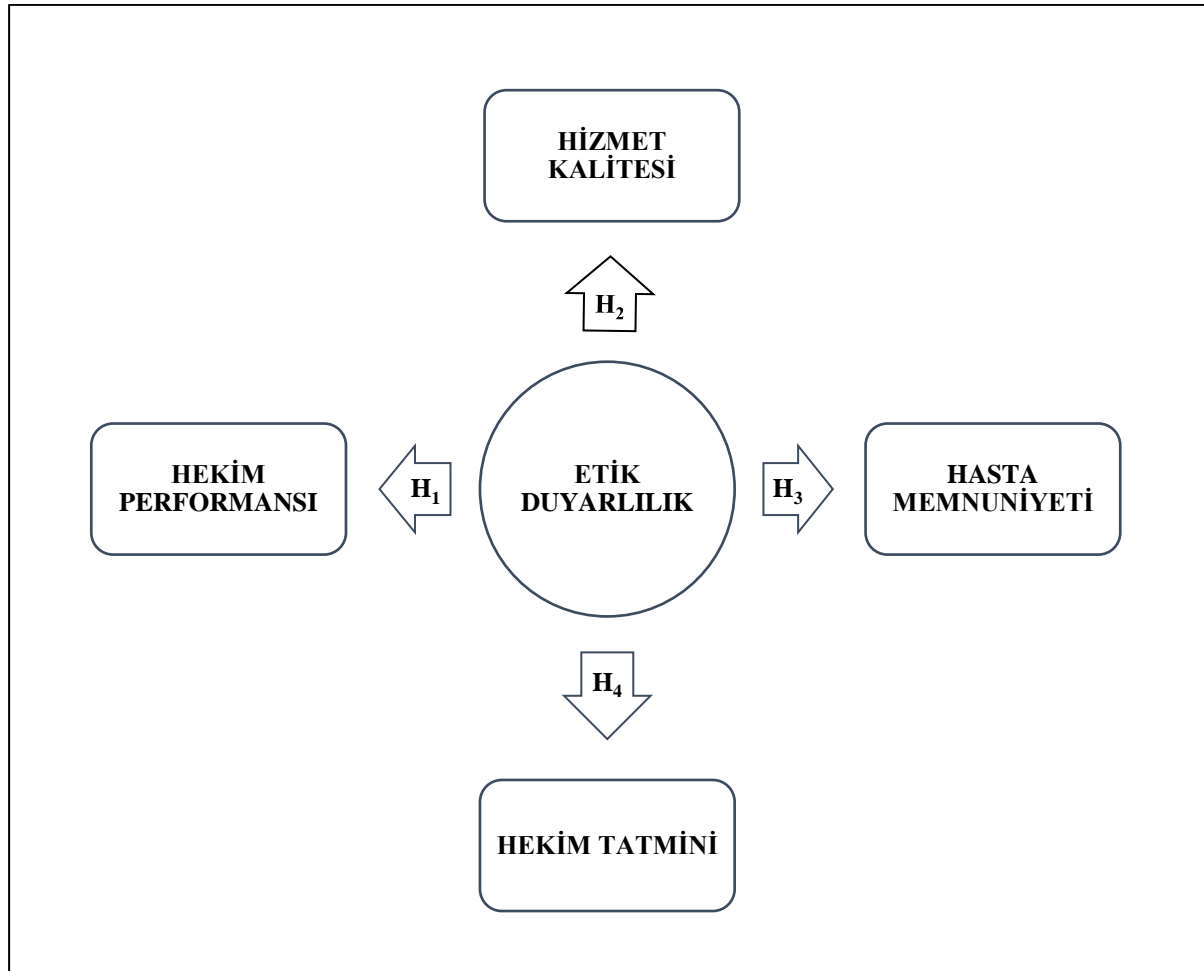
## 2.5. İstatistiksel Analiz

Araştırmanın veri analizinde SPSS ve LISREL programları kullanılmıştır. Veri çözümlemesinde; tanımlayıcı istatistikler, geliştirilen ölçeğin açıklayıcı faktör analizi (AFA) ve doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulanmıştır.

## 2.6. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Araştırma sürecinde geliştirilecek olan modele dayanan bir ölçeğin kuramsal bir katkı sağlayacağı, tespit ve önerileriyle uygulamacılara katkı sağlayabilecek yararlarının olacağı düşünülmektedir. Bu anlamda çalışmanın hipotezleri ve modeli Şekil 1’de gösterilmektedir.

Şekil 1. Etik Duyarlılığın Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi Hekim Algısı Etkisi Modeli



Araştırma modeline göre oluşturulan hipotezler şu şekildedir;

H<sub>1</sub>: Etik duyarlılığın hekim performansı üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H<sub>2</sub>: Etik duyarlılığın hizmet kalitesi üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H<sub>3</sub>: Etik duyarlılığın hasta memnuniyeti üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

H<sub>4</sub>: Etik duyarlılığın hekim tatmini üzerinde anlamlı bir etkisi vardır.

### III. BULGULAR

#### 3.1. Tanımlayıcı İstatistikler

Ankete katılan hekimlere ait betimleyici istatistikler Tablo 1’de verilmektedir. Buna göre, ankete katılan hekimlerin cinsiyet bakımından %56,1’inin erkek olduğunu, yaş olarak katılanların çoğunluğunun orta yaş ve üzerinde olduğunu, mesleki tecrübe bakımından çoğunluğun kariyerlerinin başında oldukları, medeni durum bakımından ise hemen hemen aynı oranda oldukları görülmektedir. Katılımcıların %12’sinin temel bilimler, %49,2’sinin dahili bilimler, %38,9’unun ise cerrahi bilimler hekimleri oldukları ve bu hekimlerin %60,5’inin devlet hastanesinde, %39,5’inin ise üniversite hastanesinde hizmet verdikleri görülmektedir. Ayrıca araştırmaya katılan hekimlerden büyük bir çoğunluğunun performans ödemesi almakta olduğu görülmektedir. Buna karşılık performansa dayalı ek ödeme sisteminden çok azının genel olarak memnun olduğu da söylenebilir. Çalışmaya katılan hekimlere ait betimleyici istatistikler Tablo 1’de verilmektedir.

**Tablo 1. Ankete Katılan Hekimlere Ait Betimleyici İstatistikler**

Değişken		Frekans	%
Cinsiyet	Kadın	132	43,9
	Erkek	169	56,1
Yaş	35 yaş ve altı	144	47,8
	36 yaş ve üstü	157	52,2
Mesleki Tecrübe	0-5 yıl	128	42,5
	6-10 yıl	99	32,8
	11 yıl ve üzeri	74	24,5
Medeni durum	Evli	151	50,2
	Bekar	150	49,8
Uzmanlık Alanı	Temel Bilimler	36	12,0
	Dahili Bilimler	148	49,2
	Cerrahi Bilimler	117	38,9
Unvanı	Öğr. Üyesi	50	16,6
	Uzman Dr.	131	43,5
	Pratisyen-Asistan	120	39,9
Kurumu	Devlet Hastanesi	182	60,5
	Üniversite Hastanesi	119	39,5
Performans ödemesi alıyor musunuz?	Evet	248	82,4
	Hayır	53	17,6
PDEÖS’nden genel olarak memnunum.	Hiç Katılmıyorum	88	29,2
	Katılmıyorum	121	40,2
	Kararsızım	60	19,9
	Katılıyorum	21	7,0
	Tamamen Katılıyorum	11	3,7

### 3.2. Açıklayıcı Faktör Analizi, Doğrulayıcı Faktör Analizi

Faktör analizi, çok sayıda değişkenin oluşturduğu veri setinin sadeleştirilerek daha anlaşılır ve açık hale getirilmesi için yapılan bir analizdir (Özdemir, 2016). Bu analizler Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere iki şekilde yapılmaktadır. Ölçek geliştirme sürecinde geçerliliği test etmek için AFA, güvenilirliği test etmek içinde DFA kullanılmaktadır (Güngör, 2016). Bunun için her faktörün Cronbach's alfa değerinin en az ( $\alpha=0,70$ ) olması beklenmekte olup, bu oran ölçek geliştirme araştırmalarında ( $\alpha=0,60$ )'a kadar inebilmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018). PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine açıklayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 2'de gösterilmektedir.

**Tablo 2. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine İlişkin AFA Sonuçları**

Faktörler/Maddeler	Faktör Yüğü	Özdeğer	Açıklanan Varyans(%)
<b>HP Hekim Performansı</b>			
HP1 PDEÖS hekimin tanı ve teşhis özerkliği olumlu etkiler.	0,900		
HP2 PDEÖS hekimin motivasyonunu artırır.	0,899	7,168	42,162
HP3 PDEÖS hekimin tıbbi karar verme sürecini olumlu etkiler.	0,845		
HP4 PDEÖS hekimlerin mesleki gelişimlerini olumlu yönde etkiler.	0,840		
HP5 PDEÖS hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar.	0,839		
<b>HK Hizmet Kalitesi</b>			
HK1 PDEÖS hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltır.	0,824		
HK2 PDEÖS tedavi kaynaklı hastane ölüm oranlarını azaltır.	0,806	2,599	15,286
HK3 PDEÖS komplikasyon maliyetlerini azaltır.	0,799		
HK4 PDEÖS tıbbi hata oluşumunu azaltır.	0,644		
HK5 PDEÖS hekimlerin tıbbi hizmet kalitesini iyileştirir.	0,482		
<b>HM Hasta Memnuniyeti</b>			
HM1 PDEÖS hastaların muayene için bekleme süresini azaltır.	0,822		
HM2 PDEÖS hastaların yatış sürelerini azaltır.	0,767	1,617	9,509
HM3 PDEÖS tıbbi malzemelerin tedarik süresini kısaltır.	0,630		
HM4 PDEÖS ameliyat sonrası iyileşme oranlarını iyileştirir.	0,617		
<b>HT Hekim Tatmini</b>			
HT1 PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır. *	0,816		
HT2 PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması hekimlerin iş motivasyonunu azaltır. *	0,786	1,040	6,116
HT3 PDEÖS hekimin iş stresini artırır. *	0,766		

\*Ters kodlu ifadeler

Araştırmada kullanılan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin geçerliliğine yönelik açıklayıcı faktör analizi yapılmıştır. Yapılan faktör analizinde Kaise-Meyer-Olkin değeri 0,869 ve Bartlett's Küresellik testi ( $ki-kare= 3686,007$ ,  $df= 136$ ,  $sig.=0,000$ ) sonucunda örneklemin faktör analizi için yeterli olduğu tespit edilmiştir.

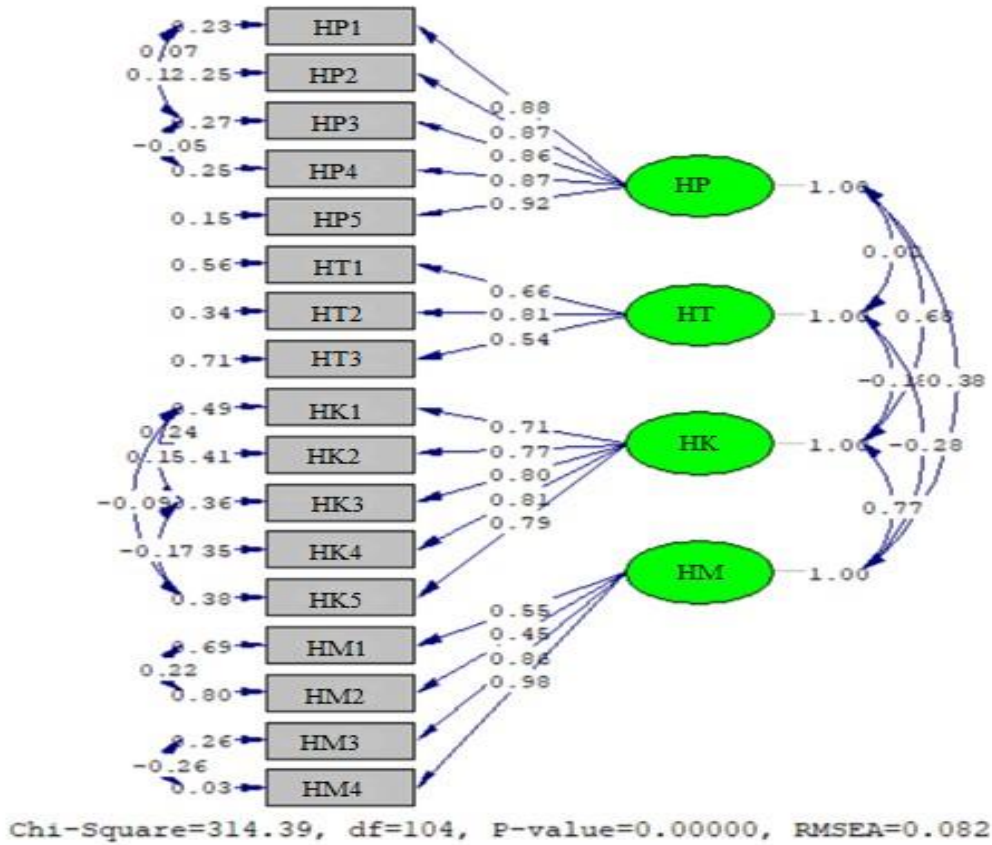
Yapılan Açıklayıcı Faktör Analizi Sonucunda özdeğeri 1'in üzerinde olan 4 faktör elde edilmiştir. Birinci faktör olan "Hekim Performansı" boyutunun özdeğeri 7,168, açıklayıcılık oranı ise %42,162'dir. İkinci faktör "Hizmet Kalitesi" boyutunun özdeğeri 2,599, açıklayıcılık oranı %15,286'dır. Üçüncü faktör "Hasta Memnuniyeti" boyutunun özdeğeri 1,617, açıklayıcılık oranı %9,509'dır. Dördüncü faktör "Hekim Tatmini" boyutunun özdeğeri 1,040, açıklayıcılık oranı %6,116'dır. Açıklayıcı Faktör Analizi sonucunda ölçeğin geçerli olduğu tespit edilmiştir.

Hekim Performansı boyutunda 5 ifade bulunmakta olup faktör yükleri 0,839-0,900 arasındadır. Hizmet Kalitesi boyutunda 5 ifade bulunmakta olup faktör yükleri 0,482-0,824 arasındadır. Hasta Memnuniyeti boyutunda 4 ifade bulunmakta olup faktör yükleri 0,617-0,822 arasındadır. Hekim

Tatmini boyutunda 3 ifade bulunmakta olup faktör yükleri 0,766-0,816 arasında değişmektedir. Sonuç olarak PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği, 4 alt boyuttan ve 17 ifaden oluşmaktadır.

Literatürde aynı örneklem üzerinden AFA ve DFA analizlerinin uygulanabileceği konusunda farklı görüşler bulunmaktadır. Doğan vd., (2017) çalışmalarında aynı örneklem ile yapılan AFA ve DFA'nın bir örneklemin farklı yarılarına uygulandığı durumlarda elde edilen sonuçların benzer olduğunu, örneklemin ikiye bölünmesiyle elde edilen faktör yükleri kestirim hata düzeyinin aynı örneklem bölünmeden elde edilen faktör yükleri kestirim hata düzeyinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bununla birlikte örneklem büyüklüğü artışı ile hataların azaldığı vurgusu yapılmıştır. İlgili kaynaklar ve veri toplama döneminin pandemi zamanında yapılmış olması gibi nedenlerle AFA ve DFA aynı örneklem üzerinde gerçekleştirilmiştir. Literatürde AFA için minimum örneklem büyüklüğü 50 olmalıdır (Yaşlıoğlu, 2017). DFA için ise evrenin küçük olduğu topluluklarda az sayıda faktör ve her faktör için üç veya dört göstergeye sahip ölçeklerde en az 300 kişiye ihtiyaç bulunmaktadır (Tabachnick ve Fidell, 2013). Buna göre gerekli örneklem büyüklüğüne (N=301) ulaşıldığı görülmektedir. DFA sonuçları Şekil 2'de verilmektedir.

Şekil 2. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği DFA Sonuçları



LISREL prosedürünün en büyük avantajlarından biri, önerilen modelin veri setine ne kadar uyduğunu gösteren bir uyum indeksi sunabilmesidir (Greenspoon ve Saklofske, 1998). PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği uyum kriterlerine göre değerlendirildiğinde, RMSEA, NFI, NNFI, CFI ve SRMR değerleri belirlenen eşik değerleri karşılamaktadır. Ayrıca, GFI ve AGFI değerleri de önerilen eşiklere oldukça yakın olduğu için kabul edilebilir düzeyde bulunmuştur (Schermelleh-Engel vd., 2003).

Bu kriterler dışında  $\chi^2$  (Chi-Square=314.39, df=104, p-value=0.00000, RMSEA=0.082) değeri de model uygunluğunun belirlenmesinde kullanılan diğer bir istatistik olup, modelin istatistiki açıdan



uygun olduğunun diğer bir göstergesidir. Literatüre göre DFA ile hesaplanan ( $\chi^2/df$ ) oranının beşten küçük olması, modelin gerçek veriler ile iyi uyum sağladığının bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Marsh ve Hocevar, 1988; Sümer, 2000; Gülbahar ve Büyüköztürk, 2008). PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin DFA hesaplamasındaki değeri ( $\chi^2/df$ )=3,02 olup, iyi bir uyumun sağlandığı görülmektedir. PDEÖS alt boyutlarının yer aldığı DFA sonuçları Şekil 1’de ve uyum iyiliği indeksi sonuçları Tablo 3’te verilmektedir.

**Tablo 3. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Uyum Kriterleri**

Uyum Kriterleri	Mükemmel Uyum	Kabul Edilebilir Uyum	PDEÖS
RMSEA	$0 < RMSEA < 0,05$	$0,05 \leq RMSEA \leq 0,10$	0,082
NFI	$0,95 \leq NFI \leq 1,00$	$0,90 \leq NFI < 0,95$	0,95
NNFI	$0,97 \leq NNFI \leq 1,00$	$0,95 \leq NNFI < 0,97$	0,95
CFI	$0,97 \leq CFI \leq 1,00$	$0,95 \leq CFI < 0,97$	0,96
SRMR	$0 \leq SRMR \leq 0,05$	$0,05 < SRMR \leq 0,10$	0,059
GFI	$0,95 \leq GFI \leq 1,00$	$0,90 \leq GFI < 0,95$	0,89
AGFI	$0,90 \leq AGFI \leq 1,00$	$0,85 \leq AGFI < 0,90$	0,84

**Kaynak:** (Schermele-Engel vd., 2003). (RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation, NFI: Normed Fit Index, NNFI: Non-Normed Fit Index, CFI: Comparative Fit Index, SRMR: Standardized Root Mean Square Residual, GFI: Goodness of Fit Index, AGFI: Adjusted Goodness of Fit Index)

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin alt boyutları olan Hekim Performansı (HP), Hekim Tatmini (HT), Hizmet Kalitesi (HK) ve Hasta Memnuniyeti (HM) için Şekil 1 ve Tablo 3’te verilen doğrulayıcı faktör analizi sonuçları incelendiğinde, “Hasta Memnuniyeti” üzerinde en etkili değişkenin 0,98’lik katsayı yükü ile HM4 "PDEÖS ameliyat sonrası iyileşme oranlarını iyileştirir." değişkeni olduğu, bu değişkeni 0,86’lik katsayı yükü ile HM3 "PDEÖS hasta tedavisinde kullanılacak tıbbi malzemelerin tedarik süresini kısaltır." değişkeninin takip ettiği görülmektedir.

Hekimlerin performansı üzerinde en etkili değişkenin 0,92’lik katsayı yükü ile HP5 "PDEÖS hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar." değişkeni olduğu ve bu değişkeni 0,88’lik katsayı yükü ile HP1 "PDEÖS hekimin tanı ve teşhis özerkliğinin olumlu etkiler." değişkeninin takip etmektedir.

Hekimlerin hizmet kalitesi üzerindeki en etkili değişkenin 0,81’lik katsayı yükü ile HK4 "PDEÖS tıbbi hata oluşumunu azaltır." değişkeni olduğu ve bu değişkeni 0,80’lik katsayı yükü ile HK3 "PDEÖS komplikasyon maliyetlerini azaltır." değişkeninin takip etmektedir.

Hekimlerin tatmini üzerindeki en etkili değişkenin 0,81’lik katsayı ile HT2 "PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması hekimlerin iş motivasyonunu azaltır." değişkeni olduğu ve bu değişkeni 0,66’lik katsayı yükü ile HT1 "PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır." değişkeninin takip etmektedir.

**Tablo 4. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğine İlişkin Cronbach’s  $\alpha$  değerleri.**

Faktörler/Maddeler	$\alpha$
Hekim Performansı	0,948
Hizmet Kalitesi	0,888
Hasta Memnuniyeti	0,792
Hekim Tatmini	0,711
PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği	0,889

Yapılan güvenilirlik analizinin sonucuna göre hekim performansı boyutunun Cronbach’s Alpha katsayısı  $\alpha=0,948$ , hizmet kalitesi boyutu Cronbach’s Alpha katsayısı  $\alpha=0,888$ , hasta memnuniyeti

boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı  $\alpha=0,792$ , hekim tatmini boyutunun Cronbach's Alpha katsayısı  $\alpha=0,711$  olarak hesaplanmıştır. Neticede yapılan güvenilirlik analizi sonucunda PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin Cronbach's Alpha katsayısı  $\alpha=0,889$  bulunmuştur. Bu sonuçlara göre 4 alt boyuttan oluşan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin güvenilir bir ölçek olduğu Tablo 4'ten anlaşılmaktadır.

**Tablo 5. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği Tanımlayıcı İstatistikler (n=301)**

PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği ve Alt Boyutları	İfade Sayısı	Min.	Max.	Ort.	S.S.	Skewness	Kurtosis
Hekim Performansı	5	1	5	2,67	1,33	0,414	-1,294
Hizmet Kalitesi	5	1	5	2,83	1,1	0,036	-0,875
Hasta Memnuniyeti	4	1	5	3,48	1,05	-0,653	-0,385
Hekim Tatmini	3	1	4,33	1,86	0,83	0,932	0,064
<b>PDEÖS Hekim Algısı Ölçeği</b>	<b>17</b>	<b>1</b>	<b>4,29</b>	<b>2,77</b>	<b>0,8</b>	<b>-0,113</b>	<b>-0,516</b>

Ortalamaların değerlendirilmesinde Likert tipli ölçeklere yönelik kesim noktaları (4/5=0,80) dikkate alınmıştır. Buna göre ortalamalar; “1,00-1,79=çok düşük, 1,80-2,59= düşük, 2,60-3,39= orta, 3,40-4,19= yüksek ve 4,20-5,00= çok yüksek” olmak üzere beş düzeyde değerlendirilmiştir (Karagöz, 2017). Buna göre hekimlerin Hekim Performansı boyutu ortalaması “orta”, Hizmet Kalitesi boyutunun ortalaması “orta”, Hasta Memnuniyeti boyutunun ortalaması “yüksek”, Hekim Tatmini boyutunun ortalaması “düşük”, PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin toplam ortalamasının “orta” düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Normallik varsayımında Skewness ve Kurtosis değerlerinin  $\pm 1,500$  aralığında olma kriteri dikkate alınmıştır (Tabachnick ve Fidell, 2013). PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin ve alt boyutlarının Skewness değerleri -0,653 ile +0,932, Kurtosis değerleri -1,294 ile 0,064 arasında değişmektedir. PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin ve alt boyutlarının Skewness ve Kurtosis değerleri  $\pm 1,500$  arasında olduğu için araştırma verilerinin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (Tablo 5).

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Dünyada ve Türkiye’de performansa göre ödeme birçok kamu ve özel kurumda verimliliği artırabilmek adına kullanılmaktadır. Konu sağlık sektörü özelinde de araştırılmaktadır. Çoban vd’nin (2021) “Performansa Dayalı Ödeme Sisteminden Duyulan Memnuniyet Ölçeği (PEDÖS) Geliştirme Çalışması” isimli çalışmalarında, PDEÖS ile ilgili o zamana kadar yapılan yerli ve yabancı literatürdeki çalışmalar incelenmiştir. Neticede, çalışanların konu ile ilgili düşüncelerinin ve değerlendirmelerinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmış ölçekler yerine anketler ile alındığı ve çalışanların sistemi nasıl algıladıklarına dair objektif bir ölçme aracına ihtiyaç duyulduğunu ifade etmektedirler. Ekinci (2021) ise sağlık sektöründe PDEÖS ile ilgili (2004-2019) döneminde yapılan çalışmaları incelemiş ve sonuç olarak sistemin ücret adaletsizliğini ortadan kaldıracak ve hasta memnuniyetini artıracak şekilde yeniden tasarlanması gerektiğini belirtmektedir. Konu ile ilgili yapılan araştırmalarda anket yönteminin uygulandığı ve sistemin amacının kaliteli bir sağlık hizmeti sunarak, hastaları ve çalışanları memnun etmek olduğu belirtilmekle birlikte mevcuttaki durumun hekimler arası sosyal ve mesleki ilişkileri zedelediği, çalışan memnuniyetini azalttığı ve adil, sürdürülebilir bir sistem için yeniden bir değerlendirme yapılması gerektiğine dair vurguların yapıldığı anlaşılmaktadır (Öztunç ve Cural, 2017; Sarısoy ve Erdoğan, 2022). Sistemin tekrar düzenlenmesi gerektiğine dair düşüncenin bir ürünü olarak hekimlere yönelik performans ödeme modeli önerisine dair bir çalışmanın yapılmış olması da bu ihtiyacı doğrular niteliktedir (Yüksel ve Sayın, 2020).

Sonuç olarak, PDEÖS'e yönelik hekimlerin algılarının tam olarak anlaşılabilmesi için bir ölçme aracına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sebeple çalışmada geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirmek amaçlanmıştır. Bu amaç çerçevesinde odak grup görüşmelerinin yapılması ve uzman görüşleri alınması ile 37 ifadeden oluşan taslak bir ölçek hekimlere uygulanmıştır. Yapılan açıklayıcı faktör analizi sonucunda 17 ifade ve özdeğeri 1'in üzerinde olan 4 faktör yapısıyla varyansın %73,073'ünü açıklayan bir ölçek elde edilmiştir. Birinci faktör olan "Hekim Performansı" boyutunun özdeğeri 7,168, açıklayıcılık oranı ise %42,162'dir. İkinci faktör "Hizmet Kalitesi" boyutunun özdeğeri 2,599, açıklayıcılık oranı %15,286'dır. Üçüncü faktör "Hasta Memnuniyeti" boyutunun özdeğeri 1,617, açıklayıcılık oranı %9,509'dur. Dördüncü faktör "Hekim Tatmini" boyutunun özdeğeri 1,040, açıklayıcılık oranı %6,116'dır. Ölçekte yer alan ifadelerin faktör yükleri 0,482 ile 0,900 arasındadır. AFA sonucunda ölçeğin geçerli olduğu anlaşılmaktadır. DFA ile kabul edilebilir uyum indekslerini karşılayan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin toplam Cronbach's Alpha katsayısının  $\alpha=0,889$  olduğu ve güvenilir olduğu da tespit edilmiştir. Böylelikle 4 alt boyuttan ve 17 ifaden oluşan PDEÖS Hekim Algısı Ölçeğinin geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

**Etik Kurul İzni:** Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimleri Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu Başkanlığından yazılı olarak etik kurul onayı (Toplantı Sayısı: 11, Tarih: 06.11.2020, Karar 2020/198) alınmıştır.

## KAYNAKLAR

- Acar, E. (2017). Neoliberalizm ve sosyal refah devleti ekseninde üçüncü yol yaklaşımı. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1), 248-263.
- Akdağ, R. (2012). *Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu (2003-2011)*. Ankara: Sağlık Bakanlığı.
- Akpınar, A. T., ve Taş, Y. (2013). Performansa dayalı ek ödeme sistemine ilişkin hekimlerin tutumları üzerine Kocaeli Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde bir araştırma. *Çalışma ve Toplum*, 2(37), 167-182.
- Arslanel, M. N., ve Eryücel, E. (2011). Modern devlet anlayışının felsefi temelleri. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15(2), 1-20.
- Aydın, S., ve Demir, M. (2006). *Sağlıkta performans yönetimi-performansa dayalı ek ödeme sistemi*. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı: Onur Matbaacılık.
- Bakan, İ., Erşahan, B., ve Eğitmiş, A. M. (2008). Performansa göre ücretlendirmeye doktorların genel bakış açıları: Bir alan araştırması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(2), 73-86.
- Bakan, S. (2009). 1980'den günümüze Türkiye'de uygulanan neo-liberal iktisat politikaları. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(2), 116-125.
- Bartlett, J. E., Kotrlık, J. W., & Higgins, C. C. (2001). Organizational research: Determining appropriate sample size in survey research appropriate sample size in survey research. *Information Technology, Learning and Performance Journal*, 19(1), 43-50.
- Çavmak, Ş., ve Çavmak, D. (2017). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programı. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(1), 48-57.
- Çetin, F. G. (2017). Sağlıkta dönüşüm programı ekseninde sağlığın ekonomi politikası. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(1), 274-293.

- Çetinkaya, A. Ş. (2016). Performansa dayalı ücretlendirmenin ücrete bağlı streste farklılık yaratma düzeyi: Konya sağlık işletmeleri araştırması. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(2), 374-399.
- Çoban, N. O., Pişkin, M., ve Kart, M. E. (2021). Performansa dayalı ödeme sisteminden duyulan memnuniyet ölçeği (Pedös) geliştirme çalışması. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 11(1), 195-214.
- Davis, L. L. (1992). Instrument review: Getting the most from a panel of experts . *Applied Nursing Research*, 5(4), 194-197.
- Doğan, İ. (2015). *Farklı Veri Yapısı ve Örneklem Büyüklüklerinde Yapısal Eşitlik Modellerinin Geçerliliği ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi*. (Yayınlanmamış Doktora Tezi) Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Eskişehir.
- Dooren, W. V., Bouckaert, G., & Halligan, J. (2015). *Performance management in the public sector*. London: Routledge.
- Ekici, Z., ve Türkmen, E. (2020). Yüksek performanslı çalışma sistemleri ölçeğinin Türkçe'ye uyarlanması: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetim Dergisi*, 7(1), 1-16.
- Ekinci, N. (2021). Türkiye'deki sağlık çalışanlarının performansa dayalı ücret uygulaması hakkında görüşlerine dayalı araştırmaların değerlendirilmesi. *Verimlilik Dergisi*, 1(2), 111-125.
- Erdoğan, H. (2014). *Türkiye'de sağlık politikaları ve sağlıkta dönüşüm programı (2003-2010)*. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi).
- Ergun, C., ve Ergun, A. D. (2010). Dönüşüm mü, piyasalaştırma mı? Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir tartışma. *Toplum ve Demokrasi Dergisi*, 4(8), 33-54.
- Fişek, N. (1991). Türkiye Cumhuriyeti hükümetlerinde sağlık politikaları. *Toplum ve Hekim*, 7(48), 2-4.
- Greenspoon, P. J., & Saklofske, D. H. (1998). Confirmatory factor analysis of the multidimensional students' life satisfaction scale. *Personality and Individual Differences*, 25(5), 965-971.
- Görmüş, A. (2015). Kamu sektöründe sağlıkta performans yönetiminin zorlukları: Türkiye örneği. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 6(1), 20-36.
- Gülbahar, Y., & Büyüköztürk, Ş. (2008). Değerlendirme Tercihleri Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35(35), 148-161.
- Güngör, D. (2016). Psikolojide ölçme araçlarının geliştirilmesi ve uyarlanması kılavuzu. *Türk psikoloji yazıları*, 19(38), 104-112.
- Gürbüz, S. (2019). *İnsan kaynakları yönetimi teori, araştırma ve uygulama*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Gürbüz, S., ve Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri (Felsefe-Yöntem-Analiz)*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Karagöz, Y. (2017). *SPSS ve Amos uygulamalı nicel-nitel-karma bilimsel araştırma yöntemleri ve yayın etiği*. Nobel Akademik Yayıncılık.

- Kart, E. (2013). "Sağlıkta Dönüşüm" sürecinde performansa dayalı ücretlendirmenin hekimler üzerindeki etkileri. *Çalışma ve Toplum*, 3(38), 103-140.
- Lebas, M. J. (1995). Performance measurement and performance management. *International Journal of Production Economics*, 41(1-3), 23-35.
- Marsh, H. W., & Hocevar, D. (1988). A new, more powerful approach to multitrait-multimethod analyses: Application of second-order confirmatory factor analysis. *Journal of applied psychology*, 73(1), 107.
- Meker, T., ve Barlas, Y. (2013). Dynamic impacts of performance based payment system on public hospitals in Turkey. In *Proceedings of the 31st international conference of the system dynamics society* (p. 32-33). Cambridge, Massachusetts, USA: International System Dynamics Conferences.
- Milstein, R., & Schreyoegg, J. (2016). Pay for performance in the inpatient sector: a review of 34 P4p programs in 14 OECD countries. *Health Policy*, 120(10), 1125-1140.
- Öktem, N. (2011). Fransız devriminin felsefesi ve Türkiye. *Journal of Istanbul University Law Faculty*, 53(1-4), 267-272.
- Özdemir, A. (2016). *Yönetim biliminde ileri araştırma yöntemleri ve uygulamalar*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Öztunç, İ., ve Cural, M. (2017). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu sağlık hizmetleri memnuniyeti üzerine etkileri. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 13(13), 880-891.
- Pala, K. (2007). 2006 Örsan Öymen anısına yılın inceleme ödülü. *Türkiye için nasıl bir sağlık reformu?* Bursa, Merkez, Türkiye: Milliyet Gazetecilik ve Yayıncılık A.Ş.
- Rowan, N., & Wulff, D. (2007). Using qualitative methods to inform scale development. *Qualitative Report*, 12(3), 450-466.
- Sağlık Bakanlığı. (2009). *Sağlıkta dönüşüm ve sosyal güvenlik reformu projesi (II. Faz)*, <https://pydb.saglik.gov.tr/TR-32172/saglikta-donusum-ve-sosyal-guvenlik-reformu-projesi-ii-faz.html>
- Sarısoy, İ., ve Erdoğan, D. 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.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of psychological research online*, 8(2), 23-74.
- Seçtim, H. (2019). Sağlıkta dönüşüm programı üzerine bir değerlendirme. *Yönetim ve Siyaset Bilimleri İncelemesi*, 1(1), 117-133.
- Sülkü, S. N. (2011). Performansa dayalı ek ödeme sisteminin kamu hastanelerinin verimliliği üzerine etkileri. *Maliye Dergisi*, 160, 242-268.
- Sümer, N. (2000). Yapısal Eşitlik Modelleri: Temel Kavramlar ve Örnek Uygulamalar. *Türk Psikoloji Yazıları*, 3(6), 49-74.

- Şahin, Y. E. (2009). Küreselleşme ve insan hakları. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, 2(4), 174-178.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*. Boston: Pearson.
- Tüzün, E. H., Eker, L., ve Daşkapan, A. (2009). Fizik tedavi poliklinikleri için hasta memnuniyet ölçeği: Güvenirliliği ve geçerliliği. *Fizyoterapi Rehabilitasyon*, 20(1), 9-16.
- Uyargil, C. (2009). Performans değerlendirme. C. Uyarlıgil, Z. Adal, A. C. İsmail Durak Ataay, A. O. Özçelik, G. Dünder, Ö. Sadullah, ve L. Tüzüner içinde, *İnsan Kaynakları Yönetimi* (s. 209-264). İstanbul: Beta Yayınları.
- Veneziano, L. (1997). A method for quantifying content validity of health-related questionnaires. *American Journal of Health Behavior*, 21(1), 67-70.
- Yaşlıoğlu, M. M. (2017). Sosyal bilimlerde faktör analizi ve geçerlilik: Keşfedici ve doğrulayıcı faktör analizlerinin kullanılması. *İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi Dergisi*, 46, 74-85.
- Yılmaz, G. (2018). Türkiye sağlık sisteminde reformlar ve politika transferi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41), 179-206.
- Yüksel, İ., ve Sayın, K. Ş. (2020). Kamu hastanelerinde hekimlere yönelik performansa dayalı ek ödeme model önerisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 23(3), 387-410.
- Zaim, H. (2007). Performansa dayalı ücret uygulamasının doktor memnuniyeti üzerindeki etkileri. *Journal of Social Policy Conferences*, 53, 359-374.

**EK-1. Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi (PDEÖS) Hekim Algısı Ölçeği**

Aşağıdaki maddeler PDEÖS'nin hekimler tarafından nasıl algılandığıyla ilgilidir. Her ifade 1 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Lütfen bu ifadelere ne ölçüde katılıp katılmadığınızı uygun gördüğünüz şıkkı işaretleyerek belirtiniz.		Hiç Katılmıyorum	Az Katılıyorum	Orta Katılıyorum	Çok Katılıyorum	Tamamen Katılıyorum
SN	İFADELER	1	2	3	4	5
1	PDEÖS hekimin tanı ve teşhis özerkliğini olumlu etkiler.	1	2	3	4	5
2	PDEÖS hekimin motivasyonunu artırır.	1	2	3	4	5
3	PDEÖS hekimin karar verme sürecini olumlu etkiler.	1	2	3	4	5
4	PDEÖS hekimlerin mesleki gelişimlerini olumlu etkiler.	1	2	3	4	5
5	PDEÖS hekimlerin verimli çalışmalarını sağlar.	1	2	3	4	5
6	PDEÖS hastane kaynaklı enfeksiyonları azaltır.	1	2	3	4	5
7	PDEÖS tedavi kaynaklı hastane ölüm oranlarını azaltır.	1	2	3	4	5
8	PDEÖS komplikasyon maliyetlerini azaltır.	1	2	3	4	5
9	PDEÖS tıbbi hata oluşumunu azaltır.	1	2	3	4	5
10	PDEÖS hekimlerin tıbbi hizmet kalitesini iyileştirir.	1	2	3	4	5
11	PDEÖS hastaların muayene için bekleme süresini azaltır.	1	2	3	4	5
12	PDEÖS hastaların yatış sürelerini azaltır.	1	2	3	4	5
13	PDEÖS tıbbi malzemelerin tedarik süresini kısaltır.	1	2	3	4	5
14	PDEÖS ameliyat sonrası iyileşme oranlarını iyileştirir.	1	2	3	4	5
15	PDEÖS hekimi kurumsal ve mesleki olarak yalnızlaştırır.	1	2	3	4	5
16	PDEÖS kazancının emekliliğe yansımaması iş motivasyonunu azaltır.	1	2	3	4	5
17	PDEÖS hekimin iş stresini artırır.	1	2	3	4	5

**Hekim Performansı Boyutu** : 1, 2, 3, 4, 5. maddeler

**Hizmet Kalitesi Boyutu** : 6, 7, 8,9, 10. maddeler

**Hasta Memnuniyeti Boyutu** : 11, 12, 13, 14. maddeler

**Hekim Tatmini Boyutu** : 15,16, 17. maddeler (Ters Kodlu)

# SPIRİTÜEL LİDERLİĞİN ONTOLOJİK İYİ OLUŞA ETKİSİNDE İŞİN ANLAMLILIĞININ ARACILIK ROLÜ: SAĞLIK SEKTÖRÜNDE BİR ARAŞTIRMA

Senem ALTAN \*  
Ahmet Tuncay ERDEM \*\*

## ÖZ

Küreselleşme, rekabetçi yaklaşımlar ve teknolojik değişimler örgütleri, çalışanlar için şartların değiştiği, belirsizliklerin hüküm sürdüğü ve maneviyattan kopuk bir iş yaşantısını beraberinde getirdiği bir ortam haline getirmiştir. 21. yüzyılın işletmelerinin değişen çalışma koşulları, en değerli unsur olan insan kaynağının iş yaşantısında maneviyat arayışına ve bu bireylerin yaptıkları işin anlamına yönelik sorgulamaya girmelerine sebep olmaktadır. İşyeri ruhsallığı ve pozitif psikoloji etkisiyle literatüre giren spiritüel liderlik kavramı, çalışanların anlam arayışını etkileyebilecek liderlik yaklaşımlarını ortaya koymaktadır. Modern çalışma hayatının çalışanların üzerinde oluşturduğu baskı ile motivasyonlarını düşürmesi ve yaptıkları işin anlamına yönelik arayışları onların ontolojik iyi oluşunu etkileyerek sağlıksız ve verimsiz işletmelerin doğmasına sebep olacaktır. Manevi değerleri barındıran spiritüel liderlik yaklaşımının modern iş yaşantısında, işgörenin ontolojik iyi oluşuna yönelik beklentilerini ve işin anlamına yönelik arayışlarını karşılayacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda, araştırmanın temel amacı; işletmelerde spiritüel liderliğin, işgörenin ontolojik iyi oluşuna etkisinde işin anlamının aracı rolü olup olmadığının belirlenmesidir. Çalışmada, İstanbul'da faaliyet gösteren bir hastanenin sağlık çalışanlarından (n=392) veri toplanmıştır. Araştırmada genel tarama modeli rehberliğinde ilişkisel tarama yöntemi ile desenlenen nicel araştırma yöntemi uygulanarak elde edilen veri SPSS 25 ve AMOS 24 programlarıyla analiz edilmiştir. Araştırma sonucunda spiritüel liderliğin, işgörenin ontolojik iyi oluşuna etkisinde işin anlamlılığının aracı rolü belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Spiritüelite, Spiritüel Liderlik, Ontolojik İyi Oluş, İşin Anlamı.

## MAKALE HAKKINDA

\*Doç. Dr., Doğu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Yönetim Bilişim Sistemleri Bölümü, [saltan@dogus.edu.tr](mailto:saltan@dogus.edu.tr)  
<https://orcid.org/0000-0003-0264-0821>

\*\*Doç. Dr., Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İletişim Fakültesi Görsel İletişim Tasarım Bölümü, [ahmeterdem@ibu.edu.tr](mailto:ahmeterdem@ibu.edu.tr)  
<https://orcid.org/0000-0003-4573-8415>

Gönderim Tarihi: 24.09.2024

Kabul Tarihi: 27.01.2025

## Atıfta Bulunmak İçin:

Altan, S., & Erdem, A. T. (2025). Spiritüel liderliğin ontolojik iyi oluşa etkisinde işin anlamlılığının aracılık rolü: sağlık sektöründe bir araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(1), 31-50. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1555317>



## THE MEDIATING ROLE OF MEANINGFULNESS OF WORK IN THE EFFECT OF SPIRITUAL LEADERSHIP ON ONTOLOGICAL WELL-BEING: A RESEARCH IN THE HEALTH SECTOR

Senem ALTAN \*  
Ahmet Tuncay ERDEM \*\*


### ABSTRACT

Globalization, competitive approaches, and technological changes have transformed organizations into an environment where conditions for employees change, uncertainties prevail and a work-life is disconnected from spirituality. The changing working conditions of 21st-century businesses cause the most valuable element, human resources, to seek spirituality in their work life and these individuals to question the meaning of their work. The concept of spiritual leadership, which has entered the literature with the effect of workplace spirituality and positive psychology, reveals leadership approaches that can affect employees' search for meaning. The pressure that modern working life creates on employees, their motivation decreases, and their search for the meaning of their work will affect their ontological well-being and lead to the emergence of unhealthy and inefficient businesses. The spiritual leadership approach, which includes spiritual values, is thought to meet employees' expectations regarding their ontological well-being and their search for the meaning of work in modern business life. In this context, the main purpose of the research is to determine whether the meaning of work has a mediating role in the effect of spiritual leadership on the ontological well-being of employees in businesses. In the study, data were collected from healthcare workers (n=392) in a hospital operating in Istanbul. The data obtained by applying the quantitative research method patterned with the relational screening method under the guidance of the general screening model were analyzed with SPSS 25 and AMOS 24 programs. As a result of the research, the mediating role of the job's meaningfulness in the effect of spiritual leadership on the ontological well-being of the employee was determined.

**Keywords:** Spirituality, Spiritual Leadership, Ontological Well-Being, Meaning of Work.

### ARTICLE INFO

\* Assoc. Prof. Dr., Doğuş University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Department of Management Information Systems, saltan@dogus.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-0264-0821>

\*\* Assoc. Prof. Dr., Bolu Abant İzzet Baysal University, Faculty of Communication, Department of Visual Communication Design, ahmeterdem@ibu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0003-4573-8415>

Received: 24.09.2024

Accepted: 27.01.2025

### Cite This Paper:

Altan, S., & Erdem, A. T. (2025). Spiritüel liderliğin ontolojik iyi oluşa etkisinde işin anlamlılığının aracılık rolü: sağlık sektöründe bir araştırma. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 31-50. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1555317>

## I. GİRİŞ

İşletmelerin performanslarını artırabilmelerinin dolayısıyla varlıklarını sürdürebilmelerinin temelinde pozitif psikoloji prensiplerinin olduğu düşünülmektedir. Pozitif psikoloji, işletme içerisinde üretken dinamiklerinin oluşmasını sağlayabilmektedir. Spiritüel liderlik, pozitif psikoloji akımından etkilenerek geliştirilen bir kavram olmakla birlikte işyeri ruhsallığını sağlamada ve işyerinde karşılaşılan problemleri çözmeye farklı bir bakış açısı sunmaktadır. Günümüz işletmelerinde bireyin manevi ihtiyaçlarına, içsel değerlerine odaklanmanın bireyin iş yaşantısında ruhsal tatminine, ontolojik iyi oluşuna olumlu etkileri olacağı açıktır. Bu doğrultuda spiritüelliğin, hayatın anlam ve amacını araştıran, bireyin özüne ve olumlu ruhsal özelliklerine ulaşmaya yönelik (Coma, 2007; Fry, 2003) bir olgu olduğu vurgulanmaktadır. Spiritüel lider ise takipçilerinin günümüz koşullarında başarılı olmalarında önemi giderek artan değer kavramının bilincinde olarak çalışanların geleceğe yönelik umutlu ve inançlı olmalarına destek olmaktadır.

Bireyin ontolojik iyi oluşu; kendisiyle olan uyumunda yaptığı işin anlam içermesi, geleceğe yönelik umut taşıması ve kişiye özgü tarz geliştirdiğine olan inancıyla diğer insanlarla bağlantılar oluşturabilmesi anlamına gelmektedir (Ece, 2023). Bu bağlamıyla ontolojik iyi oluş, bireyin duygusal, bilişsel ve çevresel faktörlerle olan uyumunu vurgulamaktadır (Şimşek ve Kocayörük, 2013). Bu çerçevede günümüz örgüt çalışanlarının maneviyat ihtiyaçlarına hitap eden ve bu ihtiyaçları karşılayan bir kavram olarak spiritüel liderliğe gereksinim duyulması kaçınılmazdır.

Araştırma kapsamında spiritüel liderliğin bireyin ontolojik iyi oluşuna etkisi ve bu etki üzerinde işin anlamının aracılık rolü araştırılmıştır. Bu doğrultuda araştırmanın temel amacı spiritüel liderlik, ontolojik iyi oluş ve işin anlamlılığı kavramlarının etkileşimlerinin belirlenmesidir. Araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmanın temel sorusu “*spiritüel liderliğin ontolojik iyi oluşa etkisinde işin anlamlılığının aracı rolü var mıdır*” olarak ifade edilmiştir. Araştırma sorusunun cevaplanabilmesi amacıyla gerekli olan veri, İstanbul’da özel bir hastanede görev yapmakta olan hemşire, sağlık teknikeri, hasta bakıcı ve diğer sağlık çalışanlarından anket yoluyla elde edilmiştir. Araştırma kapsamında sağlık çalışanları örnekleminde veri elde edilmesinin temel nedeni sağlık çalışanlarının insan hayatını önemli noktada etkileyecek işler yapmaları ve bu işleri olumlu örgütsel duygularla yapmalarının gerekliliğidir. Adil ve anlayışlı iyi bir lider yönetiminde çalışan sağlık çalışanlarının iyi oluş algıları artacağı ve bu durumun da bu bireylerin işlerini sevmelerine neden olabileceği düşüncesiyle sağlık çalışanları örnekleminde veri toplanmıştır.

## II. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

### 2.1. Spiritüel (Ruhsal) Liderlik

Geçmişten günümüze kadar olan liderlik yaklaşımları, teknolojik gelişmeler, iş dünyasının değişimi ve çalışanın değişen ihtiyaçları doğrultusunda farklılaşmıştır. Küreselleşmeyle birlikte hızla değişen insan ihtiyaçları ve iş yaşamındaki belirsizlik, güvensizlik, gerginlik ve mutsuzluk oranlarının artmasıyla çalışanın ihmal edilen ruhsal (manevi) ihtiyaçları; farklı iş ortamlarının, yeni liderlik yaklaşımlarının ve yönetimde yeni arayışların kapılarını aralamıştır (Subhaktiyasa vd., 2023; Khaddam vd., 2023). Geleneksel ve bürokratik örgütsel liderlik anlayışı çalışanların farklılaşmış ihtiyaçlarını giderme konusunda yetersiz olunca spiritüel liderlik anlayışı, karşılaşılan iş ortamı problemlerini çözmeye yönetim bilimcilerin dikkatini çekmiştir (Chen ve Yang, 2012; Gümüşsoy, 2020; Hunsaker, 2022; Vedula ve Agrawal, 2024). Spiritüel liderlik ile diğer liderlik teorileri arasında yapılan karşılaştırmalar sonucunda, diğer liderlik teorilerinde takipçilerin içsel değerler sistemiyle ilişkili ihtiyaçlarına yeterince odaklanılmadığı ve içsel motivasyon ile örgütsel sonuçlar arasındaki ilişkinin net olarak açıklanmadığı tespit edilmiştir (Baykal, 2021; Pandia vd., 2023).

Spiritüelite kavramının oldukça soyut ve bireysel doğası gereği literatürde tam olarak fikir birliğinin bulunduğu bir tanım bulunmamasıyla birlikte bazı örtüşen noktaların olduğu görülebilmektedir. Kavramın ortak noktasındaki düşünce; bireyin kendi özüne ulaşması, bireyin kendi özellikleriyle ve başkalarıyla kurduğu ilişkiler üzerinden hayatın anlamını sorgulaması şeklinde

vurgulanmaktadır. Spiritüel liderlik teorisinin mimarı Fry (2003) spiritüelite (ruhsallık) için, kişinin inandığı ilke ve canlandırıcı güç olarak insan ruhunun olumlu özellikleri içerisinde sayılabilecek; kendisine ve çevresine mutluluk, sevgi, merhamet, sabır, hoşgörü, affedicilik, şükran duyma ve uyumluluk gibi kavramların varlığını içeren bir olgu olduğunu ifade etmektedir.

Bu çerçevede yeni yaklaşım ve süreçlere bağlı olarak ortaya çıkan spiritüel (ruhsal) liderlik kuramı pozitif liderlik kuramı üzerine kurulmuştur. Pozitif psikolojik sermaye, ruhsal liderlik içsel motivasyon kavramlarını temel alarak geliştirilmiştir (Avolio ve Gardner, 2005). İçsel motivasyon; manevi zenginliği içermektedir (Polat ve Tülübaş, 2013; Gunawan ve Adha, 2021). Spiritüel liderin, çalışanlara istenilen örgütsel çıktılar elde etmeleri için gerekli motivasyonu sağlayan, umut ve inanç aşılayan, vizyoner, uyumlu ve işbirlikçi bir yapıya sahip olduğu belirtilmektedir (Yusof ve Mohamad, 2014). Maneviyatın değer gördüğü bir örgütte; ortak belirlenen vizyon ve hedeflerin çalışanlar için içsel anlam yaratarak çalışanların gelişimine katkı sağlandığına olan inanç; çalışanları yetkilendirerek fikirlerini ifade etme olanağı sunmaktadır (Chen ve Yang, 2012; Li vd., 2023). Dolayısıyla liderlerin tutumları, değerleri ve inançlarının örgütsel çıktılar üzerine etkilerinin çalışanların manevi yaşama olan ihtiyaçlarını dikkate alarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (Çimen ve Karadağ, 2019; Zou vd., 2020).

## 2.2. Ontolojik İyi Oluş

Ontolojik iyi oluş, bireyin yaşamının; geçmiş, gelecek ve şimdi bağlamında bir proje olarak ele alınan bir değerlendirilmesi olduğu ifade edilmektedir (Şimşek, 2009). Ontolojik iyi oluş kavramı, pozitif psikolojinin önemli kavramlarından biri olan kişinin yaşamına ilişkin duygusal ve bilişsel değerlendirmesi olarak belirtilen öznel iyi oluş kavramından farklı ve ona alternatif olarak kabul edilmektedir (Gyrard vd., 2024; Çakın ve AlMajdawali, 2024). Öznel iyi oluş, olumlu duygu, olumsuz duygu ve yaşam doyumu bileşenlerinden oluşmaktadır (Diener, 1984). İyi oluş, iyi hissetmek, mutlu olmak, bireyin yaşamaktan zevk alması durumu gibi kavramlarla ilişkilendirilmekle birlikte bireyin olumsuz etkilendiği olumsuz duygu durumlarından da kaçınma olarak ifade edilmektedir (Marciano vd., 2024). Ontolojik iyi oluş, öznel iyi oluşun bir yapısı olup bireyin yaşamının geçmişini, bugünü ve geleceğini ayrı ayrı değerlendirmesini içerir. Yaşamını bilişsel ve duygusal olarak bir anlatı perspektifiyle bir bütün olarak değerlendirmesini içermekle birlikte ontolojik iyi oluş, öznel iyi oluşun hedonik ve ödemonik unsurlarını tek bir kavramda keşfetmeye olanak tanınan bir durum olarak da ifade edilebilir (Ergün ve Satıcı, 2024).

Bireysel varoluşunda anlam veya amaç arayan her insan yaşamının iyi oluş değerlendirmesini yapmaktadır (McAdams 2001; Smith, 2023). Birey iyi oluş değerlendirmesini; kendi hayat projesinde tamamlanmış (geçmiş), devam eden (şimdi) ve olası (gelecek) duygusal çıkarımları dikkate alarak inşa etmektedir. Her bireyin bir yaşam projesi olduğu varsayılmaktadır (Staudinger, 2001; Shmotkin 2005; Akcan vd., 2023; Yücel ve Dinçer, 2024). Bu bağlamda bireyin iyi oluş değerlendirmesi yaşam projesi bağlamında yorumlanarak ontolojik iyi oluş kavramının çerçevesi oluşturulmuştur. “Ontolojik iyi-oluş” kavramının dinamikleri içerisinde; geçmişe dair pişmanlık veya memnuniyet, geleceğe yönelik anlamsızlık veya umut, bugüne ilişkin edilgenlik veya aktivasyon/harekete geçme gibi kavramlar bulunmaktadır (Kocayörük vd., 2018; Kaba, 2020; Kortetmäki vd., 2024).

## 2.3. İşin Anlamı

Günümüzde çalışma eyleminin, bireylerin hayatı anlamlandırmaları ve bu anlamın kavranışı adına önemli olduğu bilinmektedir (Marx, 2005). Örgütsel davranış literatüründe işin anlamı üzerine yapılmış araştırmalarda, iş deneyimlerinin ve etkileşimlerinin psikolojik bir bakış açısı ile irdelendiği görülmektedir (Brief ve Nord, 1990; Baumeister, 1991; Wrzesniewski vd., 2003; Buchanan vd., 2024). Bu psikolojik bakış açısı, bireylere göre farklı anlam kaynaklarının oluştuğunu vurgulamaktadır.

İşin anlamlılığı ile ilgili yapılan akademik araştırmalarda; iş ortamının verimliliğinin, işin anlamlılığının ön şartı olduğu belirtilmektedir (Hackman ve Oldham, 1976; Baykal, 2018). “İşin anlamının”; genel inançlar, değerler ve işle ilgili tutumlar (Brief ve Nord, 1990; Nord vd., 1990;

Roberson, 1990; Ros vd., 1999; Natland vd., 2024), işin kişisel deneyimi ve işin önemi (Wrzesniewski vd., 2003; Petrou vd., 2024) şeklinde bir dizi farklı potansiyel anlam kaynağıyla açıklandığı görülmektedir. Araştırmalar gerek bireysel gerekse örgütsel değerlere uzanan çok çeşitli faktörün işin anlamlılığını etkilediğini göstermektedir.

Literatüre bakıldığında işte anlamlılığın dört ana kaynağının; benlik, diğerleri, iş ortamı, manevi (ruhsal) yaşam olduğu görülmektedir. İşin anlamlılığının itici gücü olarak temel mekanizmaları; özgünlük, öz yeterlilik, özsaygı, amaç, aidiyet, aşkınlık ile kültürel ve kişilerarası sezgi yeteneği olmak üzere yedi bileşenden oluşmaktadır (Rosso vd., 2010). İşin anlamlılığına dair, literatürde genellikle odaklanılan üç farklı boyut; bireylerin işlerine atfettikleri önem, bütüncül bir bakış açısıyla bakmasını sağlayacak amaç ve varoluşsal açıdan bireyin kendisindeki farkındalığı artırması yani kendini gerçekleştirme olarak ifade edilmektedir (Morelli vd., 2015). İşin anlamlılığı; bireyin işini varoluşsal değerleriyle uyumlu olarak nitelendirmesi, önemli ve değerli görmesi ya da işini kendini gerçekleştirme değer olarak gördüğü amaçlarına ulaşması yönündeki bir araç şeklinde algılaması durumu olarak da belirtilmektedir (Allan vd., 2018; Smith, 2021). İşin anlamlılığı; işin, bireyin yaşam anlamlılığına pozitif katkı sağlarken bireyin aynı zamanda işinden haz duyması şeklinde açıklanabilmektedir (Rosso vd., 2010; Brunoro vd., 2020). Bireyin yaşama bakışında ve tutumlarında çalışma amaçlarının etki ve önem derecesi de işin anlamlılığını göstermektedir (Lips-Wiersma ve Morris, 2009; Sarıçam ve Yaman, 2015; Göransson vd., 2022). İşin anlamının; bireyin işin amacından ne anladığı ya da işi yaparken neyi başardığına olan inancı ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Wrzesniewski ve Dutton, 2001). Örgütsel deneyimin önemli bir parçası olduğu düşünülen işin anlamlılığı, çalışanların yaptıklarına ve yaptıklarının önemine ilişkin kavrayışları olarak irdelenmektedir (Özkan, 2017; David ve Iliescu, 2022).

#### **2.4. Spiritüel (Ruhsal) Liderlik, İşin Anlamlılığı ve Ontolojik İyi Oluş İlişkileri**

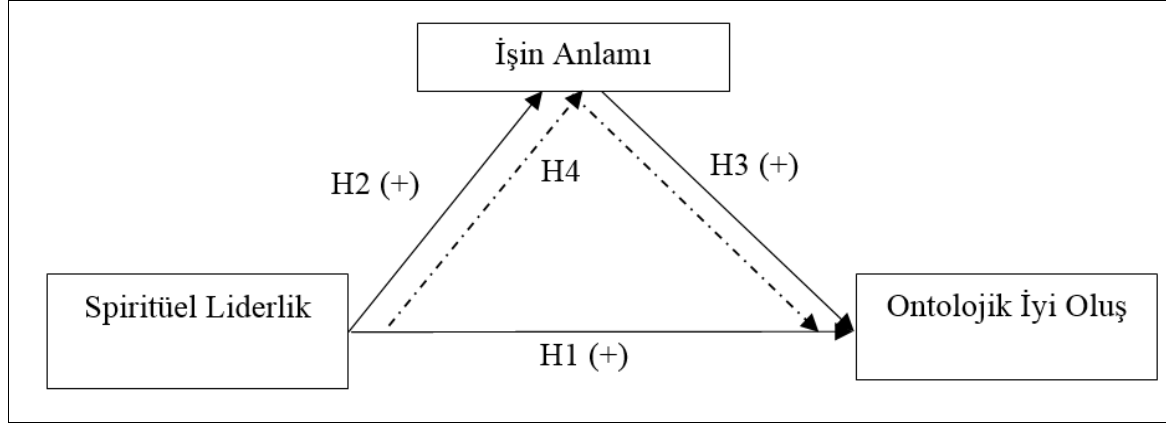
İşin anlamlılığı çalışanların psikolojik olarak kendilerini iyi hissetmelerine ve işletme açısından da istenilen çalışan profilinin ortaya çıkmasına zemin hazırlamaktadır. Örgüt ortamında yaptıkları işe yükledikleri değer ve anlam ile daha yüksek düzeyde tatmin sağlayanların, işlerini anlamlı bulan çalışanlar olduğu belirtilmektedir (Steger vd., 2012). Dolayısıyla, işlerini anlamlı bulan çalışanların, işlerine yükledikleri yüksek düzeydeki değer ve önem ile daha çok tatmin sağladıkları görülmektedir (Steger vd., 2012; Zeyen ve Branzei, 2023). Bu durum işletmeler açısından değerlendirildiğinde; iş tatmini yüksek çalışanların daha çok karşılıksız mesai yapma eğiliminde olduğu (Wrzesniewski vd., 1997), ayrıca bu durumun örgüt içerisinde yapılan takım çalışmalarına da katkı sağladığı ifade edilmektedir (Dik vd., 2008; Uzunbacak ve Akçakanat, 2018).

İşin anlamlı hale gelmesiyle iş yaşamı ve performansı açısından giderek önemli hale gelirken literatürde işin anlamlı hale gelmesini sağlayan iş özellikleri; iş toplumsal faydası, iş ahlakına uygunluğu, öğrenme ve kariyer gelişimindeki süreklilik, otonomi, iş ilişkilerinin kalitesi, bireyi psikolojik açıdan motive eden takdir edilme ve ödüllendirme sistemi ve fiziksel açıdan bireyi olumlu etkilemesi şeklinde sıralanabilmektedir (Morin, 2008; Chamani vd., 2023; Koole, 2024). Wrzesniewski ve Dutton (2001), işin anlamlılığını etkileyen ve işine anlam yüklemesine destek olan üç önemli unsurun; iş ortamı, kişilik ve sosyal ortam faktörleri olduğunu ifade etmektedir. İşin anlam kaynaklarının ve performans ilişkisinin akademisyenlik mesleği üzerinde araştırıldığı bir çalışmada; işini hayatının anlamı olarak gören akademisyenlerin performanslarının daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Erdem, 2013; Alparslan vd., 2021; Pambudi vd., 2024). Dolayısıyla, işi ile ilgili gereken yetkinliklere ve işi üzerinde etkiye sahip yaptığı işi anlamlı bulan çalışanların, bu algıya sahip olmayan bireylere göre daha yüksek performans düzeyine ulaşacakları ifade edilmektedir (Sigler ve Pearson, 2000). Bu bağlamda, bireyin işinde sahip olduğu yeteneklerine olan inancı ve bireysel kapasitesi açısından değerlendirildiğinde; sürekli yeteneklerini geliştirme arzusuyla ve içsel motivasyonla belirlediği hayat amaçlarına ulaşma isteğinde olmasının önemi de vurgulanmaktadır. Ontolojik kişiliğe sahip bireylerin motive olma konusunda dışsal bir motive edici araca ihtiyaç duymadan ideal deneyim yaşamak adına yaptıkları işten keyif alarak sadece sürece odaklanarak akış deneyimi yaşadıkları görülmektedir (Shevchenko vd., 2020). Dolayısıyla bu kişiler hem yeteneklerini

geliştirip kendilerini iyi hissetmekte hem de gelecek için daha zorlu amaçlar belirlemektedirler (Güler vd., 2020; Csikszentmihalyi vd., 2017).

Araştırma kapsamında spiritüel liderlik, ontolojik iyi oluş ve işin anlamı değişkenlerine yönelik olarak araştırmanın işi üzerinde etkiye modeli Şekil 1’de gösterilmektedir.

### Şekil 1. Araştırma Modeli



Şekil 1’de görüleceği üzere araştırma hipotezleri aşağıda belirtilmektedir.

- H<sub>1</sub>. Spiritüel liderliğin ontolojik iyi oluş üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisi vardır.
- H<sub>2</sub>. Spiritüel liderliğin işin anlamlılığı üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisi vardır.
- H<sub>3</sub>. İşin anlamının ontolojik iyi oluş üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisi vardır.
- H<sub>4</sub>. Spiritüel liderliğin ontolojik iyi oluşta etkisinde işin anlamlılığı aracı rol oynamaktadır.

## III. YÖNTEM

Bilimsel bir araştırmada araştırmanın konusu ve araştırma sorusunun belirlenmesi akabinde sistematik bir süreç halinde araştırma modeli oluşturularak araştırma modeli belirlenmeli ve akabinde hipotezlerin geliştirilmesi gerekmektedir (Tutar ve Erdem, 2022: 71). Araştırma sürecinde genel tarama modeli süreci gerçekleştirilmiş ve ilişkisel tarama yöntemi kullanılarak nicel araştırma yöntemi uygulanmıştır.

### 3.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini İstanbul’da sağlık sektöründe faaliyet göstermekte olan bir hastane oluşturmaktadır. Araştırma verisinin elde edildiği ilgili hastaneden alınan bilgiye göre toplam 413 sağlık çalışanı bulunmaktadır ki bu sayı araştırma evrenini oluşturmaktadır. Araştırma evreninden tesadüfi olmayan yöntem ile örneklem elde edilmiştir. Tesadüfi olmayan örnekleme yöntemi, araştırmacının bütün evreni incelediğinde ana kütleyle tam olarak gösteren bir listeyi bulması akabinde bu listenin tümüne ulaşmayı hedeflemesi suretiyle yapılan ve evreni temsil etme olasılığı çok yüksek olan örneklem elde etme işlemidir (Tutar ve Erdem, 2022: 266). Örneklem çerçevesinde evreni temsil eden tesadüfi olmadan 392 anket formu elde edilmiş ve bu formların tümü analiz kapsamında ele alınmıştır. Örneklemde evreni temsil etme oranı  $n/N \times 100$  formülü ile test edilmiş ve sonuç olarak %94 değeriyle örneklemin yeterli düzeyde evreni temsil ettiği görülmüştür (Baş, 2013: 43; Tutar ve Erdem, 2022: 267). Araştırma verisi 10.06.2024 ile 18.06.2024 tarihinde ilgili işletmeden elde edilmiştir.

### 3.2. Veri Toplama Aracı

Araştırmada üç adet ölçek kullanılarak veri elde edilmiştir. Kullanılan birinci ölçek; Spiritüel Liderlik Ölçeğidir. Bu ölçek Fry vd. (2007) tarafından geliştirilmiş olup Gündüz (2014) tarafından

Türkçeye uyarlanmış ve 20 ifadeden uyarlanan ölçek kullanılmıştır. Araştırmanın ikinci ölçeği olan Ontolojik İyi Oluş Ölçeğini ise Şimşek ve Kocayörük (2013) geliştirmiştir. Ontolojik İyi Oluş Ölçeği 24 maddeden oluşmaktadır. Araştırmada kullanılan üçüncü ölçek ise İşin Anlamlılığı Ölçeğidir. Bu ölçek Bunderson ve Thompson (2009) tarafından geliştirilmiş olup ölçeğin 5 maddesi bulunmaktadır.

#### IV. BULGULAR

##### 4.1. Geçerlilik ve Güvenirlik

Araştırmada kullanılan ölçeklerin yapı güvenirlüklerinin belirlenebilmesi için Alpha katsayısına bakılmıştır. Spiritüel liderlik ölçeğine yönelik alfa katsayısı 0,87, ontolojik iyi oluş ölçeği için 0,85 ve işin anlamlılığı ölçeği alfa değeri 0,90 olarak tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgular ışığında ölçek ifadelerinin güvenilir bir ölçüm yaptığı sonucuna ulaşılmıştır. Akabinde araştırma verilerine açıklayıcı faktör analizi uygulanmıştır. Tablo 1’de spiritüel liderlik ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi sonuçları belirtilmektedir.

**Tablo 1. Spiritüel Liderlik Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları**

Spiritüel Liderlik İfadeleri	Döndürülmüş Bileşen Matris Değerleri (Sırah ve 0,50'nin altı değerler kaldırılmıştır)				
	1	2	3	4	5
SL18	0,879				
SL17	0,735				
SL16	0,637				
SL12	0,531				
SL4		0,719			
SL9		0,635			
SL10		0,586			
SL1			0,793		
SL6			0,671		
SL7			0,603		
SL14			0,574		
SL19			0,577		
SL8				0,854	
SL15				0,653	
SL3				0,526	
SL2				0,511	
SL5				0,504	
SL13					0,798
SL21					0,711
SL11					0,649
SL20					0,599
Özdeğer	3,261	2,157	3,964	3,184	3,266
Açıklanan Varyans	44,218	17,754	10,803	8,577	4,068
Açıklanan Toplam Varyans	85,420				
Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterlilik ölçüsü	0,871				
Bartlett's test of sphericity	Approx. Chi-Square		2617,563		
	df		89		
	Sig.		0,000		

Tablo 1’e göre çalışma kapsamında spiritüel liderlik faktörlerini belirlemek amacıyla hazırlanan ifadeler verilen cevaplar faktör analizine tabi tutulmuştur. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu

gösteren Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0,871 olarak tespit edilmiş, Bartlett değeri anlamlı olarak belirlenmiş ( $P=0,00$ ) ve soru setinin faktör analizine uygun olduğu görülmüştür. 20 faktör tespit edilmiştir. Özdeğer değerleri 1 ve üstü olan bileşenler dikkate alınmış ve beş farklı faktör bileşeni olduğu görülmüştür. Birinci bileşenin 3,261 özdeğer değeri aldığı ve toplam varyansın %44,218'ini açıkladığı; ikinci bileşenin 2,157 özdeğer değeri aldığı ve toplam varyansın %17,754'ünü açıkladığı, üçüncü bileşenin 3,964 özdeğer değeri aldığı ve toplam varyansın %10,803'ünü, dördüncü bileşenin 3,184 özdeğer değeri aldığı ve toplam varyansın %8,577'sini ve beşinci bileşenin 3,266 özdeğer değeri aldığı ve toplam varyansın %4,068'ini açıkladığı görülmüştür. Bu beş farklı faktör bileşeni toplam varyansın %85,420'sini açıklamaktadır. Tablo 2'de ontolojik iyi oluş ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi sonuçları belirtilmektedir.

**Tablo 2. Ontolojik İyi Oluş Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları**

İşin Anlamlılığı İfadeleri	Döndürülmüş Bileşen Matris Değerleri (Sıralı ve 0.50'nin altı değerler kaldırılmıştır)			
	1	2	3	4
OİO4	0,724			
OİO3	0,711			
OİO1	0,644			
OİO5	0,621			
OİO8	0,563			
OİO6		0,759		
OİO7		0,703		
OİO2		0,685		
OİO13		0,632		
OİO9		0,594		
OİO11		0,526		
OİO10			0,835	
OİO12			0,752	
OİO20			0,694	
OİO16			0,662	
OİO14			0,581	
OİO17			0,549	
OİO15			0,527	
OİO23				0,718
OİO18				0,673
OİO22				0,639
OİO19				0,572
OİO24				0,533
OİO21				0,517
<b>Özdeğer</b>	3,641	3,719	3,547	3,523
<b>Açıklanan Varyans</b>	51,193	21,614	10,262	6,105
<b>Açıklanan Toplam Varyans</b>	89,174			
<b>Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterlilik ölçüsü</b>		0,851		
<b>Bartlett's test of sphericity</b>	<b>Approx. Chi-Square</b>		2709,173	
	<b>df</b>		94	
	<b>Sig.</b>		0,000	

Tablo 2'ye göre çalışma kapsamında ontolojik iyi oluş ölçeği faktörlerini belirlemek amacıyla hazırlanan ifadeler verilen cevaplar faktör analizine tabi tutulmuştur. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu gösteren Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0,851 olarak tespit edilmiş, Bartlett değeri anlamlı olarak belirlenmiş ( $P=0,00$ ) ve soru setinin faktör analizine uygun olduğu görülmüştür. 24 faktör tespit edilmiştir. Özdeğer değerleri 1 ve üstü olan bileşenler dikkate alınmış ve dört farklı faktör bileşeni olduğu görülmüştür. Birinci bileşenin 3,641 özdeğer değeri aldığı ve toplam varyansın %51,193'ünü açıkladığı; ikinci bileşenin 3,719 özdeğer değeri aldığı ve toplam varyansın %21,614'ünü açıkladığı, üçüncü bileşenin 3,547 özdeğer değeri aldığı ve toplam varyansın %10,262'sini ve dördüncü bileşenin 3,523 özdeğer değeri aldığı ve toplam varyansın %6,105'ini açıkladığı görülmüştür. Bu dört farklı faktör bileşeni toplam varyansın %89,174'ünü açıklamaktadır. Son olarak Tablo 3'te işin anlamlılığı ölçeğine ilişkin açıklayıcı faktör analizi sonuçları belirtilmektedir.

**Tablo 3. İşin Anlamlılığı Ölçeği Açıklayıcı Faktör Analizi Bulguları**

Ontolojik İyi Oluş İfadeleri	Döndürülmüş Bileşen Matris Değerleri (Sıralı ve 0.50'nin altı değerler kaldırılmıştır)	
	<b>1</b>	
İA3	0,913	
İA2	0,842	
İA4	0,807	
İA1	0,773	
İA5	0,731	
<b>Özdeğer</b>	6,561	
<b>Açıklanan Varyans</b>	71,634	
<b>Açıklanan Toplam Varyans</b>	71,634	
<b>Kaiser-Meyer-Olkin örneklem yeterlilik ölçüsü</b>	0,846	
<b>Bartlett's test of sphericity</b>	<b>Approx. Chi-Square</b>	4317,261
	<b>df</b>	41
	<b>Sig.</b>	0,000

Tablo 3'e göre çalışma kapsamında işin anlamlılığı ölçeği faktörlerini belirlemek amacıyla hazırlanan ifadeler verilen cevaplar faktör analizine tabi tutulmuştur. Veri setinin faktör analizine uygunluğunu gösteren Kaiser-Meyer-Olkin katsayısı 0,846 olarak tespit edilmiş, Bartlett değeri anlamlı olarak belirlenmiş ( $P=0,00$ ) ve soru setinin faktör analizine uygun olduğu görülmüştür. 24 faktör tespit edilmiştir. Özdeğer değerleri 1 ve üstü olan bileşenler dikkate alınmış ve tek faktör bileşeni olduğu görülmüştür. Birinci bileşenin 6,561 özdeğer değeri aldığı ve toplam varyansın %71,634'ünü açıkladığı görülmüştür. Bu tek faktör bileşen toplam varyansın %71,634'ünü açıklamaktadır. Araştırma maddelerinin geçerliliklerinin analizi kapsamında açıklayıcı faktör analizi kapsamında 0,5'in altında olan hiçbir ifade olmadığı için hiçbir soru ifadesi atılmamıştır.

Açıklayıcı faktör analizinden sonra doğrulayıcı faktör analizi (DFA) uygulaması yapılmış olup, doğrulayıcı faktör analizi bulgularında Spiritüel liderlik ölçeğinin 2. 5. ve 12. maddelerine yönelik standartlaştırılmış faktör yükleri düşük olarak belirlenmiş ve analiz kapsamında atılmıştır. Daha sonra tekrar aynı analiz yapılmış ve elde edilen bulgular ile tek faktörlü model analizi ile elde edilen sonuçlar karşılaştırılmıştır (Tablo 4).



**Tablo 4. Model-Veri Uyum Değerleri**

	X <sup>2</sup>	ΔX <sup>2</sup>	SD	X <sup>2</sup> /df	GFI	NFI	CFI	TLI	RMSEA
<b>Tek faktörlü model</b>	2012,11	-	251	8,01	0,501	0,512	0,508	0,509	0,136
<b>Araştırma modeli</b> p<0,01	542,12	1469,99	236	2,29	0,903	0,909	0,904	0,904	0,051

\***RMSEA (Root mean square error of approximation)**; 0,08 altında iyi bir model kabul edilir (Schermelleh-Engel vd., 2003; Schumacker ve Lomax, 2004).

**χ<sup>2</sup>/SD (Relative Ki-Kare)**; 5'ten küçük arasında olmalıdır (Schermelleh-Engel vd., 2003; Schumacker ve Lomax, 2004)

**GFI (Goodness of fit index)**; 0,850'den yüksek olması beklenir (Schermelleh-Engel vd., 2003; Schumacker ve Lomax, 2004).

**NFI (Normated fit index)**; 0,90'dan yüksek olması beklenir (Schermelleh-Engel vd., 2003; Schumacker ve Lomax, 2004).

**CFI (Comperative fit index)**; 0,90'dan yüksek olması beklenir (Schermelleh-Engel vd., 2003; Schumacker ve Lomax, 2004)

**TLI (Tucker-Lewis indeksi)**; 0,90'dan yüksek olması beklenir (Schermelleh-Engel vd., 2003; Schumacker ve Lomax, 2004)

Tablo 4'te görüleceği üzere doğrulayıcı faktör analizi bulgularında araştırma 3 ölçek modeline göre kurgulanarak test edilmiştir. Araştırma modeline yönelik  $\chi^2$ /SD, CFI, RMSEA, TLI, NFI ve GFI uyum değerleri kapsamında elde edilen araştırma modelinin iyi uyum geçerliliği gösterdiği belirlenmiştir. Araştırma modeline göre  $\chi^2$  değerinin p<0.01 olması nedeniyle anlamlı olduğu belirlenmiştir. Diğer yandan  $\chi^2$ /SD sonucu 2,29 olarak belirlenmiş bu değer 5'in altında bulunması sonucunda araştırma modelinin geçerli bir uyum sağladığı belirlenmiştir. Araştırma modellerine yönelik uyum analiz değerlerine bakıldığında GFI = 0,903, CFI = 0,909, RMSEA = 0,051, NFI = 0,909 ve TLI = 0,904 olarak belirlenmiş olup bu değerlerin model uyumunu elde ettiği tespit edilmiştir. Buna ek olarak tek faktörlü araştırma modeli ile üç faktörlü araştırma modeli karşılaştırılmasında  $\chi^2$  değerlerine Ki Kare Testi analizi yöntemi uygulanarak tek faktörlü analiz ile 3 faktörlü analiz arasındaki farkın yüksek olduğu görülmüştür. Bu farkın yüksek olması ile araştırma modelinde ortak yöntem sapmasının olmadığı görülmüştür (MacKenzie ve Podsakoff, 2012). Bilimsel bir araştırmada ölçek maddelerine yönelik faktör yüklerinin 0,5'ten yüksek olması o ölçeğin ölçme yeterliliğini sağladığını göstermektedir (Hair vd., 2006). Bu çerçevede araştırma ile ilgili ölçek maddelerinin standartlaştırılmış faktör yükleri 0,5'ten yüksektir. Ayrıca, faktör yüklerine yönelik parametrik değerlemeye yönelik işlemde t değerlerinin 8,28 ile 13,27 arasında olduğu belirlenmiş olup bu değerlere göre araştırma modelinin geçerli olduğu söylenebilir (Hair Jr vd., 2010). Tablo 5'te değişkenlere yönelik ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri belirtilmektedir.

**Tablo 5. Değişkenlere Ait Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon Değerleri**

	Ort.	S.S	CR(t)	AVE	1	2	3
<b>Spiritüel Liderlik</b>	3,32	1,066	0,937	0,703	-		
<b>Ontolojik İyi Oluş</b>	3,41	1,002	0,914	0,716	0,612**	-	
<b>İşin Anlamlılığı</b>	3,13	1,014	0,908	0,705	0,562**	0,427**	-

Not: SH, standart hata; \*\*0,01 düzeyinde anlamlıdır (çift-yönlü)

Tablo 5'e göre araştırmada sürecinde elde edilen modelin ölçeklerin alt boyutlarının uyumuna ilişkin ayırt edici iraksama ve yakınsama geçerlilik uygulaması yapılmıştır. Fornell ve Larcker'e göre (1981) bilimsel bir araştırmanın analizinde yakınsama geçerliliğinin belirlenebilmesi amacıyla doğrulayıcı faktör analizi yapılır ve AVE değerlerine bakılır, akabinde bu varyans değerinin 0,5'in üzerinde bulunmak beklenir. Bu araştırma sürecinde modelin üç alt boyutunun AVE değerlerine bakıldığında 0,5 sayısından yüksek bir değer bulunmuştur (Tablo 2). Diğer yandan ayırt edici geçerlilik analizinde araştırma ölçeklerine yönelik korelasyon analizi yapılması gerektiğini ifade eden Kline (2014)'a göre ölçeklerin ortalamalarının alınması ve akabinde korelasyon yapılmasıyla 0,80'den düşük değerleri bulunması, yapı güvenilirliğinin (CR) 0,70'ten yüksek olması beklenmelidir. Araştırma ölçeklerinin üçünün de kendi aralarındaki korelasyon analizinde yapı güvenilirliklerinin (CR), 0,70'ten yüksek olduğu görülürken, korelasyon değerlerinin de 0,80'den düşük olduğunun belirlenmesi ile araştırma modeli ve ölçeklerin yapı geçerliliklerini sağladıkları söylenebilir (Fornell ve Larcker, 1981;

Herr ve Cramer, 1988). Diğer yandan araştırma ölçek ifadelerinin benzeşim geçerliliklerinin belirlenmesi amacıyla ölçek ifadelerinin açıklanan ortalama varyans (AVE) değerlerine ve birleşik güvenilirlik seviyesine (CR) bakılmıştır (Bagozzi vd., 1991). Buna göre benzeşim geçerliliğinden bahsetmek için araştırma ölçeklerinin toplam varyans değerlerinin 0,5'ten; birleşik güvenilirliğin ise 0,70'ten büyük olması gerekmektedir (Hair vd., 2010). Tablo 5'te bütün ölçek ifadelerinin birleşik güvenilirlik değerleri (CR) 0,70 ve üzerinde bulunurken benzeşim geçerliliği için AVE değerlerinin 0,50'den fazla olduğu görülmektedir. Bu bakımdan, ölçeği oluşturan bütün faktörlerin benzeşim ve birleşik geçerliliğe sahip olduğu görülmektedir. Ayrışım geçerliliğini test etmek amacıyla ölçeği oluşturan tüm maddelerin aralarındaki korelasyon analizi yapılmış ve değerler incelenmiştir. Kline (2014)'a göre farklı yapılar/faktörlere ait olduğu kabul edilen maddeler çok yüksek derecede (>0,85) korelasyon göstermemelidir. Maddeler arası korelasyon değerleri yine Tablo 5'te görüleceği üzere en az korelasyon değeri 0,42 en yüksek korelasyon değeri ise 0,61 olarak belirlenmiş olup ayrışım geçerliliğinin sağlandığı söylenebilir.

#### 4.2. Demografik Bulgular

Araştırmadaki katılımcıların eğitim düzeyi, cinsiyet, kıdem ve yaşa göre demografik bulguları aşağıdaki tabloda belirtilmektedir (Tablo 6).

**Tablo 6. Araştırmaya Katılan Kişilere İlişkin Demografik Verilerin Dağılımı (n= 392)**

Değişkenler	Sıklık (n)	Yüzde Değeri (%)	Değişkenler	Sıklık (n)	Yüzde Değeri (%)
<b>Cinsiyet</b>			<b>Medeni Durum</b>		
Kadın	127	32,3	Evli	281	71,6
Erkek	265	67,7	Bekâr	111	28,4
<b>Eğitim Durumu</b>			<b>Yaş</b>		
İlköğretim	49	13,5	18-30 yaş arası	204	52,0
Lise	159	40,5	31-40 yaş arası	143	36,5
Lisans	184	46,0	41-50 yaş arası	21	5,4
			51 yaş ve üzeri	24	6,1

Tablo 6'da görüleceği üzere katılımcıların %32,3'ü kadın, %67,7'si erkektir. Medeni durumuna göre kadınların %77,2'si evli, %22,8'i bekârdır. Eğitim durumuna göre %13,5'i ilköğretim, %40,5'i lise ve %46'sı lisans mezunu bireylerden oluşmaktadır. Yaş aralıklarına göre analizde %52'si 18-30, %36,5'i 31-40 yaş, %5,4'ü 41-50 yaş ve %6,1'i 51 yaş ve üzeri olarak belirlenmiştir.

#### 4.3. Araştırma Hipotezlerinin Test Edilmesi

Demografik bulguların akabinde hipotez testlerinin yapılma analizlerine geçilmiştir. Bu kapsamda araştırma ölçek ifadelerinin ortalamaları alınarak bu ortalamalara yapısal eşitlik modeli analizi yapılmıştır. YEM analizi AMOS programı aracılığıyla yapılmıştır. AMOS programında output bölümünde doğrudan ve dolaylı etkilere yönelik analizlerin yapılması için gerekli işaretlemeler yapılmıştır. Akabinde Şekil 2'de belirtilen modele ilişkin model oluşturularak model çalıştırılmıştır (Tablo 7).

**Tablo 7. Yapısal Eşitlik Modeli Bulguları**

Değişkenler	$\beta$	t değeri	SH	p
Spiritüel Liderlik – İşin Anlamlılığı	0,576	7,473	0,167	***
Spiritüel Liderlik – Ontolojik İyi Oluş	0,513	7,174	0,154	***
Ontolojik İyi Oluş – İşin Anlamlılığı	0,549	8,436	0,120	***

\*\*\*0,001 düzeyinde anlamlıdır (çift-yönlü)

Tablo 7'ye göre spiritüel liderliğin ontolojik iyi oluş üzerinde pozitif yönlü anlamlı bir etkisi vardır ( $\beta=,513$ ,  $t=7,174$ ,  $p<0,001$ ).  $H_1$  hipotezi desteklenmiştir. İkinci hipotezde spiritüel liderliğin işin

anamlılığı üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisinin bulunduğu görülmüştür ( $\beta=,576$ ,  $t=7,473$ ,  $p<0,001$ ).  $H_2$  hipotezi desteklenmektedir. Üçüncü hipotezde işin anlamının ontolojik iyi oluş üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisinin olduğu saptanmıştır ( $\beta =,549$ ,  $t=8,436$ ,  $p<0,001$ ).  $H_3$  hipotezi desteklenmektedir. Araştırmanın dördüncü hipotezinde işin anlamlılığının aracı etkisine ilişkin yapılan analiz yine YEM analiz ile yapılmıştır. Analizde standartlaştırılmış regresyon değerleri seçilerek doğrudan ve dolaylı etkilere bakılmıştır. İlgili değerler Tablo 8’de gösterilmektedir.

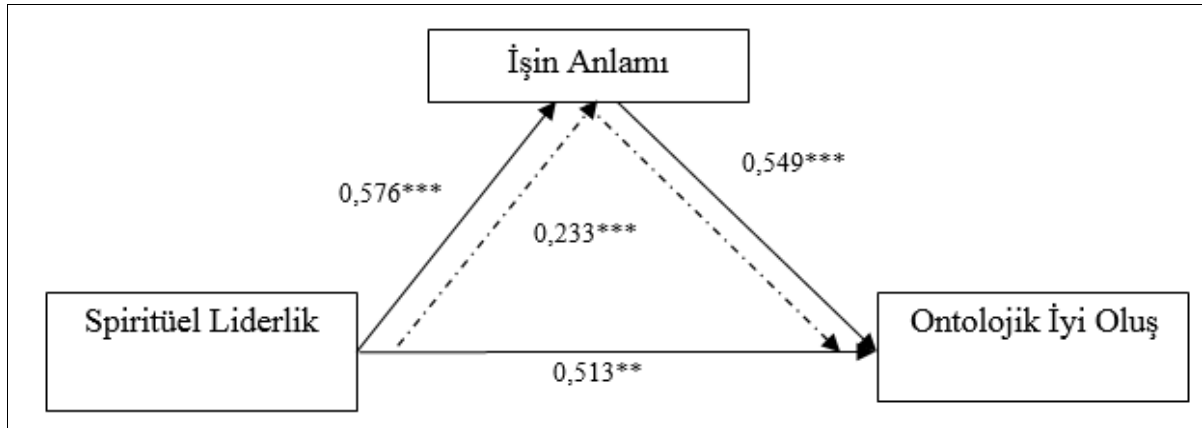
**Tablo 8. Yapısal Eşitlik Modeli Bulguları**

İşin anlamlılığı	Toplam Etki	Doğrudan Etki	Aracı Etki	Alt Sınır	Üst Sınır	p	Sonuç
Spiritüel Liderlik – Ontolojik iyi oluş	0,746	0,513	0,233	0,146	0,419	0,0002**	Aracı Etki var (kısmi) TVE: 0,312

\*\*0,01 düzeyinde anlamlıdır (çift-yönlü)

Tablo 8’e göre toplam etki %74,6, doğrudan etki %51,3 ve dolaylı etki ise %23,3 olarak belirlenmiştir. Bu bulgular doğrultusunda spiritüel liderliğin ontolojik iyi oluş üzerindeki etkisinde işin anlamlılığı aracı etkisi vardır yorumu yapılabilir ( $\beta=0,233$ ;  $p=0,002<0,01$ ). Açıklanan varyans yine aynı programın kareli çoklu korelasyon değerine bakılarak %31,3 olarak belirlenmiştir. Dolaylı etkinin toplam etkiye oranı ile elde edilen toplam varyans etkisi (Nitzl ve Hirsch, 2016; Erdem, 2021), 0,20 değerinin altında olursa aracılık etkisi olmadığı, 0,20 ile 0,80 arasında kısmi aracılık etkisi olduğu ve 0,80 üzerinde bulunması ile de tam aracılık etkisinin olduğu söylenebilir (Hair vd.,2016). Araştırma kapsamında TVE değerinin 0,312 yani %31 olarak belirlenmesi ile kısmi bir aracılık etkisinin var olduğu söylenebilir.  $H4$  hipotezi desteklenmektedir.

**Şekil 2. Araştırma Modeli Etki Değerleri**



İşin anlamlılığı aracı etkisinin olmasıyla aracı değişkene ilişkin AMOS Bootstrap analizi uygulanmıştır. Byrne’e (2001) göre bir araştırmada aracı etkinin bulunması akabinde Bootstrap analizi yapılarak örneklem hacminin hayali olarak artırılması sağlanır. Bu sayede az örneklemden alınan sonuç ile daha fazla örneklemden alınan sonucun istatistiki olarak karşılaştırılması sağlanır. Analiz sonucunda elde edilen Bootstrap değerlerine göre şayet 392 kişi yerine örneklemin bu örneklemin 10 kat artırılmasıyla yani aynı özelliğe sahip olan 3920 kişiyle aynı ölçekleri ve araştırma modeli kullanılarak anket yapılsaydı yine işin anlamlılığının aracı etkisinin olacağı belirlenecekti. Bu etki en düşük %14 en yüksek %41 olacağı belirlenmiştir.

## V. TARTIŞMA VE SONUÇ

İşletmelerde bireyden beklenen performansın önemi giderek artarken bireyin kendi kaynaklarının hem farkına varması hem de bireysel kaynaklarının doğru liderlik yaklaşımlarıyla optimum şekilde yönlendirilmesi gerekmektedir. Spiritüel liderliğin çalışanın içsel kaynaklarının yönlendirilmesinde anlamlı katkılar sağlayacağı düşünülmektedir (Baykal, 2021; Çimen ve Karadağ, 2019). Spiritüel liderliğin ontolojik iyi oluşa etkisinde işin anlamlılığının “aracı” rolünün işletme çalışanları örneğinde ele alındığı bu araştırma sürecinde, çalışanların örgüt yöneticilerini spiritüel liderlik olarak algılamalarının artmasıyla “iyi oluş” algılarının artacağı, iş ortamındaki çalışandaki ontolojik iyi oluş hali ile de çalışanların işe yükledikleri anlamın artacağı belirlenmiştir. Araştırma sürecinde bu üç olumlu örgütsel davranışın hem işletme yapısını olumlu etkileyeceği hem de örgütte olumlu bir iş ikliminin oluşabileceği savunulmaktadır.

Araştırma bulgularında yöneticilerin spiritüel liderlik davranışları sergilemeleri ile onların işlerine yükledikleri anlamlılığı güçlendiği benzer şekilde ontolojik iyi oluş halinin ise bu etkileşim sebebiyle yine olumlu yönde etkilendiği görülmektedir. Diğer yandan ontolojik iyi oluşun işin anlamlılığını güçlendirdiği de araştırma bulguları olarak belirlenmiştir. Buna ek olarak, spiritüel liderlik algısının da ontolojik iyi oluşu güçlendirdiği ve bu süreçte ontolojik iyi oluşun gizil bir değişken olduğunun bulunmasıyla bu değişkenin aracı bir işlev gördüğü belirlenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre spiritüel liderlik, ontolojik iyi oluş ve işin anlamlılığı algıları gibi olumlu örgütsel davranış konularının tıpkı ileri görev bilinci algısı, içsel güdüleme algısı, örgütsel bağlılık, iş tatmini, örgütsel vatandaşlık, örgütsel güven ve diğer örgütsel psikolojiye yönelik her tür olumlu psikolojik algıların çalışanların mesleklerine ve örgütlerine yönelik tutum ve davranışlarını olumlu yönde etkilerinin olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

İşin anlamlılığı, spiritüel liderlik ve ontolojik iyi oluş kavramlarını bütüncül olarak ele alan bir çalışmaya literatürde rastlanılamamıştır. Bu doğrultuda araştırma kapsamında özgün bir modelin ele alındığı düşünülmektedir. Araştırma bulgularının tartışılması amacıyla ilgili değişkenlerin başka değişkenlerle etkileşimleri araştırılmıştır. Bu doğrultuda Akıncı ve Ekşi (2017) öğretmenler örneğinde yaptıkları çalışmada ruhsal liderliğin öz yeterlilik algısını yordadığını belirlemişlerdir. Yıldız vd., (2022) tıp fakültesi öğrencilerine yönelik yaptıkları çalışmada ruhsal liderliğin tükenmişlik sendromunu zayıflattığını belirlemişlerdir. Arthachinda ve Charoensukmongkol, (2024) danışmanlık firmaları çalışanları örneğinde yaptıkları çalışmada spiritüel liderliğin psikolojik güvenlik iklimi ve takım yeniliği üzerinde olumlu bir etkisinin olduğunu, psikolojik güvenlik ikliminin spiritüel liderliğin ekip inovasyonu üzerindeki etkisine de aracılık ettiğini belirlemişlerdir. Literatürdeki bu bulgulara göre spiritüel liderliğin örgütte olumlu etkilerinin olduğu ve olumlu örgütsel davranışları güçlendirdiği görülmektedir. İşin anlamlılığı ve ontolojik iyi oluş hakkında literatürde de örgütleri olumlu yönde etkilediğine yönelik uzlaşının olduğu görülmektedir. Bu kapsamda, Uzunbacak ve Akçakanat’ın (2018) yaptıkları çalışmada işin anlamlı bulunmasının, çalışanların öznel zindeliklerini pozitif ve anlamlı etkilediği, çalışanların öznel zindeliklerinin de öznel mutluluklarını pozitif ve anlamlı olarak etkilediği tespit edilmiştir. Duru ve Gültekin (2021), COVID-19 sürecinde yaptıkları çalışmada ontolojik iyi oluş ile psikolojik sağlamlık ve stresle başa çıkma arasındaki etkileşimi incelemiş ve ontolojik iyi oluşun bu olumsuz örgütsel davranış konularını zayıflattığını belirlemişlerdir. Bu bulgular hem ontolojik iyi oluşun hem de işin anlamlılığının örgütlerde olumlu etkilerinin olduğu, diğer yandan olumsuz örgütsel davranışları zayıflattığını göstermesi açısından önemlidir. Yapılan literatür taramasında ontolojik iyi oluş, spiritüel liderlik ve işin anlamlılığı kavramlarının örgütleri olumlu yönde etkileyen çalışmalar olduğu, olumlu örgütsel davranışlarını güçlendirdiği görülmektedir. Bu çerçevede araştırma bulguları ile literatürün örtüştüğü belirlenmiştir.

Araştırma kapsamında yapılabilecek teorik öneriler olarak, gelecekte yapılacak araştırmalarda spiritüel liderlik, ontolojik iyi oluş ve işin anlamlılığı konularının örgütsel davranışa yönelik başka olumlu konular olan psikolojik sağlamlık, işe bağlılık, çalışan sesliliği, psikolojik güven, kariyer uyumluluğu ve kariyer iyimserliği ile çalışanların demokratik, otokratik liderlik, etik liderlik algıları ve yöneticinin güçlendirici liderlik davranışları ile karşılaştırılması tavsiye edilebilir. Diğer yandan araştırma konularının örgütsel davranışın olumsuz konuları olan ahlaki çözülme eğilimi, kariyerizm, işe yabancılaşma, üretkenlik karşıtı davranış, hizmet sabotajı, iş yükü algısı, tükenmişlik, örgütsel sessizlik, işten ayrılma niyeti, örgütsel yalnızlık gibi konularla etkileşimlerinin incelenmesi tavsiye edilmektedir. Araştırma kapsamında yapılacak pratik öneriler olarak, araştırma bulgularında ilgili konuların örgütleri olumlu yönde etkilediği belirlenmiş olup bu etki göz önünde bulundurularak yöneticilerin daha adil ve çalışanları önemseyen davranışlarda bulunmak suretiyle örgütte performanslarının artabileceği söylenebilir. Bu kapsamda yöneticilerin bilinçlenmeleri için profesyonel destek alınması, eğitimlerin verilmesi tavsiye edilir. Üniversitelerin ve sivil toplum kuruluşlarının eğitim konusunda destek olmaları gerekmektedir. Ayrıca devletin de çalışanları maddi ve manevi yönden koruyan yasalar çıkarması, bu doğrultuda yaptırımlar uygulaması da çalışanların iyi oluşlarını ve anlamlılık düzeylerini yükseltebilecektir.

Araştırma sadece işin anlamlılığı, spiritüel liderlik ve ontolojik iyi oluş kavramlarını inceleyen sınırlı bir araştırmadır. Araştırma kapsamında sadece bir işletme çalışanlarından veri toplanması, nicel araştırma yapılmak suretiyle tek bir yöntemin kullanılması gibi durumlar araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. İş yaşantısındaki artan kaos nedeniyle de son zamanlarda pozitif psikoloji alanında ilgi çeken konulardan olan ontolojik iyi oluşun; iş, aile, okul gibi yaşamın her alanında bireylere dolayısıyla da örgütlere önemli katkılar sağlayabilecek bir kavram olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda özellikle ontolojik iyi oluş kavramının, bireyin psikolojik sağlığı açısından önemi dikkate alındığında, bu çalışmanın literatürde gelecek çalışmalara katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

**Etik Kurul İzni:** Araştırma için 04.06.2024 tarihinde, Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulunun 2024/05 toplantısından 2024/188 protokol numarası ile etik kurul izni alınmıştır.

## KAYNAKLAR

- Arthachinda, P., & Charoensukmongkol, P. (2024). Effect of spiritual leadership on psychological safety climate and team innovation in consulting teams: the moderating role of occupational self-efficacy. *International Journal of Productivity and Performance Management*, 73(10), 3231-3251.
- Akcan, G., Erol, E., & Kose, O. B. (2023). The mediating role of ontological well-being in the relationship between psychological resilience, psychological well-being, and depression in refugee women. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 100345.
- Akıncı, T., & Ekşi, H. (2017). Lise öğretmenlerinin yönetici ruhsal liderlik algılarının öğretmen liderliği ve öz-yetkinliklerine etkisi. *Değerler Eğitimi Dergisi*, 15(34), 7-40.
- Allan, B. A., Duffy, R. D., & Collisson, B. (2018). Task Significance and Performance: Meaningfulness as a Mediator. *Journal of Career Assessment*, 26(1), 172-182.
- Alparslan, A. M., Polatçı, S. ve Yastioğlu S., (2021). Akademisyenlik mesleğinde işin anlam kaynakları-akademik performans ilişkisi üzerine bir araştırma. *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi/ Journal of Higher Education and Science*, 11(2), 281-289.

- Avolio, B. J., & Gardner, W. L. (2005). Authentic leadership development: Getting to the root of positive forms of leadership. *The leadership quarterly*, 16(3), 315-338.
- Bagozzi, R. P., Yi, Y., & Phillips, L. W. (1991). Assessing construct validity in organizational research. *Administrative science quarterly*, 421-458.
- Baş, T. (2013). *Anket: anket nasıl hazırlanır?: anket nasıl uygulanır?: anket nasıl uygulanır?* (7. Baskı), Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Baumeister, R. F. (1991). *Work, work, work, work*. Meanings of Life (pp. 116–144). New York: The Guilford Press.
- Baykal Narcıkara, E. (2018). Spiritüelite (Ruhsallık) ve İş Ortamında Anlam Arayışı. *Alanya Akademik Bakış*, 2(1), 11-25.
- Baykal, E. (2021). *Spiritüel liderlik davranışının algılanan performans üzerine etkisi*. Yıldız Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim ve Organizasyon Anabilim Dalı İşletme Yönetimi Doktora Programı, Doktora Tezi.
- Brief, A. P., & Nord, W. R. (1990). *Meanings of occupational work*. Lexington: Lexington Books.
- Brunoro, C. M., Bolis, I., Sigahi, T. F., Kawasaki, B. C., & Szelwar, L. I. (2020). Defining the meaning of “sustainable work” from activity-centered ergonomics and psychodynamics of Work's perspectives. *Applied Ergonomics*, 89, 103209.
- Bunderson, J. S., & Thompson, J. A. (2009). The call of the wild: Zookeepers, callings, and the double-edged sword of deeply meaningful work. *Administrative science quarterly*, 54(1), 32-57.
- Byrne, B. M. (2001). Structural equation modeling: Perspectives on the present and the future. *International Journal of Testing*, 1(3-4), 327-334.
- Buchanan, K., Dawson, K., Taylor, J., & Bayes, S. (2024). The work of midwives: the socio-institutional theory of the meaning of midwives' work-life balance. *Midwifery*, 104240.
- Chamani, S., Safaeizadeh, F., & Xodabande, I. (2023). Investigating the relationship between language teachers' occupational self-efficacy, satisfaction and meaning at work, and their subjective wellbeing. *Frontiers in Psychology*, 14, 1219130.
- Chen, C.-Y., & Yang, C.-F. (2012). The impact of spiritual leadership on organizational citizenship behavior: A multi-sample analysis. *Journal of Business Ethics*, 105(1), 107–114. <https://doi.org/10.1007/s10551-011-0953-3>
- Coma, J. M. (2007). Spiritual practice: a literature review related to spiritual health and health outcomes. *Holistic nursing practice*, 21(5), 224-236.
- Csikszentmihalyi, M., Latter, P., & Weinkauff Duranso, C. (2017). *Running flow*. Human Kinetics.
- Çakın, B., & AlMajdawali, R. (2024). Unsettled Ground, Unsettled Lives: The Ontological (In) securities of Syrian Refugees in the Shadow of Turkey's 2023 Earthquake. *Journal on Migration and Human Security*, 23315024241291830.
- Çimen, B., & Karadağ, E. (2019). Spiritual leadership, organizational culture, organizational silence and academic success of the school. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi*, 25(1), 1-50.
- David, I., & Iliescu, D. (2022). The influence of religiosity and meaning making on work outcomes: A path analysis. *Current Psychology*, 41(9), 6196-6209.

- Diener, E. (1984). Subjective Well-Being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575.
- Dik, B. J., Sargent, A. M., & Steger, M. F. (2008). Career development strivings: Assessing goals and motivation in career decision-making and planning. *Journal of Career Development*, 35(1), 23-41.
- Duru, H., & Gültekin, F. (2021). COVID-19 Salgını Sürecinde Bireylerin Psikolojik Sağlımlıkları: Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Ontolojik İyi Oluş. *Turkish Studies-Social Sciences*, 16(3).
- Ece, S. (2023). İşletmelerde ruhani (spiritüel) liderlik: Kavramsal bir çözümleme. *Uluslararası Liderlik Çalışmaları Dergisi: Kuram ve Uygulama*, 6(3), 173-186.
- Ergün, U., & Satici, S. A. (2024). Social connectedness to ontological well-being: mediating role of loneliness and death anxiety. *Current Psychology*, 43(6), 5057-5064.
- Erdem, A. T. (2013). *Lojistik yönetimindeki müşteri memnuniyetinin bir kargo şirketi bağlamında incelenmesi* (Master's thesis) Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aksaray.
- Erdem, A. T. (2021). The moderator role of generations X and Y in the effect of resource dependency management strategy on corporation entrepreneurship: Ankara OSTIM industry case. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(1), 55-62.
- Fornell, C. ve Larcker, D. F. (1981). Evaluating structural equation models with unobservable variables and measurement error. *Journal of marketing research*, 18(1), 39-50.
- Fry, L. W. (2003). Toward a theory of spiritual leadership. *The Leadership Quarterly*, 14(6), 693-727.
- Fry, L., Nisiewicz, M., Vitucci, S. & Cedillo, M. (2007). *Transforming police organizations through spiritual leadership: Measurement and establishing a baseline*. Paper presented at the National Meeting of the Academy of Management, Philadelphia, Pennsylvania.
- Göransson, K., Kang, Y., & Kim, Y. (2022). Navigating conflicting desires: parenting practices and the meaning of educational work in urban East Asia. *Ethnography and Education*, 17(2), 160-178.
- Gunawan, I., & Adha, M. A. (2021). The effect of instructional, transformational and spiritual leadership on elementary school teachers' performance and students' achievements. *Cakrawala Pendidikan*, 40(1), 17-31.
- Güler, M., Köksal, O., & Çetin, F. (2020). Ototelik kişilik, öz-yeterliliğin bireysel performans üzerindeki etkisinde fark yaratır mı? *İzmir İktisat Dergisi*, 35(2). 271-283.
- Gümüşsoy, Y. (2020). Ruhsal liderliğin hizmet inovasyon davranışı üzerindeki etkisinde takım uyumu ve bilgi paylaşımının aracılık rolü üzerine bir araştırma. (Yüksek Lisans Tezi). Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Ana Bilim Dalı.
- Gündüz, Ş. (2014). Ruhsal liderlik ile örgütsel sinizm arasındaki ilişki: Duygusal zekânın aracı etkisi. *Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, (Basılmamış Doktora Tezi), İstanbul*.
- Gyrard, A., Mohammadi, S., Gaur, M., & Kung, A. (2024). IoT-Based Preventive Mental Health Using Knowledge Graphs and Standards for Better Well-Being. *arXiv preprint arXiv:2406.13791*.
- Hackman, J. R., & Oldham, G. R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational behavior and human performance*, 16(2), 250-279.

- Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E. & Tatham, R. L. (2006). *Multivariate Data Analysis*. NJ: Pearson Prentice Hall
- Hair Jr, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2010). *Multivariate data analysis*. In *Multivariate data analysis* (pp. 785-785)..
- Hair, J. F., Sarstedt, M., Matthews, L. M. ve Ringle, C. M. (2016). Identifying and treating unobserved heterogeneity with FIMIX-PLS: Part I-method. *European Business Review*, 28(1), 63-76.
- Herr, E. L. ve Cramer, S. H. (1988). *Career guidance and counseling through the life span: Systematic approaches*: Scott, Foresman & Co.
- Hunsaker, W. D. (2022). Spiritual leadership and employee innovation. *Current Psychology*, 41(8), 5048-5057.
- Kaba, İ. (2020). Ontolojik İyi-Oluş (Yaşam Projesi). *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1): 143-154.
- Khaddam, A. A., Alzghoul, A., Khawaldeh, K., & Alnajdawi, A. M. (2023). How spiritual leadership influences creative behaviors: The mediating role of workplace climate. *International Journal of Professional Business Review: Int. J. Prof. Bus. Rev.*, 8(2), 7.
- Kline, P. (2014). *An easy guide to factor analysis*: Routledge.
- Kocayörük, E., Altıntaş, E., Şimşek, Ö. F., Bozanoğlu, İ., & Çelik, B. (2018). Üniversite öğrencilerinin zaman perspektifli iyi-oluş düzeyleri: kümeleme analizi incelemesi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 33(3), 550-564.
- Koole, T. (2024). Meaning as referential work: Reflections on the research object of Interactional Semantics. *Interactional Linguistics*.
- Kortetmäki, T., Puurtinen, M., Salo, M., Cortés-Capano, G., Karkulehto, S., & Kotiaho, J. S. (2024). Planetary well-being. *Jyväskylä, Finland, covering topics from macroecology to conservation biology and restoration ecology.*, 26.
- Li, W., Abdalla, A. A., Mohammad, T., Khassawneh, O., & Parveen, M. (2023). Towards examining the link between green hrm practices and employee green in-role behavior: spiritual leadership as a moderator. *Psychology Research and Behavior Management*, 383-396.
- Lips-Wiersma, M., & Morris, L. (2009). 'Meaningful work' and the 'management of meaning.' *Journal of Business Ethics*, 88(3), 491-511.
- MacKenzie, S. B. & Podsakoff, P. M. (2012). Common method bias in marketing: Causes, mechanisms, and procedural remedies. *Journal of retailing*, 88(4), 542-555.
- Marciano, L., Jindal, S., & Viswanath, K. (2024). Digital Detox and Well-Being. *Pediatrics*, 154(4).
- Marx, K. (2005). *Karl Marx 1844 El Yazmaları*, (çev: M. Belge), Birikim Yayınları, Ankara.
- McAdams, D. P. (2001). The psychology of life stories. *Review of General Psychology*, 5(2), 100–122.
- Morelli, S. A., Lee, I. A., Arnn, M. E., & Zaki, J. (2015). Emotional and instrumental support provision interact to predict well-being. *Emotion*, 15(4), 484–493.
- Morin, E. (2008). Sens Du Travail, Santé mentale et engagement organisationnel, Santé



- Natland, S., Wathne, K., & Hansen, R. (2024). The meaning of social work leadership. A local development process to enhance social services and reduce school dropout. *Social Work Education*, 1-17.
- Nitzl, C., & Hirsch, B. (2016). The drivers of a superior's trust formation in his subordinate: The manager-management accountant example. *Journal of Accounting & Organizational Change*, 12(4), 472-503.
- Nord, W. R., Brief, A. P., Atieh, J. M., & Doherty, E. M. (1990). Studying meanings of work: The case of work values. In A. P. Brief & W. R. Nord (Eds.), *Meanings of occupational work* (pp. 21-64). Lexington: Lexington Books.
- Özkan, C. (2017). *İşin anlamlılığının iş performansı ve sapma davranışına etkisi: Mersin ilinde yapılan bir araştırma*, (Doktora Tezi), Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı.
- Pambudi, D. I., Suyatno, S., Wantini, W., Patimah, L., Mardati, A., & Nurfiridau, N. (2024, September). The mediating role of meaning in work in promoting teachers' technology integration. In *Frontiers in Education* 9, 1455669. Frontiers Media SA.
- Pandia, M. M., Jufrizen, J., Khair, H., & Tanjung, H. (2023). Organization citizenship behavior: the role of spiritual leadership, self efficacy, locus of control and job satisfaction. *Jurnal Organisasi Dan Manajemen*, 19(1), 168-187.
- Petrou, P., Hamrick, A. B., & Abdel Hadi, S. (2024). Unraveling the power of leisure crafting for unengaged employees: Implications for creativity and meaning at work. *Journal of Organizational Behavior*, 45(8), 1170-1188.
- Polat, S., & Tülübaş, T. (2013). Üniversite hazırlık sınıfı öğrencilerine göre öğretim elemanlarının ruhsal liderlik davranışlarını gösterme düzeyleri. *Eğitim ve Bilim*, 38(170).
- Roberson, L. (1990). Functions of work meanings in organizations: Work meanings and work motivation. In A. P. Brief & W. R. Nord (Eds.), *Meanings of occupational work* (pp. 107-134). Lexington: Lexington Books.
- Ros, M., Schwartz, S. H., & Surkiss, S. (1999). Basic individual values, work values, and the meaning of work. *Applied Psychology: An International Review*, 48(1), 49-71.
- Rosso, B. D., Dekas, K. H., Wrzesniewski, A. (2010). On the meaning of work: A theoretical integration and review. *Research in Organizational Behavior*, 30, 91-127.
- Sarıçam, H., & Yaman, E. (2015). Psikoşiddetin iş anlamına etkisi. *Anadolu Eğitim Liderliği ve Öğretim Dergisi*, 3(2), 16-26.
- Smith, S. R. (2023). *The Ontology of Well-Being in Social Policy and Welfare Practice*. Springer.
- Smith, R. (2021). The Meaning of 'Free' Work: Service as a Gift, and Labor as a Commodity for Ni-Vanuatu Labor Migrants. *Work, society and the ethical self: Chimeras of freedom in the neoliberal era*, 27-48.
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2004). *A Beginner's Guide to Structural Equation Modeling*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass

- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Yapısal Eşitlik Modellerinin Uyumunun Değerlendirilmesi: Önem Testleri ve Tanımlayıcı Uyum İyiliği Ölçüleri. *Çevrimiçi Psikolojik Araştırma Yöntemleri*, 8(2), 23-74.
- Shevchenko, H. P., Antonenko, T. L., & Safonova, I. O. (2020). Positive Personality Education: An Ontological Aspect. *Journal of History Culture and Art Research*, 9(1), 133-144.
- Shmotkin, D. (2005). Happiness in the Face of Adversity: Reformulating the Dynamic and Modular Bases of Subjective Well-Being. *Review of General Psychology*, 9(4), 291–325.
- Sigler, T. H., & Pearson, C. M. (2000). Creating An Empowering Culture: Examining The Relationship Between Organizational Culture and Perceptions of Empowerment. *Journal of Quality Management*, 5(1), 27-52.
- Staudinger, U. M. (2001). Life Reflection: A Social–Cognitive Analysis of Life Review. *Review of General Psychology*, 5(2), 148–160.
- Steger, M. F., Dik, B. J., & Duffy, R.D. (2012). *Measuring meaningful work: The work and meaning inventory (WAMI)*. *Journal of Career Assessment*, 20(3), 322-337.
- Subhaktiyasa, P. G., Andriana, K. R. F., Sintari, S. N. N., Wati, W. S., Sumaryani, N. P., & Lede, Y. U. (2023). The effect of transformational leadership, servant leadership, and spiritual leadership on organizational citizenship behavior. *Jurnal Organisasi Dan Manajemen*, 19(1), 224-238.
- Şimşek, Ö. F. & Kocayörük, E. (2013). Affective reactions to one's whole life: Preliminary development and validation of the ontological well-being scale. *Journal of Happiness studies*, 14, 309-343.
- Şimşek, Ö. F. (2009). Happiness revisited: Ontological well-being as a theory-based construct of subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 10, 505-522.
- Tutar, H. & Erdem, A. T. (2022). Örnekleriyle bilimsel araştırma yöntemleri ve SPSS uygulamaları. *Seçkin Yayıncılık*, 1.
- Uzunbacak, H. H., & Akçakanat, T. (2018). İşin anlamı, zindelik, mutluluk ve iş tatmini ilişkileri üzerine görgül bir araştırma. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 17(68), 1691-1702.
- Vedula, S. B., & Agrawal, R. K. (2024). Mapping spiritual leadership: a bibliometric analysis and synthesis of past milestones and future research agenda. *Journal of Business Ethics*, 189(2), 301-328.
- Wrzesniewski, A., & Dutton, J. (2001). Crafting a job: Revisioning employees as active crafters of their work. *Academy of Management Review*, 26(2), 179–201.
- Wrzesniewski, A., Dutton, J. E., & Debebe, G. (2003). *Interpersonal sensemaking and the meaning of work*. In Kramer, R. M., & Staw, B. M. Eds. *Research in Organizational Behavior*. Vol. 25 (pp.93–135).
- Wrzesniewski, A., McCauley, C., Rozin, P., & Schwartz, B. (1997). Jobs, careers, and callings: People's relations to their work. *Journal of research in personality*, 31(1), 21-33.
- Yıldız, M. S., Börklü Doğan, Ö., & Dayan, A. (2022). Tıp uzmanlık öğrencilerinde ruhsal liderlik ve tükenmişlik sendromu ilişkisi. *Türk Aile Hekimliği Dergisi*, 26(2), 29-36.

- Yusof, J. M. & Mohamad, M. (2014). The Influence of Spiritual Leadership on Spiritual Well-Being and Job Satisfaction: A Conceptual Framework. *International Review of Management and Business Research*, 3(4), 1948-1957.
- Yücel, E., & Dincer, D. (2024). Transformative power of friendships: Examining the relationships among friendship quality, self- change, and well- being. *Personal Relationships*, 31(2), 301-332.
- Zeyen, A., & Branzei, O. (2023). Disabled at work: Body-centric cycles of meaning-making. *Journal of Business Ethics*, 185(4), 767-810.
- Zou, W., Zeng, Y., Peng, Q., Xin, Y., Chen, J., & Houghton, J. D. (2020). The influence of spiritual leadership on the subjective well- being of Chinese registered nurses. *Journal of nursing management*, 28(6), 1432-1442.

## SAĞLIK OKURYAZARLIĞI VE AKILCI İLAÇ KULLANIMI ARASINDAKİ İLİŞKİ: BİR META ANALİZ ÇALIŞMASI

Cuma FİDAN\*

### ÖZ

Çalışmanın amacı, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmaktır. Çalışma, meta analiz yöntemi kapsamında gerçekleştirilmiştir. YÖK Tez Merkezi, TRDizin, Google Scholar ve DergiPark veri tabanları aracılığı ile “sağlık okuryazarlığı / health literacy” ve “akılcı ilaç kullanımı / rational drug use” anahtar kelimeleri kullanılarak tarama yapılmıştır. Literatür, 1 Ocak – 19 Eylül 2024 tarihleri arasında taranmıştır. Dâhil edilme kriterleri: (1) sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin araştırılmış, (2) Türkiye’de gerçekleştirilmiş, (3) Türkçe ve/veya İngilizce yayın dilinde yazılmış, (4) nicel araştırma yöntemlerinin kullanılmış, (5) tam metin erişiminin ve (6) etki büyüklüğünü hesaplamak için gerekli istatistiklerin olmasıdır. Etki büyüklüğünün hesaplanmasında korelasyon etki büyüklüğü yöntemi, ortak etki büyüklüğünün hesaplanmasında ise rastgele etki modeli kullanılmıştır ( $Q$ : 5956,51;  $sd$ : 18;  $p < 0,001$ ;  $I^2 > 0,75$ ;  $T > 0,67$ ). Meta analize 871 çalışmadan 19’u dâhil edilmiştir. Çalışmalar; 2019 ile 2024 yılları arasında, tez ve makale yayın türlerinde, Türkçe ve İngilizce yayın dillerinde ve kesitsel çalışma tasarımında yayımlanmıştır. Toplam 11.181 birey üzerinde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki araştırılmıştır. Egger’in regresyon yöntemine göre ise yayın yanlılığı test edilmemiştir ( $t$ : 0,90;  $p$ : 0,19). Meta analiz sonuçları, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişkinin olduğunu göstermiştir ( $M$ : 0,48; %95 GA: 0,21-0,68;  $p < 0,01$ ). Meta analizden elde edilen bu sonucun sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımını arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörleri araştırarak çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Akılcı ilaç kullanımı, Meta analiz, Sağlık okuryazarlığı.

### MAKALE HAKKINDA

\* Dr. Öğr. Üyesi, Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, cmfdn91@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8581-5940>

Gönderim Tarihi: 05.11.2024

Kabul Tarihi: 28.02.2025

### Atıfta Bulunmak İçin:

Fidan, C. (2025). Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki: bir meta analiz çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 51-64. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1580137>

## THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND RATIONAL DRUG USE: A META-ANALYSIS STUDY

Cuma FİDAN<sup>†</sup>

### ABSTRACT

The purpose of this study was to investigate the relationship between health literacy and rational drug use. The study was conducted as a meta-analysis. Research was conducted via the YÖK Thesis Center, TR Index, Google Scholar and DergiPark databases using the following keywords: "sağlık okuryazarlığı/health literacy" and "akılcı ilaç kullanımı/rational drug use". Between January 1 and September 19, 2024, the literature was reviewed. Inclusion criteria were as follows: (1) existence of the relationship between health literacy and rational drug use, (2) being conducted in Türkiye, (3) published research's being written in Turkish and/or English, (4) being written using quantitative research methods, (5) full-text accessible, and (6) having necessary statistics to calculate effect size. Correlation effect size method was used to calculate effect size and random effect model was used to calculate common effect size ( $Q: 5956.51; df: 18; p < 0.001; I^2 > 0.75; T > 0.67$ ). Of the reached all 871 studies meta-analysis method was included only in 19. Those studies were published between 2019 and 2024, either in thesis and/or in article type, the language used either in Turkish and in English, and lastly with a cross-sectional study design. Those included studies included a total of 11.181 people and investigated the relationship between health literacy and rational drug use. Publication bias was not tested using Egger's regression method ( $t: 0.90; p: 0.19$ ). As a result; findings of this meta-analysis showed that there is a high-level positive relationship between health literacy and the rational drug use ( $M: 0.48; 95\% CI: 0.21-0.68; p < 0.01$ ). This result from the meta-analysis needs to be supported by other and/or future studies those examine the factors that influence the relationship between health literacy and rational drug use.

**Keywords:** Rational drug use, Meta-analysis, Health literacy.

### ARTICLE INFO

\*Assist. Prof., Muş Alparslan University, Department of Health Management, cmfdn91@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-8581-5940>

Received: 05.11.2024

Accepted: 28.02.2025

### Cite This Paper:

Fidan, C. (2025). Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişki: bir meta analiz çalışması. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 51-64. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1580137>

## I. GİRİŞ

Sağlık okuryazarlığı, bireyin sağlık bilgilerine veya hizmetlerine erişme, sağlık bilgilerini anlama ve işleme ve sağlığını korumak ve geliştirmek için doğru sağlık ile ilgili kararları doğru almak üzere bunları kullanma becerisini gösterir (Xu vd., 2022). Bireyin sağlık okuryazarlığı düzeyi; sağlık ve sağlık hizmetleri sistemiyle ne ölçüde ilişki kurduğunu, tıbbi tedavi arama davranışlarını ne ölçüde sergilediğini, tedavi sürecine ne ölçüde katıldığını ve kendisi için önemli olan sağlık sonuçlarına ne ölçüde ulaştığını etkileyebilir (Trutner vd., 2023). Bu ifade, sağlık okuryazarlığının, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmetlerinin kullanımı yoluyla toplum sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğunu göstermektedir (Tavousi vd., 2022). Ayrıca, sağlık okuryazarlığı, reçeteli ilaç kullanımını (Patel vd., 2018) ve ilaç tedavisine uyumu (da Rocha vd., 2019) da arttırmaktadır. Diğer yandan, ilaçların uygunsuz şekilde reçete edilmesi, dağıtılması veya satılması ve bireylerin bunları doğru şekilde kullanmaması; kıt kaynakların israfına, yaygın sağlık risklerine, yan etkilere ve ilaç direncine yol açmaktadır (Luiza vd., 2015). Akılcı olmayan bu ilaç kullanımı ise dünya çapında büyük bir sorun olup reçete edilen, dağıtılan veya satılan tüm ilaçların yarısından fazlasını oluşturmaktadır (Lu vd., 2019). Bireyin ve toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesi ise akılcı olmayan ilaç kullanımını önemli ölçüde azaltılmasına katkı sağlar (Abacıgil vd., 2019; Çakmak ve Pakyüz, 2021). Bu nedenle çalışmada, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

### 1.1. Kavramsal Çerçeve

#### 1.1.1. Sağlık Okuryazarlığı

Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlığını geliştirmek ve sürdürmek için gerekli sağlık bilgilerini anlama ve bu bilgileri kullanma yeteneğini yansıtır (Barros vd., 2022). Sağlık okuryazarlığı, bireylerin sağlıkla ilgili kavramları daha iyi anlama becerilerini geliştirir ve sağlıkları için sorumluluk alma kapasitelerini artırır (Barańska ve Kłak, 2022). Bireylerin anlama becerisini ve sorumluluk alma kapasitesini geliştirmek ise yüksek sağlık okuryazarlığı ile mümkün olabilir. Yüksek sağlık okuryazarlığı, bireylerin tedavisine aktif katılımını ve olumlu sağlık sonuçlarını pozitif yönde destekler (Bindhu vd., 2024). Diğer yandan, düşük sağlık okuryazarlığı; sağlık sonuçlarını, mortaliteyi, morbiditeyi, yaşam kalitesini, ilaç hatalarını, ilaç uyumunu, hastaneye yatışları, acil servis ziyaretlerini, koruyucu hekimlik hizmetlerinin kullanımını, tütün ve madde ürünleri kullanımını ve kaynak tüketimini negatif yönde etkilemektedir (Ayre vd., 2023; Cristofori vd., 2022; Galmarini vd., 2024). Düşük sağlık okuryazarlığı düzeyine sahip bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin güçlendirilmesi, bireylerin tedavileriyle ilgili karar verme süreçlerinin, tedavilerine bağlılıklarının ve hekim-hasta iletişiminin iyileştirilmesinde önemli bir rol oynar (Tabak vd., 2023). Bunların yanı sıra, bireyleri akılcı ilaç kullanımına teşvik etmek için sağlık okuryazarlığı önemli bir rol oynamaktadır (Srisaknok vd., 2024).

#### 1.1.2. Akılcı İlaç Kullanımı

Akılcı ilaç kullanımı, “hastalıkların teşhisi, önlenmesi ve tedavisi için uygun bireye uygun ilaçların reçetelenmesi ve dağıtılması süreci” olarak ifade edilmektedir (World Health Organization, 2002). Dünya çapında sağlık hizmeti sağlayıcılarının akılcı ilaç kullanımı bireylerin yaşam kalitesini iyileştirir (Orive vd., 2021). Akılcı ilaç kullanımı, bireylerin klinik ihtiyaçlarına uygun ilaçları, kendi bireysel gereksinimlerini karşılayan dozlarda, yeterli bir süre boyunca ve kendileri ve toplumları için mümkün olan en düşük maliyetle almalarını gerektirir (Mekonnen vd., 2021). Akılcı ilaç kullanımı, bireyler ve toplum için kaliteli sağlık hizmetinin sağlanmasında temel bir unsurdur (Mahmood vd., 2016). Akılcı olmayan ilaç kullanımı ise ilaçların uygun olmayan şekilde reçete edildiği, dağıtıldığı veya satıldığı ve bireylerin ilaçları doğru şekilde kullanmadığı durumlarında ortaya çıkmaktadır (Karimian, 2021). Akılcı olmayan ilaç kullanımı; reçetesiz ilaç kullanımı, reçeteli ilaçların dozajının değiştirilmesi, antibiyotik ve enjeksiyon kullanımı, ilaç reaksiyonları ve pahalı ilaç kullanımı ile pozitif ilişkilendirilmiştir (Mekonnen vd., 2021; Orive vd., 2021; Pons vd., 2017). Bununla birlikte, akılcı olmayan ilaç kullanımı; hasta güvenliği, tedavi kalitesi, toplum sağlığı ve mikrobiyal direnç ile negatif ilişkilendirilmiştir (Lima vd., 2017; Saengchai vd., 2019). Akılcı olmayan ilaç kullanımının önüne geçebilmek; reçete eden

personelin eğitimi ve denetimi, bireylerin eğitimi ve ihtiyaç duyulan ilaçların yeterli tedariki ile mümkün olabilir (Lancet, 2010). Ayrıca, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirilmesi bireylerin akılcı olmayan ilaç kullanmalarının önüne geçebilir (Eser ve Çelik, 2022).

### 1.1.3. Sağlık Okuryazarlığı ve Akılcı İlaç Kullanımı

Literatürde yapılan nicel çalışmalarda genellikle sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Akyol Güner, 2021; Akyol Güner vd., 2020; Arat, 2023; Aslan vd., 2019; Çakmak ve Pakyüz, 2021; Çevik, 2023; Durgun, 2023; Durmuş İskender vd., 2023; Eser, 2021; Eser ve Çelik, 2022; Hatipoğlu, 2024; Işık, 2021; Özdemir ve Elmaoğlu, 2024; Yağız, 2020; Yalman ve Tosun, 2021; Yalman ve Yaşar, 2021; Yapar, 2023; Yasa, 2023). Ayrıca, literatürde sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasında herhangi bir ilişkinin olmadığı sonucuna ulaşan çalışmalar da yer almaktadır (Çavdar, 2022; Kan, 2022). Literatürdeki bu çalışmaların sonuçları ise sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin tartışıldığını göstermektedir. Diğer yandan, literatürde bireylere sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı eğitiminin verilmesinin, bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin yükseltilmesinde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Akyol Güner, 2021; Çakmak ve Pakyüz, 2021). Bununla birlikte, toplumun sağlık okuryazarlık düzeyinin geliştirilmesi, akılcı ilaç kullanımı ile ilgili farkındalığı artırır (Abacıgil vd., 2019).

Ulusal ve uluslararası literatürde, sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran herhangi bir meta analiz çalışmasına ulaşılamamıştır. Literatürde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran geniş çaplı çalışmaların yapılması önerilmiştir (Çevik, 2023; Işık, 2021; Kan, 2022; Yağız, 2020; Yasa, 2023). Bu nedenle çalışmada, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin meta analiz yöntemi ile araştırılması amaçlanmıştır ve bu amaç doğrultusunda aşağıdaki hipotez geliştirilmiştir:

H<sub>1</sub>: Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasında pozitif bir ilişki vardır.

## II. YÖNTEM

### 2.1. Raporlama

Çalışmaların seçiminde ve sonuçların raporlanmasında PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis) kriterleri ve akış diyagramı kullanılmıştır (Page vd., 2021).

### 2.2. Tarama Stratejisi

YÖK Tez Merkezi, TRDizin, Google Scholar ve DergiPark veri tabanları aracılığı ile “sağlık okuryazarlığı / health literacy” ve “akılcı ilaç kullanımı / rational drug use” anahtar kelimeleri kullanılarak tarama yapılmıştır. Literatür, 1 Ocak – 19 Eylül 2024 tarihleri arasında taranmıştır.

### 2.3. Çalışma Seçimi

Dâhil edilme kriterleri: (1) sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin araştırılmış, (2) Türkiye’de gerçekleştirilmiş, (3) Türkçe ve/veya İngilizce yayın dilinde yazılmış, (4) nicel araştırma yöntemlerinin kullanılmış, (5) tam metin erişiminin ve (6) etki büyüklüğünü hesaplamak için gerekli istatistiklerin olmasıdır.

Çıkarma kriterleri ise: (1) sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin araştırılmamış olması, (2) Türkiye’de gerçekleştirilmemiş olması, (3) Türkçe ve/veya İngilizce yayın dilinde yazılmamış olması, (4) nitel araştırma yöntemlerinin kullanılmış olması, (5) özet metin erişiminin olması, (6) etki büyüklüğünü hesaplamak için gerekli istatistiklerin olmaması, (7) tezden üretilmiş olması ve (8) tekrar eden çalışma olarak belirlenmiştir.

Seçim kriterlerine karar verilemediği durumunda çalışmalar yazar tarafından yeniden değerlendirilmiştir. Bu süreç akış diyagramında gösterilmiştir (Şekil 1).

#### 2.4. Çalışma Verileri

Dâhil edilen çalışmalardan elde edilen veriler: Yazarlar, yayın yılı, yayın dili, yayın türü, çalışma tasarımı, örneklem türü, örneklem büyüklüğü, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi gösteren istatistik veriler ve kalite değerlendirme puanıdır. Verilerin doğruluğunu sağlamak için çalışmalardan elde edilen veriler yazar tarafından tekrar kontrol edilmiştir.

#### 2.5. Meta Analiz

Bu meta analiz çalışması, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmayı ele almıştır. Meta analiz, birden fazla çalışmanın sonuçlarını inceleyerek araştırma konusu ile ilgili literatüre ve araştırmacılara kanıt değeri yüksek bilgi sağlaması nedeniyle tercih edilen bir yöntemdir (Borenstein ve Higgins, 2013).

Verilerin analizinde Comprehensive Meta-Analysis (CMA, v. 4) programı kullanılmıştır. Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırmak için korelasyon etki büyüklüğü yöntemi kullanılmıştır (Borenstein vd., 2009). Ortak etki büyüklüğünü hesaplamak için ise rastgele etki modeli kullanılmıştır (Q: 5956,51; sd: 18;  $p < 0,001$ ;  $I^2 > 0,75$ ;  $\tau > 0,67$ ) (Tablo 2) (Borenstein, 2020).

#### 2.6. Yayın Yanlılığı

Yayın yanlılığını değerlendirmek için huni grafiği (Rothstein, 2008) ve Egger'in regresyon (Egger vd., 1997) yöntemleri kullanılmıştır.

#### 2.7. Kalite Değerlendirmesi

Kalite değerlendirmesinde Avoiding Bias in Selecting Studies (Agency for Healthcare Research and Quality-AHRQ) yöntemi kullanılmıştır. AHRQ'den elde edilen toplam puan 0 ile 11 arasında değişmekte olup elde edilen puanlar düşük (0-3), orta (4-7) ve yüksek kalite (8-11) olarak değerlendirilir (Zheng vd., 2018). Çalışmalardan elde edilen kalite puanları yazar tarafından yeniden kontrol edilmiştir.

#### 2.8. Sınırlılıklar

Bu meta analiz çalışması, tarama stratejisi ve seçim kriterleri sonucunda analize dâhil edilen çalışmalardan elde edilen veriler ile sınırlıdır. Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörlerin araştırılmaması çalışmanın bir diğer sınırlılığını oluşturmaktadır.

### III. BULGULAR

#### 3.1. Çalışma Seçimi

Tarama sonucunda toplam 871 çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmalardan tekrar eden 58 çalışma çıkarılmıştır. Daha sonra, 783 çalışma farklı araştırma konusunda gerçekleştirildiği için çıkarılmıştır. Geriye kalan 30 çalışmadan 11 çalışma tam metin incelemesi ve değerlendirmeden sonra çıkarılmıştır. Son olarak, dâhil etme kriterlerini karşılayan 19 çalışma meta analize dâhil edilmiştir (Şekil 1).

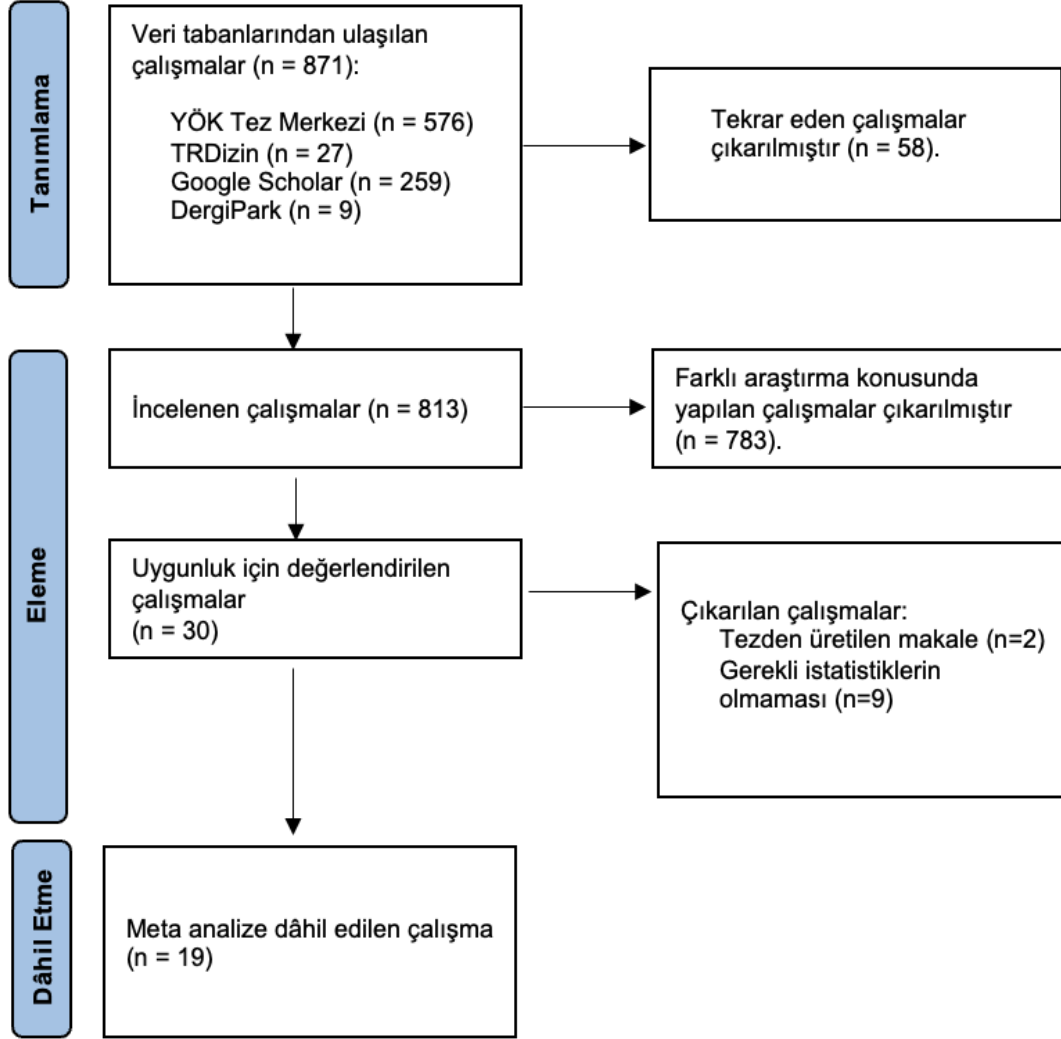
#### 3.2. Çalışma Özellikleri

Çalışmanın örneklemini, 871 yayın arasından sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran 19 çalışmadan oluşmaktadır (Şekil 1). Çalışmalar; 2019 ile 2024 yılları arasında, tez (n=11) ve makale (n=8) yayın türlerinde, Türkçe (n=16) ve İngilizce (n=3) yayın dillerinde ve kesitsel çalışma tasarımında yayımlanmıştır. Çalışmalarda toplam 11.181 birey üzerinde sağlık okuryazarlığı ve



akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırılmıştır. Bu araştırma; üniversite öğrencileri, yetişkin bireyler, ebeveynler, gebeler, aile hekimliğine veya eczaneye başvuran hastalar, diyabet hastaları, böbrek nakli yapılan hastalar ve kronik hastalar üzerinde yapılmıştır. Dâhil edilen çalışmaların özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1. Akış Diyagramı



### 3.3. Kalite Değerlendire Sonuçları

AHRQ sonuçları; 15 çalışmanın orta kalitede (Arat, 2023; Aslan vd., 2019; Çavdar, 2022; Çevik, 2023; Durgun, 2023; Eser, 2021; Hatipoğlu, 2024; Işık, 2021; Kan, 2022; Yağız, 2020; Yalman vd., 2022; Yalman ve Yaşar, 2021; Yapar, 2023; Yasa, 2023; Zeyrek, 2023), 4 çalışmanın ise yüksek kalitede (Akyol Güner vd., 2020; Durmuş İskender vd., 2023; Kaya vd., 2022; Özdemir ve Elmaoğlu, 2024) olduğunu göstermiştir (Tablo 1).

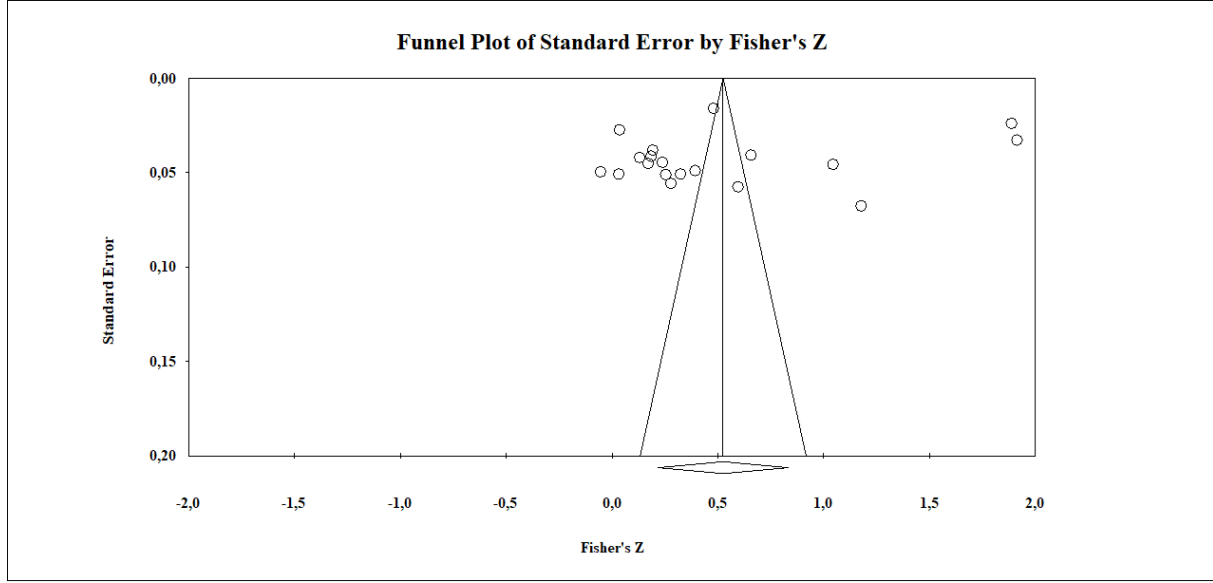
**Tablo 1. Dâhil Edilen Çalışmaların Özellikleri**

No	Yazarlar	Yayın Yılı	Yayın Türü	Araştırma Deseni	Yayın Dili	Örneklem Türü	Örneklem Büyüklüğü	Kalite Skoru
1	Akyol Güner vd 2020	2020	Makale	Kesitsel	Türkçe	Diyabet hastaları	220	Yüksek
2	Arat 2023	2023	Yüksek lisans tezi	Kesitsel	Türkçe	Kronik hastalar	478	Orta
3	Aslan vd 2019	2019	Makale	Kesitsel	Türkçe	Üniversite öğrencileri	488	Orta
4	Çavdar 2022	2022	Tıpta uzmanlık tezi	Kesitsel	Türkçe	Aile Hekimliğine başvuran hastalar	407	Orta
5	Çevik 2023	2023	Yüksek lisans tezi	Kesitsel	Türkçe	Yetişkin bireyler	387	Orta
6	Durgun 2023	2023	Uzmanlık tezi	Kesitsel	Türkçe	Yetişkin bireyler	583	Orta
7	Durmuş İskender vd 2023	2023	Makale	Kesitsel	Türkçe	Yetişkin bireyler	3793	Yüksek
8	Eser 2021	2021	Yüksek lisans tezi	Kesitsel	Türkçe	Gebeler	417	Orta
9	Hatipoğlu 2024	2024	Yüksek lisans tezi	Kesitsel	Türkçe	Yetişkin bireyler	502	Orta
10	Işık 2021	2021	Yüksek lisans tezi	Kesitsel	Türkçe	Yetişkin bireyler	565	Orta
11	Kan 2022	2022	Yüksek lisans tezi	Kesitsel	Türkçe	Aile Hekimliğine başvuran hastalar	387	Orta
12	Kaya vd 2022	2022	Makale	Kesitsel	İngilizce	Yetişkin bireyler	465	Yüksek
13	Özdemir ve Elmaoğlu 2024	2024	Makale	Kesitsel	Türkçe	Ebeveynler	303	Yüksek
14	Yağız 2020	2020	Tıpta uzmanlık tezi	Kesitsel	Türkçe	Üniversite öğrencileri	684	Orta
15	Yalman vd 2022	2022	Makale	Kesitsel	İngilizce	Eczaneye başvuran hasta	657	Orta
16	Yalman ve Yaşar 2021	2021	Makale	Kesitsel	İngilizce	Aile Hekimliğine başvuran hastalar	384	Orta
17	Yapar 2023	2023	Yüksek lisans tezi	Kesitsel	Türkçe	Ebeveynler	600	Orta
18	Yasa 2023	2023	Makale	Kesitsel	Türkçe	Kronik hastalar	322	Orta
19	Zeyrek 2023	2023	Yüksek lisans tezi	Kesitsel	Türkçe	Böbrek nakli hastaları	248	Orta

### 3.4. Yayın Yanlılığı Sonuçları

Huni grafiği asimetrik bir görünümündedir (Şekil 2). Egger'ın regresyon yöntemine göre ise yayın yanlılığı test edilmemiştir (t: 0,90; p: 0,19).

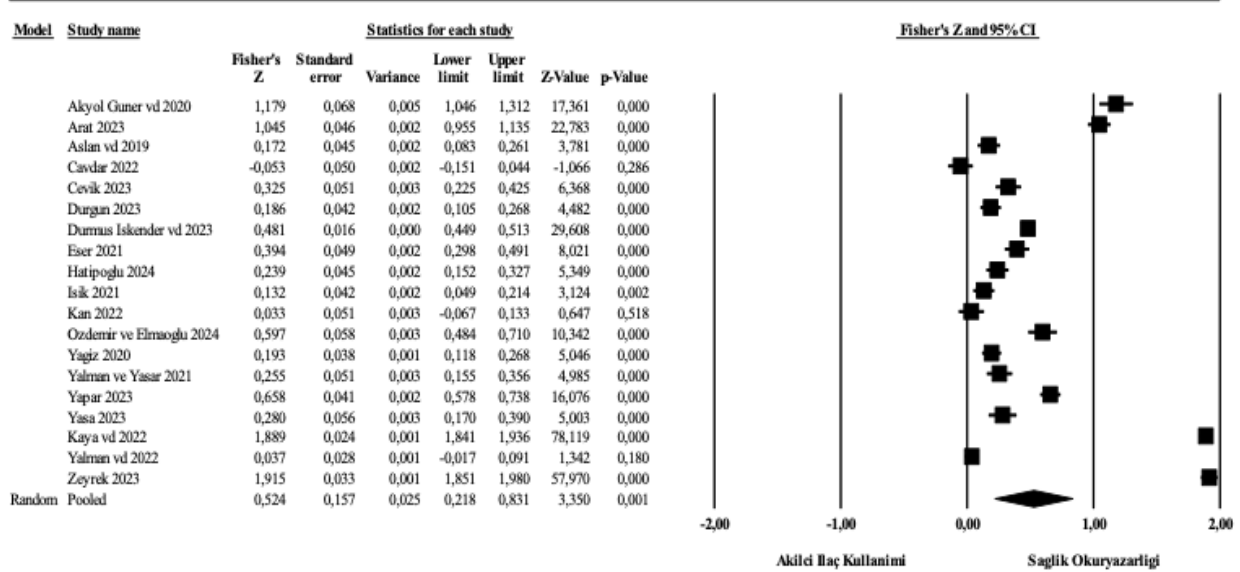
Şekil 2. Huni Grafiği



### 3.5. Meta Analiz Sonuçları

Orman grafiği; 16 çalışmanın sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasında pozitif bir ilişkinin olduğunu, 3 çalışmanın ise sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasında herhangi bir ilişkinin olmadığını göstermektedir (Şekil 3).

Şekil 3. Orman Grafiği



Meta analiz sonuçları, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasında yüksek düzeyde pozitif yönde bir ilişkinin olduğunu ve ulaşılan bu sonucun istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir (M: 0,48; %95 GA: 0,21-0,68;  $p < 0,01$ ) (Tablo 2). Bu nedenle  $H_1$  hipotezi kabul edilmiştir.

**Tablo 2. Meta Analiz Sonuçları**

k	M	%95 GA	z	p*	Q	sd	p	I <sup>2</sup>	T <sup>2</sup>	
19	0,48	0,21	0,68	3,35	0,001	5956,51	18	0,000	99,70	0,46

k: Çalışma sayısı, M: Rastgele etki modeli, GA: Güven aralığı, z: Standart normal dağılım, Q: Cochran heterojenlik testi, sd: Serbestlik derecesi, I<sup>2</sup>: Heterojenlik miktarı, T<sup>2</sup>: Çalışmalar arası varyans.

\* $p < 0,01$

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran bu meta analiz çalışmasına literatürde ulaşılan 871 çalışmadan 19'u dâhil edilmiştir. Bu çalışmalar; 2019 ile 2024 yılları arasında, tez ve makale yayın türlerinde, Türkçe ve İngilizce yayın dillerinde ve kesitsel çalışma tasarımında yayımlanmıştır. Çalışmalarda toplam 11.181 birey üzerinde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştırılmıştır. Bu araştırma; üniversite öğrencileri, yetişkin bireyler, ebeveynler, gebeler, aile hekimliğine veya eczaneye başvuran hastalar, diyabet hastaları, böbrek nakli yapılan hastalar ve kronik hastalar üzerinde yapılmıştır. Literatürde, deneysel (Akyol Güner, 2021) ve randomize kontrol (Çakmak ve Pakyüz, 2021) çalışma desenleri kullanılarak sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı konusunda eğitim verilerek bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeylerinin artırılması hedeflenmiştir. Bu nedenle, meta analize dâhil edilen çalışmaların kesitsel çalışmalardan oluşması ise farklı çalışma tasarımlarında gerçekleştirilecek çalışmalara ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir.

Ulaşılan ulusal ve uluslararası ulaşılan literatürde, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkiyi araştıran herhangi bir meta analiz çalışmasına rastlanılmamıştır. Literatürde yapılan nicel çalışmalarda ise sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasında genellikle pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Akyol Güner, 2021; Akyol Güner vd., 2020; Arat, 2023; Aslan vd., 2019; Çakmak ve Pakyüz, 2021; Çevik, 2023; Durgun, 2023; Durmuş İskender vd., 2023; Eser, 2021; Eser ve Çelik, 2022; Hatipoğlu, 2024; Işık, 2021; Özdemir ve Elmaoğlu, 2024; Yağız, 2020; Yalman ve Tosun, 2021; Yalman ve Yaşar, 2021; Yapar, 2023; Yasa, 2023). Bu meta analiz çalışmasında ise sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı arasında yüksek düzeyde pozitif bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Meta analizden elde edilen bu sonuç ile literatürde ulaşılan sonuç benzerlik göstermektedir. Bu sonuçlar, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin iyileştirmesi ile akılcı olmayan ilaç kullanımı davranışlarının önüne geçilebileceğini göstermektedir. Diğer yandan, düşük sağlık okuryazarlığı ve akılcı olmayan ilaç kullanımları; olumsuz sağlık çıktılarına, olumsuz sağlık davranışlarının sergilenmesine, hasta güvenlik kültürünün sağlanamamasına, kaliteli sağlık hizmetlerinin sunulmamasına, tedavi sürecinin uzamasına, sağlık kurumlarına başvuruların artmasına, toplum sağlığının olumsuz etkilenmesine, sağlık kaynaklarının etkili kullanılmamasına ve sağlık maliyetlerinin artmasına neden olacaktır (Ayre vd., 2023; Cristofori vd., 2022; Galmarini vd., 2024; Lima vd., 2017; Mekonnen vd., 2021; Orive vd., 2021; Pons vd., 2017; Saengchai vd., 2019). Bu nedenle, sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı konusundaki eğitim programlarının düzenlenmesi ile bireylerin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeyleri artırılabilir (Akyol Güner, 2021; Çakmak ve Pakyüz, 2021). Bireylerin yanı sıra, sağlık personelinin ve toplumun sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımı düzeyinin artırılmasına yönelik geliştirilecek politikaların, planlamaların ve eğitim faaliyetlerinin uygulanmasına ve bunlarla ilgili olarak geri bildirim mekanizmasının oluşturulmasına ihtiyaç duyulmaktadır (Abacıgil vd., 2019; Akyol Güner vd., 2020; Çavdar, 2022; Çevik, 2023; Durmuş İskender vd., 2023; Kütmeç Yılmaz ve Kil, 2018; Lancet, 2010; Yalman vd., 2022; Yasa 2023). Bununla birlikte, ders müfredatlarına sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımına yönelik dersler (Aslan vd.,

2019) ve e-Nabız sağlık teknolojisine sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımına yönelik bilgilendirmeler (Arat, 2023) eklenerek bireylerin farkındalığı artırılabilir. Meta analizde yayın yanlılığının olmaması ise çalışmanın geçerlik ve güvenilirliğini arttırmıştır (Egger vd., 1997).

Sonuç olarak çalışmada, sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımını yüksek düzeyde pozitif etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu durum, yüksek sağlık okuryazarlığına sahip bireylerin akılcı ilaç kullanımı yönünde davranışlar sergileyeceğini göstermektedir. Meta analizden elde edilen bu sonucun sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımını arasındaki ilişkiyi etkileyen faktörleri araştırarak çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir.

**Etik Kurul İzni:** Bu çalışma, etik kurul onayı gerektirmemektedir.

## KAYNAKLAR

Abacıgil, F., Turan, S. G., Adana, F., Okyay, P., & Demirci, B. (2019). Rational use of drugs among inpatients and its association with health literacy. *Meandros Medical and Dental Journal*, 20, 64-73. <https://doi.org/10.4274/meandros.galenos.2018.35119>

Akyol Güner, T. (2021). Effect of education on rational drug use and health literacy in people with diabetes mellitus. *Cukurova Medical Journal*, 46(1), 240-247. <https://doi.org/10.17826/cumj.793740>

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. <https://doi.org/10.25048/tudod.775075>

Arat, G. (2023). *Kronik hastalığı olan bireylerin akılcı ilaç kullanımı, sağlık okuryazarlığı ve evsel ilaç atık farkındalık düzeyinin belirlenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Sinop Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.

Aslan, R., Ilıman, E. & Arslan, A. (2019). Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanım düzeylerinin belirlenmesi. *International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 5(21), 1107-1116. <https://doi.org/10.31576/smryj.323>

Ayre, J., Zhang, M., Mouwad, D., Zachariah, D., McCaffery, K. J., & Muscat, D. M. (2023). Systematic review of health literacy champions: who, what and how?. *Health Promotion International*, 38(4), 1-16. <https://doi.org/10.1093/heapro/daad074>

Barańska, A., & Kłak, A. (2022). Recent trends in health literacy research, health status of the population and disease prevention: An editorial. *International journal of environmental research and public health*, 19(14), 8436. <https://doi.org/10.3390/ijerph19148436>

Barros, A., Santos, H., & Santos-Silva, F. (2022). A systematic review of health literacy measurement instruments in Portugal. *Portuguese Journal of Public Health*, 40(3), 172-187. <https://doi.org/10.1159/000525890>

Bindhu, S., Nattam, A., Xu, C., Vithala, T., Grant, T., Dariotis, J. K., Liu, H., & Wu, D. T. (2024). Roles of health literacy in relation to social determinants of health and recommendations for informatics-based interventions: Systematic review. *Online Journal of Public Health Informatics*, 16(1), e50898. <https://doi.org/10.2196/50898>

Borenstein, M. (2020). Research note: In a meta-analysis, the I<sup>2</sup> index does not tell us how much the effect size varies across studies. *Journal of Physiotherapy*, 66(2), 135-139. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.02.011>

- Borenstein, M., & Higgins, J. P. (2013). Meta-analysis and subgroups. *Prevention Science, 14*, 134-143. <https://doi.org/10.1007/s11121-013-0377-7>
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, H. R., & Rothstein, H. R. (2009). *Introduction to meta-analysis*. John Wiley & Sons.
- Çakmak, V., & Pakyüz, S. C. (2021). The effects of education given by nurses on rational drug use and health literacy of patients receiving hypertension treatment. *J Nurs Midwifery Sci, 8*(4), 246-252. [https://doi.org/10.4103/jnms.jnms\\_168\\_20](https://doi.org/10.4103/jnms.jnms_168_20)
- Cristofori, E., Zeffiro, V., Alvaro, R., D'Agostino, F., Zega, M., & Cocchieri, A. (2022). Health literacy in patients' clinical records of hospital settings: A systematic review. *SAGE Open Nursing, 8*, 1-14. <https://doi.org/10.1177/23779608221078555>
- Çavdar, M. (2022). *COVID-19 pandemisi döneminde SBÜ Dışkapı Yıldırım Beyazıt SUAM'ne başvuran hastaların akılcı ilaç kullanımı ölçeği ile sağlık okuryazarlığı ölçeği puanlarının karşılaştırılması*. [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Çevik, A. (2023). *Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri ile akılcı ilaç kullanımları arasındaki ilişki*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- da Rocha, M. R., dos Santos, S. D., de Moura, K. R., Carvalho, L. D. S., de Moura, I. H., & da Silva, A. R. V. (2019). Health literacy and adherence to drug treatment of type 2 diabetes mellitus. *Escola Anna Nery, 23*(2), e20180325. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0325>
- Durgun, H. (2023). *Edirne il merkezinde yaşayan yetişkinlerin sağlık okuryazarlığı düzeyinin ve akılcı ilaç kullanımına etkisinin araştırılması*. [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Durmuş İskender, M., Özcan, E., Gülsoy, A., & Uyan, Y. (2023). Yetişkin bireylerde akılcı ilaç kullanımı öz farkındalığı ile sağlık okuryazarlığı arasındaki ilişki: Kesitsel bir araştırma. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care, 17*(4), 512-520. <https://doi.org/10.21763/tjfm.1341723>
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M., & Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *BMJ, 315*, 629-634. <https://doi.org/10.1136/bmj.315.7109.629>
- Eser, N. (2021). *Gebelerin akılcı ilaç kullanımı ve sağlık okuryazarlık durumları ile arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Eser, N., & Çelik, N. (2022). Association between rational drug use and health literacy among pregnant women: A cross-sectional study. *Women & Health, 62*(7), 612-620. <https://doi.org/10.1080/03630242.2022.2100033>
- Galmarini, E., Marciano, L., & Schulz, P. J. (2024). The effectiveness of visual-based interventions on health literacy in health care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research, 24*(1), 718. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11138-1>
- Hatipoğlu, Z. (2024). *Sağlık okuryazarlığının akılcı ilaç kullanımı farkındalığı ve hasta aktiflik düzeyi üzerindeki etkisinin incelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Işık, A. (2021). *Yetişkinlerde sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımının incelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Kan, Z. E. (2022). *Sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımı arasındaki ilişkinin incelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karimian, Z. (2021). The rational use of medicines (RUM) in coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Journal of Pharmaceutical Care*, 9(2), 52-54. <https://doi.org/10.18502/jpc.v9i2.6606>
- Kaya, S. D., Kocaoğlu, M., & Yüceler, A. (2022). Health literacy and rational drug use in Turkey: Quantitative and qualitative approaches. *Journal of Health Literacy*, 7(2), 9-23. <https://doi.org/10.22038/jhl.2022.64209.1277>
- Kütmeç Yılmaz, C., & Kil, A. (2018). Individuals' health literacy level and their knowledge and practices with respect to rational drug use. *Kontakt*, 20(4), e401-e407. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2018.08.001>
- Lancet. (2010). Rational use of medicines. *The Lancet*, 375(9731), 2052. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60944-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60944-0)
- Lima, M. G., Álvares, J., Guerra, A. A., Costa, E. A., Guibu, I. A., Soeiro, O. M., Leite, S. N., de Oliveira Karnikowski, M. G., Costa, K. S., & Acurcio, F. D. A. (2017). Indicators related to the rational use of medicines and its associated factors. *Revista de Saúde Pública*, 51(suppl 2), 23s. <https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2017051007137>
- Lu, X., Guo, Z., Fu, M., Wushouer, H., Shi, L., & Guan, X. (2019). The impacts of national essential medicine policies on the rational use of medicines in China: A cross-sectional study in primary health care institution. *Journal of Chinese Pharmaceutical Sciences*, 28(1), 49-55. <https://doi.org/10.5246/jcps.2019.01.006>
- Luiza, V. L., Chaves, L. A., Silva, R. M., Emmerick, I. C. M., Chaves, G. C., de Araújo, S. C. F., El, M., & Oxman, A. D. (2015). Pharmaceutical policies: effects of cap and co-payment on rational use of medicines. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), 1465-1858. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007017.pub2>
- Mahmood, A., Elnour, A. A., Ali, A. A. A., Hassan, N. A., Shehab, A., & Bhagavathula, A. S. (2016). Evaluation of rational use of medicines (RUM) in four government hospitals in UAE. *Saudi Pharmaceutical Journal*, 24(2), 189-196. <https://doi.org/10.1016/j.jsps.2015.03.003>
- Mekonnen, B. D., Ayalew, M. Z., & Tegegn, A. A. (2021). Rational drug use evaluation based on World Health Organization core drug use indicators in Ethiopia: A systematic review. *Drug, Healthcare and Patient Safety*, 13, 159-170. <https://doi.org/10.2147/DHPS.S311926>
- Orive, G., Domingo-Echaburu, S., & Lertxundi, U. (2021). Redefining the “rational use of medicines”. *Sustainable Chemistry and Pharmacy*, 20, 100381. <https://doi.org/10.1016/j.scp.2021.100381>
- Özdemir, S., & Elmaoğlu, E. (2024). Ebeveynlerin sağlık okuryazarlığı ile akılcı ilaç kullanımına yönelik tutumları arasındaki ilişki. *Halk Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 98-104. <https://doi.org/10.54061/jphn.1444120>
- Page, M. J., Mckenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akkl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M.,

- Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P. & Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patel, A., Bakina, D., Kirk, J., von Lutcken, S., Donnelly, T., Stone, W., Ashley-Collins, H., Tibbals, K., Ricker, L., Adler, J., Ewing, J., Blechman, M., Fox, S., Leopold, W., Ryan, D., Wray, D., & Turkoz, H. (2018). Patient counseling materials: The effect of patient health literacy on the comprehension of printed prescription drug information. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14, 851-862. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.04.035>
- Pons, E. D. S., Knauth, D. R., Vigo, Á., PNAUM Research Group, & Mengue, S. S. (2017). Predisposing factors to the practice of self-medication in Brazil: Results from the national survey on access, use and promotion of rational use of medicines (PNAUM). *PLoS One*, 12(12), e0189098. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189098>
- Rothstein, H. R. (2008). Publication bias as a threat to the validity of meta-analytic results. *Journal of Experimental Criminology*, 4, 61-81. <https://doi.org/10.1007/s11292-007-9046-9>
- Saengchai, S., Pattanapongthorn, J., & Jermstittiparsert, K. (2019). Perception regarding generic drug policy in Thailand to ensure patient safety and quality of care: Mediating role of rational drug use. *Systematic Reviews in Pharmacy*, 10(2), 70-79. <https://doi.org/10.5530/srp.2019.2.12>
- Srisaknok, T., Ploylearmsang, C., & Wongkongdech, R. (2024). Effectiveness of program for older people's health literacy on drug and health products: Northeast of Thailand. *Asian Journal of Social Health and Behavior*, 7(1), 11-18. [https://doi.org/10.4103/shb.shb\\_415\\_23](https://doi.org/10.4103/shb.shb_415_23)
- Tabak, B. M., Froner, M. B., Corrêa, R., & Silva, T. C. (2023). The Intersection of health literacy and public health: A machine learning-enhanced bibliometric investigation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(20), 6951. <https://doi.org/10.3390/ijerph20206951>
- Tavousi, M., Mohammadi, S., Sadighi, J., Zarei, F., Kermani, R. M., Rostami, R., & Montazeri, A. (2022). Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PloS One*, 17(7), e0271524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524>
- Trutner, Z. D., Furlough, K., Martinez, A., Vetter, I., Uhler, L. M., Haynes, A., & Jayakumar, P. (2023). Is health literacy associated with surgical outcomes? A systematic review. *Journal of Surgical Research*, 291, 720-733. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.06.044>
- World Health Organization. (2002). *WHO policy perspectives on medicines-promoting rational use of medicines: Core components*. World Health Organization, Geneva.
- Xu, L. M., Xie, L. F., Li, X., Wang, L., & Gao, Y. M. (2022). A meta-analysis of factors influencing health literacy among Chinese older adults. *Journal of Public Health*, 30, 1889-1900. <https://doi.org/10.1007/s10389-021-01638-3>
- Yağız, E. (2020). *Kocaeli Üniversitesi öğrencilerinin sağlık okuryazarlığı düzeyleri ve bu durumun akılcı ilaç kullanımıyla olan ilişkisinin incelenmesi*. [Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi]. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Yalman, F., & Tosun, N. (2021). Determining the effect of health literacy on healthy life style and rational drug use by path analysis. *Turkish Journal of Science and Health*, 2(3), 78-86. <https://doi.org/10.51972/tfsd.984029>



- Yalman, F., & Yaşar, M. E. (2021). The effect of health literacy on healthy lifestyle and rational drug use behaviors. *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (28), 292-307.
- Yalman, F., Yıldız, M. S., & Vural, N. (2022). The effect of health literacy on rational drug use behavior. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 10(2), 475-487. <https://doi.org/10.33715/inonusaglik.1057988>
- Yapar, A. T. (2023). *0-6 yaş çocuğu olan annelerin akılcı ilaç kullanımına ilişkin tutumları ve sağlık okuryazarlığı durumlarının incelenmesi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yasa, R. (2023). Kronik hastalarda sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımına etkisi. *Güncel Sağlık Yönetimi*, 1(1):16-23.
- Zeyrek, T. (2023). *Böbrek nakli alıcılarında sağlık okuryazarlığı ve akılcı ilaç kullanımının immunsupresif ilaç uyumuna etkisi*. [Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İzmir Ekonomi Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü.
- Zheng, M., Jin, H., Shi, N., Duan, C., Wang, D., Yu, X., & Li, X. (2018). The relationship between health literacy and quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Health and Quality of Life Outcomes*, 16, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12955-018-1031-7>

# EVALUATION OF OECD COUNTRIES IN TERMS OF HUMAN DEVELOPMENT INDEX, MORTALITY RATES AND HEALTH EXPENDITURES WITH CLUSTER ANALYSIS

Nazan KARTAL \*

## ABSTRACT

The objective of this study is to apply cluster analysis to OECD countries in order to identify country groups with similar Human Development Index (HDI), mortality and health expenditure profiles. In order to achieve the aforementioned aim, the research employed a correlation analysis and K-means clustering method to analyse a number of variables for 38 OECD Countries with 2020 data. These included the HDI, maternal, infant and under-five child mortality rates, the share of total health expenditure and the share of public health expenditure. The results demonstrated a significant and positive correlation between HDI and total health expenditure, as well as public health expenditure. Additionally, a negative and strong relationship was observed between HDI and maternal, infant and child mortality rates. The cluster analysis yielded the following results: 13 countries were assigned to cluster 1, 3 to cluster 2, and 13 to cluster 3. Furthermore, it was observed that Colombia, Mexico and Turkey, which are situated within the same cluster, exhibited the lowest HDI and the lowest proportion allocated to health expenditures with the highest maternal, infant and under-five child mortality rates. The results of this study demonstrate that health expenditure is a crucial factor in the progression of the HDI. It is thought that countries with a low HDI can enhance health outcomes by reducing mortality rates and increasing health expenditure.

**Keywords:** Human development index, health expenditure, mortality, clustering, OECD.

## ARTICLE INFO

\* Research Assistant, PhD., Çankırı Karatekin University, Faculty of Health Sciences Health Management, [nazankartal@karatekin.edu.tr](mailto:nazankartal@karatekin.edu.tr)

 <https://orcid.org/0000-0002-5416-7952>

Received: 07.11.2024

Accepted: 01.03.2025

## Cite This Paper:

Kartal, N. (2025). Evaluation of OECD countries in terms of human development index, mortality rates and health expenditures with cluster analysis. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(1), 65-80. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1581132>

# OECD ÜLKELERİNİN İNSANİ GELİŞME ENDEKSİ, ÖLÜM ORANLARI VE SAĞLIK HARCAMALARI AÇISINDAN KÜMELEME ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Nazan KARTAL †

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı, OECD ülkelerine kümeleme analizi uygulayarak İnsani Gelişme Endeksi (HDI), ölüm oranı ve sağlık harcamaları profilleri benzer olan ülke gruplarını belirlemektir. Araştırma kapsamında 38 OECD ülkesi için 2020 yılına ait verilerle HDI, anne, bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm oranları, toplam sağlık harcaması payı ve kamu sağlık harcaması payı değişkenleri korelasyon analizi ve K-ortalama kümeleme yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir. HDI ile toplam sağlık harcamaları ve kamu sağlık harcamaları arasında anlamlı ve pozitif ilişki; HDI ile anne, bebek ve çocuk ölüm oranları arasında ise negatif ve güçlü ilişki olduğu belirlenmiştir. Kümeleme analizi sonucunda küme 1'de 13 ülke, küme 2'de 3 ülke ve küme 3'te 13 ülke olduğu belirlenmiştir. Aynı kümede yer alan Kolombiya, Meksika ve Türkiye'nin en düşük HDI ve sağlık harcaması ile en yüksek anne, bebek ve beş yaş altı çocuk ölüm oranlarına sahip olduğu görülmüştür. Çalışma sonuçları sağlık harcamalarının HDI gelişimine önemli bir katkısı olduğunu göstermiştir. HDI skoru düşük olan ülkelerin sağlık harcamalarını artırarak ve ölüm oranlarını azaltarak sağlık sonuçlarını iyileştirebileceği düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** İnsani gelişme endeksi, sağlık harcaması, mortalite, kümeleme, OECD.

## MAKALE HAKKINDA

\*Arş.Gör.Dr., Çankırı Karatekin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü, nazankartal@karatekin.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0002-5416-7952>

Gönderim Tarihi: 07.11.2024

Kabul Tarihi: 01.03.2025

## Atıfta Bulunmak İçin:

Kartal, N. (2025). Evaluation of OECD countries in terms of human development index, mortality rates and health expenditures with cluster analysis. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 65-80. <https://doi.org/10.61859/hacettesid.1581132>

## **I. INTRODUCTION**

Human development is thought to have emerged after the 1950s as a result of discussions on the relationship between economic growth and the development of social welfare (Reyes and Useche, 2019). A significant number of international organisations and scholars have articulated the necessity to supplement existing well-being measures with solutions that will facilitate more effective assessment and evaluation of countries' policy responses to diverse challenges. The Human Development Index (HDI) is an index often used to classify countries. It plays two important roles in this process. Firstly, it enables a more comprehensive examination of the concept of well-being by popularising the concept of a standard measure of human development. Secondly, it offers a viable alternative to GDP per capita, which is regarded as the benchmark for measuring human development (Babiarz et al. 2018; Stanton, 2007).

The HDI is a statistical measure devised by the United Nations to assess the level of socio-economic developmental progress achieved by countries. The HDI is a composite indicator that synthesises three fundamental dimensions of human development: health, education and income. The HDI is calculated by combining three key indicators: life expectancy at birth for a healthy life, education indicators (literacy and schooling) for access to information, and per capita income for average purchasing power. This formulation permits the HDI to account for well-being in addition to health and education (Reyes and Useche, 2019; Prados de la Escosura, 2015; UNDP, 2001; Anand and Sen, 2000). The HDI is scored on a scale of 0 to 1, with 1 representing the highest level of human development. The 2014 Human Development Report delineates four levels of human development: very high, high, medium, and low. Countries with an HDI below 0.550 are classified as low, those between 0.550 and 0.699 as medium, those between 0.700 and 0.799 as high, and those above 0.800 as very high (UNDP, 2014).

The available evidence indicates a positive correlation between the ratio of health expenditures to gross domestic product and health outcomes (Nixon and Ulmann, 2006; Crémieux et al., 1999). In particular, countries that allocate a greater proportion of their gross domestic product (GDP) to healthcare have been demonstrated to exhibit comparatively superior health outcomes in comparison to countries that allocate less of their GDP to healthcare (Nuhu et al., 2018). A study examining the effect of public health expenditure on HDI in Turkey based on data between 1991 and 2013 found a positive and significant relationship (Yalçın and Çakmak, 2016).

It is essential for health policymakers to assess the trends in reproductive health indicators, such as infant and maternal mortality rates, and their communication and interaction with development indicators. This will ensure a regular and accurate assessment of the health system's performance and facilitate more effective risk factor management strategies (Rohani et al., 2018; Khosravi and Rahbar, 2009). The infant mortality rate is a principal indicator used to assess the health status and socioeconomic well-being of a country (Alijanzadeh et al., 2016). The infant mortality rate serves as a key indicator in gauging the standards of healthcare and social equality (Alijanzadeh et al., 2016; Hakobyan et al., 2006; Arntzen et al., 2004).

The OECD offers the privilege of facilitating the collaboration of essential global affairs among its esteemed member countries and a variety of valued partners at national, regional and local levels. The OECD has a membership of 38 countries worldwide. The data and analysis produced by the organisation are utilised by member countries as a basis for informing their policy decisions, and they also assume a pivotal role in the country reviews (OECD, 2024).

The objective of this study is to apply a cluster analysis to a set of OECD countries, with the aim of identifying groups of countries that exhibit similar characteristics with respect three key indicators: the HDI, mortality rates and health expenditures. The literature shows that there are studies using the HDI in cluster analysis. These include the studies by Fahmiyah and Ningrum (2023), Repiská et al. (2022), Polat (2021), Krylovas et al. (2020), Güloğlu et al. (2018), Altaş and Arikan (2017), Mylevaganam (2017), and Sulkowski and White (2016). However, it was observed that the cluster analysis studies did

not incorporate the variables evaluated in cluster analysis with HDI within the scope of this research. It is thus anticipated that the present study will make a notable contribution to the existing literature.

## II. METHODS

### 2.1. Aim of the Research

The aim of this research was to determine the most appropriate method for classifying OECD member countries according to their human development index, mortality rates, and health expenditure data. To this end, cluster analysis was conducted, and the differences between the clusters in which the countries were located were evaluated.

### 2.2. Study Population

The countries participating in this analysis are those belonging to the OECD. The research encompassed a total of 38 countries.

### 2.3. Data Collection

In this study, the use of secondary data was employed. The data used in this study were obtained from open access sources. Ethics committee approval is not required because secondary data has been used in the study. Table 1 below provides details of the variables included in the research and their sources.

**Table 1. Variables and Sources**

Variables	Description	Source
THE- Total healthcare expenditure as a share of GDP, 2020	The total expenditure on healthcare as a percentage of the gross domestic product (GDP).	World Health Organization - Global Health Observatory (2024)
PHE- Public expenditure on healthcare as percent of total healthcare expenditure, 2020	The proportion of current health expenditures financed by domestic public sources for health.	
MMR-Maternal mortality rate, 2020	The estimated number of maternal deaths per 100,000 live births is based on data from death certificates, large-scale surveys, and statistical modelling.	
IMR-Infant mortality rate, 2020	The estimated number of deaths of children under one year of age per 100 live births, in deaths per 100 live births.	
CMR-Child mortality rate, 2020	The estimated proportion of infants who die before reaching the age of five.	
HDI-Human Development Index, 2020	The HDI is a summary measure of key dimensions of human development, including a long and healthy life, a good education, and a decent standard of living. A higher value indicates a higher level of human development.	

### 2.4. Statistical Analysis

In this study, the cluster analysis method was employed. A review of the literature reveals the existence of numerous cluster analysis methods. Clustering methods can be classified into two main categories: stepwise (also known as stage-ordered or hierarchical clustering) and non-stepwise (also known as non-stage-ordered or non-hierarchical) cluster methods (Alpar, 2013). In this study,

hierarchical and non-hierarchical clustering analyses were conducted in accordance with the prescribed methodology.

The steps for the Clustering algorithm process are as follows:

Since the units of the variables are different, the data were standardized with z transformation and the standard data matrix was used in the cluster analysis study.

The standardised data were subjected to analysis using Ward's technique, which is one of the hierarchical cluster analysis methods. The appropriate number of clusters was then determined.

Once the optimal number of clusters had been identified, the countries were grouped according to the research variables using the k-means method. The k-means method was employed, with the model run 10 times and 300 iterations selected.

The WARD method was chosen as the best hierarchical clustering method for this research because it is well-known for its effectiveness in the literature (Tekin, 2018; Ferreira and Hitchcock, 2009; Hands and Everitt, 1987). The Ward method provides more detailed evidence because it is based on the average distance of the observation falling in the middle of a cluster from the observations in the same cluster (Tekin and Gümüş, 2017).

The data were standardised using SPSS 26 (Statistical Package for the Social Sciences). The hierarchical clustering analysis and k-means method were applied to the dataset using open-source Orange software. Orange is a data mining application that enables the utilisation of machine learning and data visualisation through the creation of visual workflows (Dobesova, 2024). Orange is an open-source software program provided by the University of Ljubljana in Slovenia. Furthermore, the software is capable of supporting files in a variety of formats, including \*.csv, \*.tsv, \*.arff, \*.txt, \*.tab, \*.xml, and \*.svm. (Orange, 2024).

### **III. FINDINGS**

Table 2 shows that the largest share of GDP allocated to health expenditures is in the USA (18.76), while the smallest share is in Turkey (4.62). The country with the highest share of public health expenditure in total health expenditure is the Czech Republic (87.4) and the country with the lowest is Switzerland (35.9). Colombia has the highest maternal mortality rate (per hundred thousand births) at 75, while Norway and Poland have the lowest at 2. The countries with the highest infant mortality is Mexico (1.14); the country with the lowest rate is Estonia (0.14). Mexico has the highest under-five child mortality rate (1.4%), while Estonia, Finland, Japan, Norway, Slovenia have the lowest (0.2%). The country with the highest HDI is Norway (0.963), and the country with the lowest is Colombia (0.756).

**Table 2. Country Scores Based on Research Variables**

No	Countries	THE	PHE	MMR	IMR	CMR	HDI
1	Australia	10.68	73.7	3	0.31	0.4	0.948
2	Austria	11.39	76.7	5	0.32	0.3	0.916
3	Belgium	11.2	77.9	5	0.32	0.4	0.93
4	Canada	13.04	73.7	11	0.44	0.5	0.928
5	Chile	9.73	56.3	15	0.5	0.7	0.849
6	Colombia	8.71	71.3	75	1.09	1.3	0.756
7	Costa Rica	7.83	71.8	22	0.69	0.8	0.811
8	Czechia	9.21	87.4	3	0.23	0.3	0.891
9	Denmark	10.56	84.8	5	0.31	0.4	0.946
10	Estonia	7.58	77	5	0.14	0.2	0.891
11	Finland	9.63	81.3	8	0.19	0.2	0.939
12	France	12.13	76.8	8	0.35	0.4	0.9
13	Germany	12.69	78.5	4	0.31	0.4	0.948
14	Greece	9.5	54	8	0.32	0.4	0.887
15	Hungary	7.29	70.5	15	0.34	0.4	0.849
16	Iceland	9.61	83.3	3	0.29	0.3	0.955
17	Ireland	7.11	78	5	0.28	0.3	0.945
18	Israel	7.71	68.2	3	0.22	0.4	0.906
19	Italy	9.63	75.9	5	0.25	0.3	0.892
20	Japan	11	84.9	4	0.18	0.2	0.917
21	Korea	8.35	59.8	8	0.23	0.3	0.922
22	Latvia	7.25	63.4	18	0.34	0.4	0.873
23	Lithuania	7.48	68.7	9	0.27	0.4	0.88
24	Luxembourg	5.74	87.4	6	0.45	0.3	0.921
25	Mexico	6.22	52.9	59	1.14	1.4	0.757
26	Netherlands	11.21	68.9	4	0.38	0.4	0.938
27	New Zealand	10.07	77.9	7	0.38	0.5	0.935
28	Norway	11.25	86	2	0.17	0.2	0.963
29	Poland	6.5	71.9	2	0.35	0.4	0.874
30	Portugal	10.55	64.2	12	0.24	0.3	0.861
31	Slovak Republic	7.13	80.3	5	0.5	0.6	0.86
32	Slovenia	9.43	72.6	5	0.21	0.2	0.91
33	Spain	10.75	73.1	3	0.25	0.3	0.894
34	Sweden	11.33	86.2	5	0.23	0.3	0.944
35	Switzerland	11.73	35.9	7	0.37	0.4	0.957
36	Türkiye	4.62	78.8	17	0.9	1.1	0.835
37	United Kingdom	12.16	83.7	10	0.37	0.4	0.92
38	United States	18.76	57	21	0.53	0.6	0.923

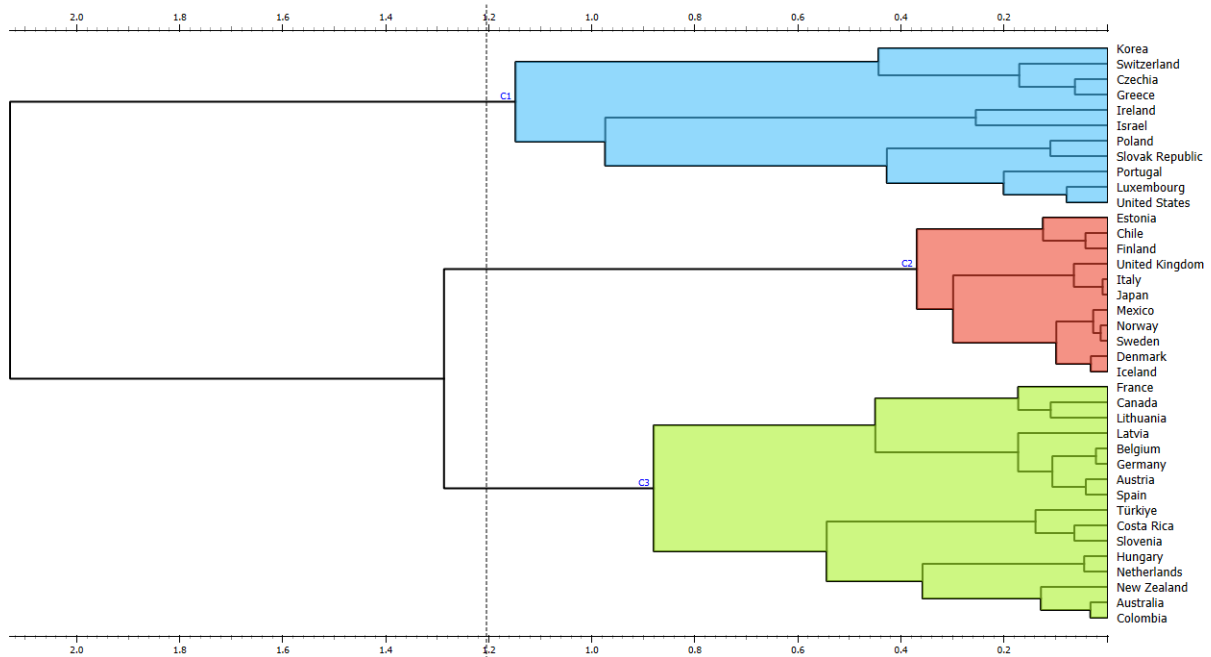
Table 3 shows the correlation analysis results for the variables. To evaluate correlations among the study variables, Alpar's specified intervals were used (Alpar, 2013). Table 3 illustrates a significant and positive correlation between HDI and total health expenditure and the share of health services. Additionally, there is a negative and statistically significant correlation between HDI and maternal, infant and child mortality rates.

**Table 3. Correlation Analysis among Variables**

	THE	PHE	MMR	IMR	CMR	HDI
THE	1	+0.279	-0.157	-0.246	-0.251	+0.485
PHE	-0.079	1	-0.320	-0.268	-0.309	+0.279
MMR	-0.157	-0.320	1	+0.859	+0.857	-0.782
IMR	-0.246	-0.268	+0.859	1	+0.978	-0.753
CMR	-0.251	-0.309	+0.857	+0.978	1	-0.781
HDI	+0.485	+0.279	-0.782	-0.753	-0.781	1

Ward's method, one of the hierarchical clustering methods, was initially employed to ascertain the number of clusters within the scope of the analysis. The resulting dendrogram diagram, produced by the hierarchical clustering analysis, is presented in Figure 1. When the dendrogram diagram was examined, the number of clusters that should be used when applying the k-means method was determined as 3.

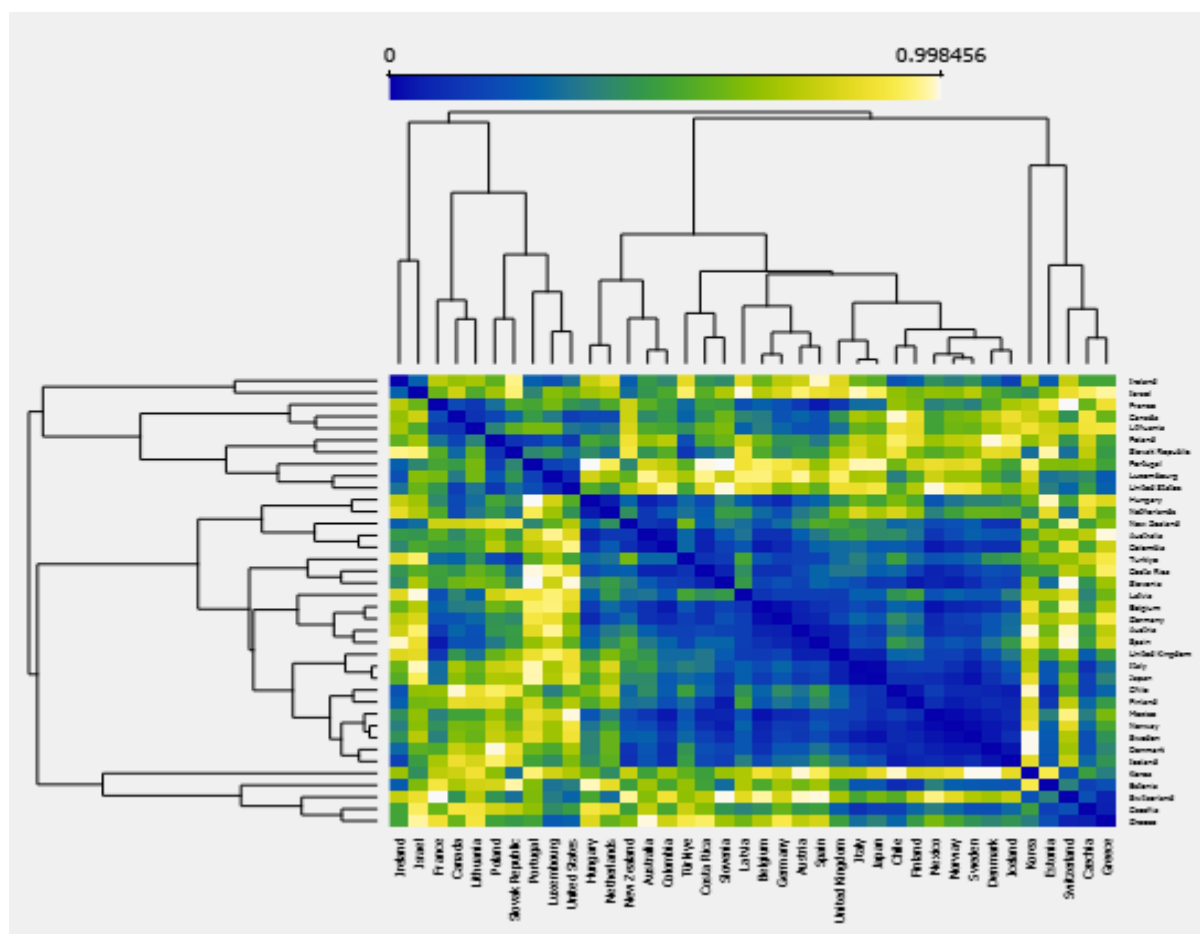
**Figure 1. Dendrogram Graph Created using Ward's Method**



One of the key instruments utilized to elucidate the distinctions between the constituent data points within the data set of the Orange data mining tool is the distance matrix unit. The distance matrix offers a valuable means of comparing observations in pairs. According to distance matrix, the countries of Australia and Colombia are the most closely related, with the lowest value of 0.008. This can be clearly seen in the dendrogram diagram in Figure 1 or the distance map in Figure 2.



**Figure 2. Distance Map**



The K-means clustering method was executed for 38 countries utilising the Orange application. The results indicated that there were 22 countries in Cluster 3, three in Cluster 2, and 13 in Cluster 1. The Silhouette index, which is one of the various metrics for evaluating the reliability of the k-means method, ranges between -1 and +1. Values approaching 1 indicate optimal clustering (Tebala and Marino, 2023). Upon examination of Table 4, it becomes evident that Sweden exhibits the highest Silhouette value (0.671093), while Israel displays the lowest (0.45814).

**Table 4. Cluster Groups**

Countries	Cluster	Silhouette
Australia	C3	0.650127
Austria	C3	0.660166
Belgium	C3	0.666706
Canada	C3	0.60692
Chile	C1	0.582661
Colombia	C2	0.645937
Costa Rica	C1	0.540969
Czechia	C3	0.637483
Denmark	C3	0.669812
Estonia	C3	0.582933
Finland	C3	0.660381
France	C3	0.634051
Germany	C3	0.655608
Greece	C1	0.564787
Hungary	C1	0.548443
Iceland	C3	0.666164
Ireland	C3	0.612198
Israel	C1	0.45814
Italy	C3	0.62165
Japan	C3	0.66305
Korea	C1	0.496159
Latvia	C1	0.57114
Lithuania	C1	0.519559
Luxembourg	C3	0.5812
Mexico	C2	0.649484
Netherlands	C3	0.614107
New Zealand	C3	0.641805
Norway	C3	0.659905
Poland	C1	0.503708
Portugal	C1	0.501937
Slovak Republic	C1	0.48335
Slovenia	C3	0.617545
Spain	C3	0.621386
Sweden	C3	0.671093
Switzerland	C1	0.531656
Türkiye	C2	0.485741
United Kingdom	C3	0.653867
United States	C1	0.48123

The results of the k-means cluster analysis and the cluster locations of the countries are also shown in Figure 3. The visualisation of the multidimensional scaling according to the k-means method is shown in Figure 4. Looking at Figure 4, we can see that Turkey, which is in cluster 2, deviates from cluster 1.

Figure 3. Scatter Plot with K-Means

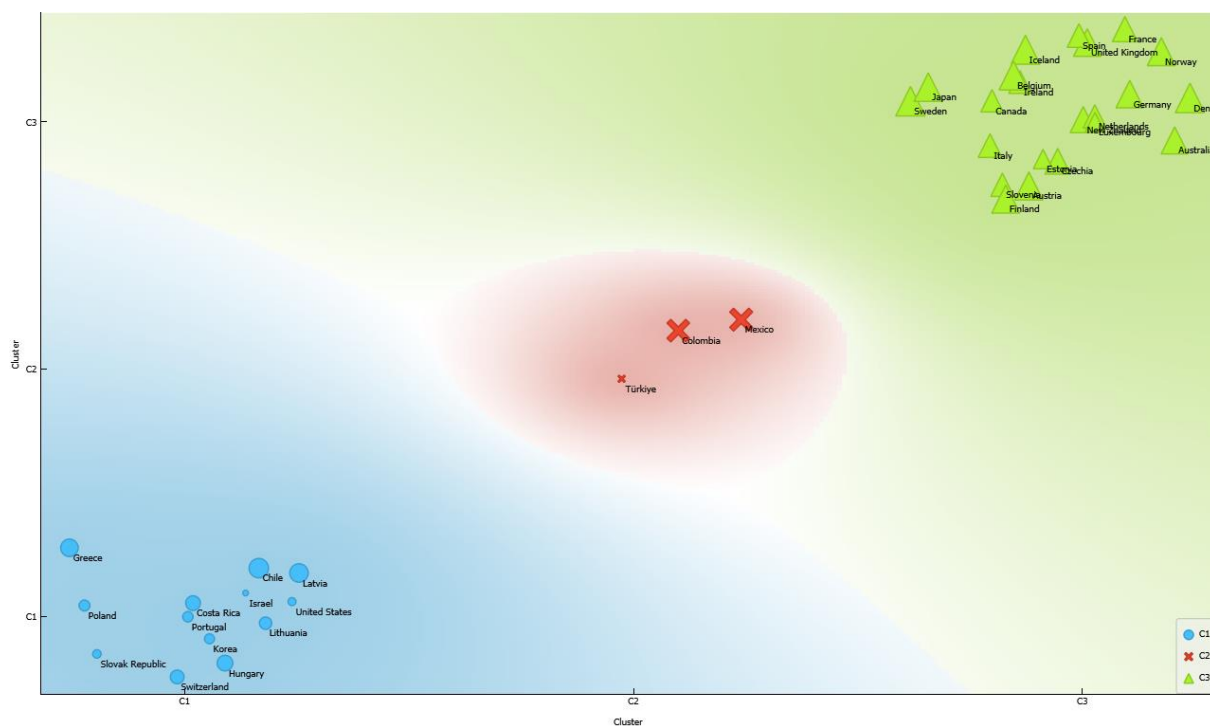
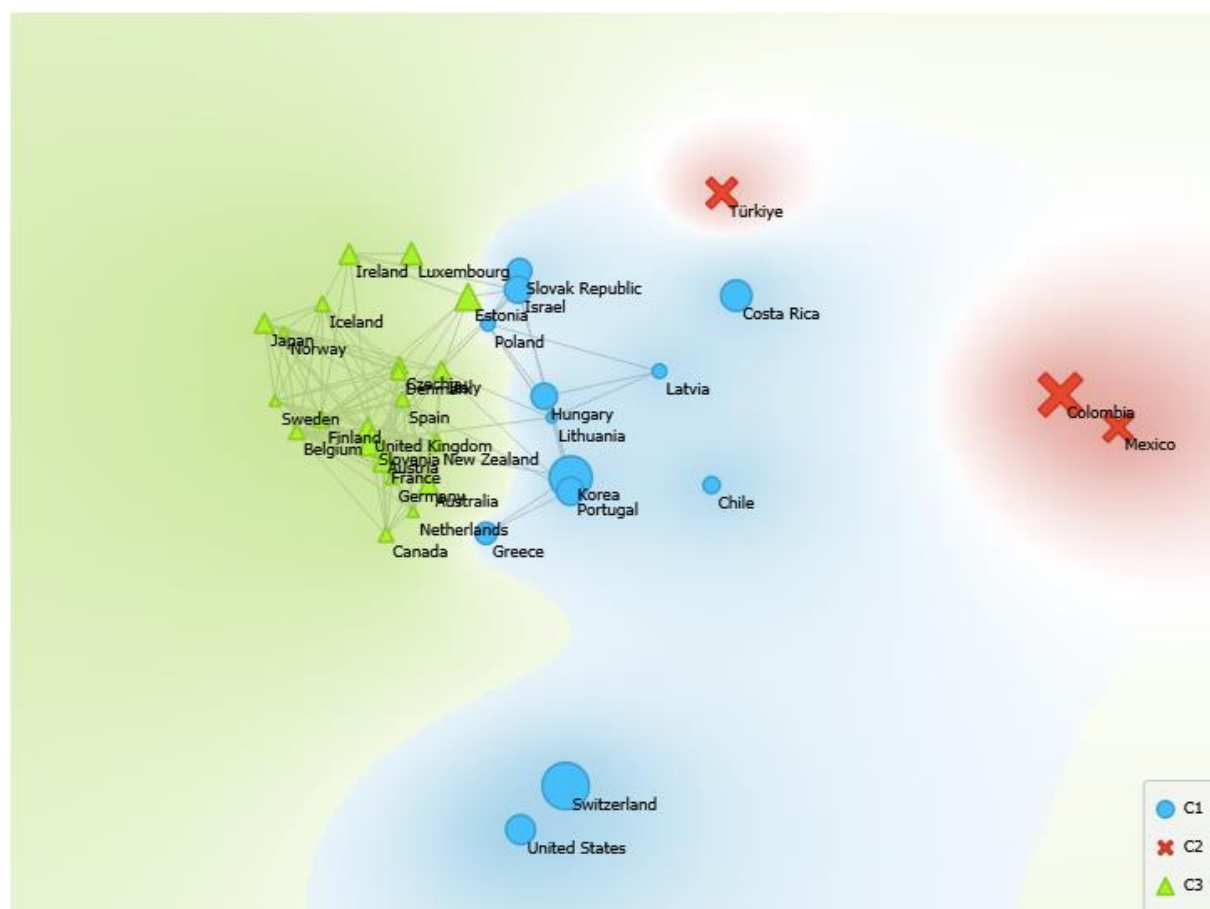


Figure 4. MDS K-Means



#### **IV. DISCUSSION AND CONCLUSION**

This paper presents a classification of OECD member countries according to the HDI, mortality rates and health expenditures, which is arguably the most prevalent measure of welfare. The study employed cluster analysis to examine the relationships between health expenditure, mortality rates and the human development index across 38 OECD countries. In the study, the data were initially standardised. Thereafter, the most appropriate number of clusters was determined by means of the hierarchical cluster analysis technique. Finally, the clustering was conducted using the k-means method.

The results of the correlation analysis indicate a significant and positive relationship between the HDI and total health expenditure as well as the share of health expenditure. A negative and strong relationship was found between HDI and maternal, infant and child mortality rates. The measurement of health indicators constitutes an essential element of the HDI. Cluster analysis revealed that Colombia, Mexico and Turkey belong to the same cluster group. These countries were also found to have the lowest HDI and the lowest proportion of health expenditure and the highest mortality rates. Additionally, an examination of the development level reveals that Colombia and Mexico exhibit a medium development level ( $HDI < 0.80$ ), while Turkey, despite its high development status, continues to require advancement in comparison to other OECD members. It is also noteworthy that these countries possess fragile economies. Particularly noteworthy is Turkey's underperformance in comparison to other EU countries, despite its candidacy for EU membership. To address these challenges, Turkey must prioritize investment in development and augment its health expenditures over the long term.

While some of the observed inequalities in health outcomes, such as mortality rates, are associated with access to and the quality of health care (Peters et al., 2008), there are notable connections between these inequalities and seemingly unrelated factors, including education and income levels. A notable finding is that populations from lower socioeconomic backgrounds experience a disproportionate impact on these outcomes (United Nations Children's Fund, 2025). This phenomenon has been consistently documented by various sources, including the (World Health Organization, 2021; World Health Organization, 2020; Chu et al., 2007). The correlation between maternal and infant mortality in certain countries, such as Western Europe and Canada, and the quality of healthcare is not as significant as previously thought. Instead, this phenomenon can be better explained by socioeconomic development (Nuhu et al. 2018). While these countries allocate a higher share to health expenditures, it is observed that the rate of health expenditures and the share of public health expenditures are lower in some Central European countries, which are in the lower group among European Union countries. A similar observation can be made when examining the data on health expenditure variables. It is evident that the lower share allocated to public health expenditures in the USA and Switzerland contributes to their shared grouping with Central and Eastern European countries and countries with lower levels of development, such as Chile and Costa Rica.

The HDI is an appropriate method for evaluating the development of a country and is the most crucial index for estimating the infant mortality (Morse, 2014). Infant mortality is highly responsive to policy interventions that directly or indirectly impact the health of infants. These include policies pertaining to the availability and accessibility of child and maternal health services, as well as those concerning the education of girls (Reidpath and Allotey, 2003). Infant and under-five mortality rates were included as a key indicator in the 60,000-year socio-economic development plan, which was implemented in 2015 to assess progress in socio-economic development and health (United Nations, 2007). The infant mortality rate is therefore considered one of the most effective mortality indicators to reflect general socio-economic development (Doorslaer and Koolman, 2004).

One study determined that health expenditure mediates the relationship between HDI and maternal and infant mortality (Nuhu et. al, 2018). The available evidence indicates that health expenditure at the central and local government levels has a positive effect on the HDI and its constituent elements (Miranda-Lescano et al., 2023). This was achieved through their panel data analysis, which encompassed the period between 2000 and 2018 and included 57 developed and developing countries. In a study covering 191 countries, it was stated that the current health expenditure per capita variable,

among the health expenditure variables, has a significant effect on the HDI (Akin and Koç, 2021). Another study concluded that the increase in health expenditures in 25 Southwest Asian countries between 2000 and 2008 led to an increase in the HDI (Mirahsani, 2016). In a study covering 81 countries and classifying countries according to variables affecting HDI levels, stated that the statistical effect of health expenditures and infant mortality rate variables was significant (Yakut et al., 2015). As a result of the research conducted to determine the impact of some health indicators on the HDI in OECD countries and covering the years 2011-2016, it was found that the most effective variable on the HDI was the infant mortality rate (Coşar, 2020).

The present study demonstrates that there is a positive correlation between a country's HDI and health expenditure, and a negative correlation between mortality rates. The findings of the study indicate that health expenditure is a crucial determinant of human development. It is thought that countries with low HDI can improve health outcomes by reducing maternal, infant and under-five child mortality rates by increasing health expenditures. It is therefore clear that increasing the share of health expenditure allocated by policy makers can be a useful strategy for achieving higher levels of human development. It is thought that future studies would be useful to reclassify countries by adding more health indicators to the human development index. It is evident that the United Nations (UN) community has directed its attention toward the advancement of maternal and infant health, along with the reduction of mortality rates, within the framework of the Millennium Development Goals (MDGs) established by the year 2015. Moreover, the UN has identified the promotion of economic growth, the alleviation of poverty and hunger, the facilitation of basic education, and the promotion of gender equality as pivotal to human development. Among the 17 fundamental Sustainable Development Goals (SDGs) that the UN aspires to achieve by the year 2030, significant emphasis has been placed on the advancement of health and the amelioration of issues such as hunger, poverty, education, gender equality, hygiene, and inequality, all of which are instrumental in fostering human development. In this regard, it is imperative for nations to prioritize the formulation of studies that address these areas within their respective agendas, with the objective of effecting tangible improvements.

The principal limitation encountered in studies employing secondary data is the absence of suitable variable and country data for the targeted year. In addressing this challenge, this study employed a diverse set of year-specific data for the variables under consideration. In such instances, data from adjacent years is favored. While this is not an optimal solution, it aligns with the findings of analogous studies in the extant literature. These studies suggest that when direct access to data for the desired year is not possible, data from the closest year can be utilized. In studies that span multiple countries, the presence of incomplete and non-standard statistics poses significant challenges to effective comparison and analysis.

Cluster analysis is a simple and interpretable method for classifying complex data sets according to specific variables and providing decision-makers with guidance. In future studies, the application of various clustering methods to the same data set will facilitate a comparative analysis of the outcomes produced by these methods and the distribution of data groups. Furthermore, the relationship between human development, mortality rates, and health expenditures can be examined using panel regression analysis based on a time period belonging to different years. Furthermore, studies that utilize health indicators derived from disparate databases are poised to further enrich the existing body of knowledge.

**Ethics Committee Approval:** This study does not require ethics committee approval.

## REFERENCES

- Akın, P., & Koc, T. (2021). Prediction of human development index with health indicators using tree-based regression models. *Adiyaman University Journal of Science*, 11(2), 410-420.
- Alijanzadeh, M., Asefzadeh, S., & Moosaniaye, Z. S. A. (2016). Correlation between human development index and infant mortality rate worldwide. *Biotech Health Sciences*, 3(1), e35330.
- Alpar, R. (2013). *Çok değişkenli istatistiksel yöntemler (4. Bs.)*. Detay Yayıncılık, Ankara.
- Altaş, D., & Arıkan, G. (2017). The analysis of human development index with cluster analysis techniques. *Social Sciences Research Journal*, 6(3), 126-138.
- Anand, S., & Sen, A. (2000). The income component of the human development index. *Journal of Human Development*, 1(1), 83-106.
- Arntzen, A., Samuelsen, S. O., Bakketeig, L. S., & Stoltenberg, C. (2004). Socioeconomic status and risk of infant death. A population-based study of trends in Norway, 1967–1998. *International Journal of Epidemiology*, 33(2), 279-288.
- Babiarz, P., Grabiński, T., Migala-Warchoł, A., & Szczygieł, E. (2018). The application of customized human development index to the analysis of socio-economic development of the European Union member states. *Economics & Sociology*, 11(4), 332.
- Chu, K. C., Miller, B. A., & Springfield, S. A. (2007). Measures of racial/ethnic health disparities in cancer mortality rates and the influence of socioeconomic status. *Journal of the National Medical Association*, 99(10), 1092.
- Coşar, K. (2020). *OECD sağlık verilerinin veri madenciliği yöntemleri ile analizi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul.
- Crémieux, P. Y., Ouellette, P., & Pilon, C. (1999). Health care spending as determinants of health outcomes. *Health Economics*, 8(7), 627-639.
- Dobesova, Z. (2024). Evaluation of Orange data mining software and examples for lecturing machine learning tasks in geoinformatics. *Computer Applications in Engineering Education*, e22735.
- Doorslaer, E. V., & Koolman, X. (2004). Explaining the differences in income-related health inequalities across European countries. *Health Economics*, 13(7), 609-628.
- Fahmiyah, I., & Ningrum, R. A. (2023). Human development clustering in Indonesia: Using K-means method and based on Human Development Index categories. *Journal of Advanced Technology and Multidiscipline*, 2(1), 27-33.
- Ferreira, L., & Hitchcock, D. B. (2009). A comparison of hierarchical methods for clustering functional data. *Communications in Statistics-Simulation and Computation*, 38(9), 1925-1949.
- Güloğlu, H., Güloğlu, B., & Güven, M. (2018). K means clustering analysis of the determinants of Human Development Index for the member states of the Organization for Islamic Cooperation. Eurasian Academy of Sciences Eurasian Econometrics, *Statistics & Empirical Economics Journal*, 11, 67- 77.
- Hakobyan, M., Mkrtchyan, A., & Yepiskoposyan, L. (2006). Infant mortality in Armenia, 1992–2003. *Economics & Human Biology*, 4(3), 351-358.

- Hands, S., & Everitt, B. (1987). A Monte Carlo study of the recovery of cluster structure in binary data by hierarchical clustering techniques. *Multivariate Behavioral Research*, 22(2), 235-243.
- Khosravi, A., & Rahbar, M. R. (2009). *Health profile indicators in the Islamic Republic of Iran*. Ministry of Health & Medical Education Deputy for Health, Iran.
- Krylovas, A., Kosareva, N., & Dadelo, S. (2020). European countries ranking and clustering solution by children's physical activity and human development index using entropy-based methods. *Mathematics*, 8(10), 1705.
- Mirahsani, Z. (2016). The relationship between health expenditures and human development index. *Journal of Research & Health*, 6(3), 373- 377.
- Miranda- Lescano, R., Muinelo- Gallo, L., & Roca- Sagalés, O. (2023). Human development and decentralization: The importance of public health expenditure. *Annals of Public and Cooperative Economics*, 94(1), 191-219.
- Morse, S. (2014). Stirring the pot. Influence of changes in methodology of the Human Development Index on reporting by the press. *Ecological Indicators*, 45, 245-254.
- Mylevaganam, S. (2017). The analysis of Human Development Index (HDI) for categorizing the member states of the United Nations (UN). *Open Journal of Applied Sciences*, 7(12), 661-690.
- Nixon, J., & Ulmann, P. (2006). The relationship between health care expenditure and health outcomes: Evidence and caveats for a causal link. *The European Journal of Health Economics*, 7, 7-18.
- Nuhu, K. M., McDaniel, J. T., Alorbi, G. A., & Ruiz, J. I. (2018). Effect of healthcare spending on the relationship between the Human Development Index and maternal and neonatal mortality. *International Health*, 10(1), 33-39.
- OECD (2024). Retrieved from <https://www.oecd.org/> (Accessed 06.10.2024).
- Orange, 2024. Retrieved from <http://orange.biolab.si/>. (Accessed 01.10.2024).
- 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.
- Polat, E. (2021). The classification of countries' Human Development Index level under economic inequality by using data mining classification algorithms. *Romanian Statistical Review*, 4, 27-44.
- Prados De La Escosura, L. (2015). World human development: 1870–2007. *Review of Income and Wealth*, 61(2), 220-247.
- Reidpath, D. D., & Allotey, P. (2003). Infant mortality rate as an indicator of population health. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 57(5), 344-346.
- Repiská, R., Grisáková, N., & Štetka, P. (2022). Hierarchical clustering based on international sustainability indices of EU countries. *Ekonomické rozhľady–Economic Review*, 51(2), 149-170.
- Reyes, G. E., & Useche, A. J. (2019). Competitiveness, economic growth and human development in Latin American and Caribbean countries 2006-2015: A performance and correlation analysis. *Competitiveness Review: An International Business Journal*, 29(2), 139-159.

- Rohani, H. S., Ahmadvand, A., & Garmaroudi, G. (2018). The relationship between important reproductive health indices and human development index in Iran. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 32, 54.
- Stanton, E. A. (2007). *The Human Development Index: A history, Working Papers wp127*, Political Economy Research Institute, University of Massachusetts at Amherst.
- Sulkowski, A., & White, D. S. (2016). A happiness Kuznets curve? Using model-based cluster analysis to group countries based on happiness, development, income, and carbon emissions. *Environment, Development and Sustainability*, 18, 1095-1111.
- Tebala, D., & Marino, D. (2023). Companies and artificial intelligence: an example of clustering with orange. In *Innovations and Economic and Social Changes due to Artificial Intelligence: The State of the Art* (pp. 1-12). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Tekin, B. (2018). Ward, k-ortalamalar ve iki adimli kümeleme analizi yöntemleri ile finansal göstergeler temelinde hisse senedi tercihi. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(40), 401-436.
- Tekin, B., & Gümüş, F. B. (2017). The classification of stocks with basic financial indicators: An application of cluster analysis on the BIST 100 index. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 7(5), 1-32.
- United Nations, (2007). *The millennium development goals report*. New York
- United Nations Children's Fund, (2017). Monitoring the situation of children and women. Retrieved from <https://data.unicef.org/topic/education/literacy/> (Accessed 14.02.2025).
- United Nations Development Program (2001). *Human Development Report 2001. Making New Technologies Work for Human Development*. Oxford University Press. New York.
- United Nations Development Program, (2014). UNDP, Human Development Report. New York.
- World Health Organization, (2020). *Children: Reducing mortality fact sheet*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/en/> (Accessed 14.02.2025).
- World Health Organization, (2021). *Maternal mortality fact sheet*. Retrieved from <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/maternal-mortality> (Accessed 14.02.2025).
- World Health Organization-Global Health Observatory, (2024). – processed by Our World in Data. Retrieved from <https://ourworldindata.org/financing-healthcare> (Accessed 01.10.2024).
- Yakut, E., Gunduz, M., & Demirci, A. (2015). Comparison of classification success of human development index by using ordered logistic regression analysis and artificial neural network methods. *Journal of Applied Quantitative Methods*, 10(3), 15-34.
- Yalçın, A. Z., & Çakmak, F. (2016). Türkiye'de kamu sağlık harcamalarının insani gelişim üzerindeki etkisi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 30(4), 705-724.





# ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNİN SAĞLIĞIN SOSYAL BELİRLEYİCİLERİNE DAYALI SAĞLIK ARAMA DAVRANIŞLARI: SOSYO-DEMOGRAFİK FAKTÖRLERİN ROLÜ

Hakan Oğuz ARI \*

## ÖZET

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu çalışmanın amacı, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin sağlığının sosyal belirleyicileri ile sağlık hizmeti arama davranışları arasındaki ilişkiyi ve bu değişkenlerin sosyodemografik özelliklere göre farklılaşma durumunu incelemektir. Araştırmanın bağımsız değişkeni sağlığın sosyal belirleyicileri, temel bağımlı değişkeni sağlık arama davranışları ve diğer değişkenleri ise sosyo-demografik özelliklerdir. Katılımcıların verdiği cevapların sosyo-demografik özelliklere farklılaşma durumu da incelenmiştir. Katılımcılara uygulanan anket, 217 öğrenci tarafından yanıtlanmış ve bu, öğrencilerin %89,3'lük bir kısmını kapsamaktadır. Araştırmada, Karatana tarafından Türkçe uyarlaması yapılan "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Ölçeği" ile Kıraç ve Öztürk tarafından geliştirilen "Sağlık Arama Davranışı Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler, SPSS ve Microsoft Excel kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin normal dağılım göstermemesi nedeniyle nonparametrik testler (Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis testleri) kullanılmıştır. Ayrıca, değişkenler arasındaki ilişkiler Spearman's Rho korelasyon katsayısı ile incelenmiştir. Araştırma bulgularına göre, öğrencilerin bulunduğu sınıf ve aile gelir durumları ile sağlığın sosyal belirleyicileri arasında anlamlı farklar bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Birinci sınıftaki öğrencilerinin ortalama puanları ikinci ve üçüncü sınıftaki öğrencilere göre; ikinci sınıftaki öğrencilerin ortalama puanları da üçüncü sınıftaki öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşüktür. Aynı şekilde, öğrencilerin genel sağlık durumu ile sağlık arama davranışları arasında da anlamlı farklar tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Genel sağlık durumunu 1-2 puan arasında değerlendiren katılımcıların ortalama puanlarının genel sağlık durumunu 5-6 puan arasında değerlendiren katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Sağlığın sosyal belirleyicileri ile sağlık arama davranışı arasında pozitif, ancak istatistiksel olarak anlamlı olmayan zayıf bir ilişki ( $r = 0,079$ ) olduğu gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, öğrencilerin sağlığının sosyal belirleyicileri açısından desteklenmeleri sayesinde daha bilinçli sağlık arama davranışları sergileyebileceği görülmüştür. Bu bulgular doğrultusunda, üniversite yöneticileri, aileler ve sağlık sektörü politika yapıcılarının, öğrencilerin sağlık ihtiyaçlarını destekleyici politikalar geliştirmeleri gerekmektedir. Ayrıca, sağlık hizmetlerine erişim ve kullanım konusunda öğrencilerin daha bilinçli olmaları için bilgilendirme faaliyetlerinin artırılması önerilmektedir. Bu tür çalışmalar, sağlık arama davranışlarının daha etkin ve olumlu bir şekilde gelişmesine katkı sağlayabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlığın sosyal belirleyicileri, sağlık arama davranışı, üniversite öğrencileri

## MAKALE HAKKINDA

\*Dr. Öğr. Üyesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, hakanoguz.ari@sbu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5817-0916>

Gönderim Tarihi: 21.11.2024

Kabul Tarihi: 12.03.2025

## Atıfta Bulunmak İçin:

Arı, H.O. (2025). Üniversite öğrencilerinin sağlığın sosyal belirleyicilerine dayalı sağlık arama davranışları: Sosyo-demografik faktörlerin rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 81-94. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1589191>

## HEALTH-SEEKING BEHAVIORS BASED ON THE SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH AMONG UNIVERSITY STUDENTS: THE ROLE OF SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS

Hakan Oğuz ARI \*

### ABSTRACT

The aim of this descriptive and cross-sectional study is to examine the relationship between the social determinants of health and health-seeking behaviors of Health Management Department students, as well as the variation of these variables based on socio-demographic characteristics. The independent variable of the study is the social determinants of health, the main dependent variable is health-seeking behaviors, and the other variables are socio-demographic characteristics. The variation in responses based on socio-demographic characteristics was also analyzed. A survey was conducted with 217 students, representing 89.3% of the population. The "Social Determinants of Health Scale," adapted into Turkish by Karatana, and the "Health-Seeking Behavior Scale," developed by Kırac and Öztürk, were used in the study. Data were analyzed using SPSS and Microsoft Excel, and nonparametric tests (Mann-Whitney U and Kruskal-Wallis) were applied due to the non-normal distribution of the data. Relationships between variables were assessed using Spearman's Rho correlation. The results showed significant differences in social determinants of health based on class level and family income ( $p < 0.05$ ). First-year students had higher mean scores than second- and third-year students, with second-year students scoring lower than third-year students. Additionally, significant differences were found between students' general health status and health-seeking behaviors ( $p < 0.05$ ). Participants who rated their general health as poor had lower health-seeking behavior scores than those who rated their health as good. A weak but non-significant positive correlation ( $r = 0.079$ ) was observed between social determinants of health and health-seeking behaviors. In conclusion, students who are supported in terms of the social determinants of health tend to exhibit more conscious health-seeking behaviors. These findings suggest that university administrators, families, and policymakers should develop strategies to support students' health needs. Additionally, increasing awareness about accessing and utilizing healthcare services could enhance students' health-seeking behaviors.

**Keywords:** Social determinants of health, health seeking behavior, university students

### ARTICLE INFO

\* Assistant Professor, University of Health Sciences, Gülhane Faculty of Health Sciences, Department of Health Management, Ankara, Türkiye, hakanoguz.ari@sbu.edu.tr

 <https://orcid.org/0000-0001-5817-0916>

Received: 21.11.2024

Accepted: 12.03.2025

### Cite This Paper:

Arı, H.O. (2025). Üniversite öğrencilerinin sağlığını sosyal belirleyicilerine dayalı sağlık arama davranışları: Sosyo-demografik faktörlerin rolü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 81-94. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1589191>

## I. GİRİŞ

Sağlık çok boyutlu bir kavram olup, etkilediği ve etkilendiği birçok faktör bulunmaktadır. Son yıllarda farklı toplumların sağlık göstergeleri üzerine yapılan çalışmalar, insanların doğduğu, büyüdüğü, çalıştığı, yaşadığı yerlerin ve yaşlanma süreçlerinin, tıbbi bakımın yanı sıra hastalık ve ölüm oranları üzerinde de güçlü bir etkiye sahip olduğunu belirlemiştir (Solar ve Irwin 2010; Marmot, 2012; Marmot, 2020). Dolayısıyla sosyal faktörlerin sağlık üzerinde etkili olduğu sonucuna varılarak sağlığın sosyal belirleyicileri kavramı önem kazanmıştır. Örneğin, düşük sosyoekonomik statüye sahip kişilerde kardiyovasküler ve kansere bağlı ölümlerin, psikolojik sorunların ve kötü sağlık deneyimlerinin, iyi sosyoekonomik statüye sahip kişilere göre daha yüksek olduğu çalışmalarla desteklenmektedir (Fuchs, 2017). Öte yandan düşük sosyoekonomik düzey, sağlık hizmetlerine erişimi, sağlığın korunmasını ve geliştirilmesini engellemekte, alınan bakımın sonuçlarını etkilemektedir (Lindquist vd., 2010). Sağlığın sosyal belirleyicileri (SSB), bireylerin sağlık durumlarına tesir eden tıbbi olmayan etkenlerdir. Kişilerin doğup büyüdüğü, çalıştığı yaşadıkları ve yaşlandıkları şartlar ve gündelik hayat şartlarını biçimlendiren sistemler bileşkesidir. Bu kavramlar arasında ekonomi politikaları ve sistemleri ile kalkınma öncelikleri, sosyal kurallar ve politikalar bulunmaktadır. SSB'nin sağlık eşitsizlikleri hususunda güçlü etkileri mevcuttur. Gelir, sosyal koruma, eğitim, işsizlik, çalışma hayatı koşulları, gıda güvensizliği, yaşanan konut ve çevre, çocukluk döneminin yaşandığı ortam, sosyal katılım, sağlık hizmetlerine erişim gibi birçok faktör sağlık eşitliğini olumlu ve olumsuz şekillerde etkileyebilecek sağlıktaki sosyal belirleyicilere örneklerdir (DSÖ, 2024). Sağlık arama davranışı (SAD) ise, sağlık durumunu iyi değerlendirmeyen, kendisini hasta olarak değerlendirmese bile bazı hastalık belirtileri gösteren ya da buna yönelik bir risk olduğunu düşünen ve tıbbi destek aramakta olan kişilerin ortaya koydukları eylemleri tanımlar (Huang vd., 2019). Olenja (2003) ise SAD'ı, bir sağlık problemi yaşadığını ya da hasta olduğunu algılayan kişilerin uygun bir çözüm elde etmek için gerçekleştirdiği hareket ya da hareketsizlik hali olarak tanımlamıştır. Kişilerin SAD farklılık gösterebilir. Bireylerin sergiledikleri SAD; online, profesyonel ve geleneksel olmak üzere üç alt bileşen ile değerlendirilmektedir. Kişilerin, bu kategorilerden hangisini veya hangilerini kullanacaklarını belirleyen ve bu durumları etkileyen farklı etkenler bulunmaktadır. Bu faktörler; kişilerin yaşı, cinsiyetleri, yaptıkları işler, gelir düzeyleri, eğitim seviyeleri, sosyal güvence durumları, sağlık okuryazarlığı seviyeleri, sağlık düzeyi ve hastalık algıları, hastalıklarının evreleri, tedavi olabilmeye imkanları, hastalığa toplumsal yaklaşım biçimleri, tedaviden elde edecekleri faydaya ilişkin düşünceleri, sağlık tesislerine ve hizmetlerine erişim kabiliyetleri, algıladıkları sağlık hizmeti kalitesi gibi etkenlerdir (Deniz ve Çimen, 2021). Hemen her kültürde vücutlarıyla ilgili ciddi şikâyetleri olan insanlar, bu şikâyetlerini gidermek için çeşitli yollar ararlar. Bu arayış bazen hekime başvurmak, bazen kendi kararları ile ilaç kullanmak, bazen güven duyduğu bir bireyin önerisine uymak, bazen de doğüstü kuvvetlerden yardım beklemek ile neticelenmektedir. İnsanların sağlıkları ve hastalıkları için neler yaptıkları, diğer bir ifadeyle sağlık davranışları konusu, kültürleri ve bireysel özellikleri nedeniyle önem arz etmektedir. Günümüzde gelişen teknolojiyle birlikte insanlar sağlıklarını online yöntemle de araştırabilmektedir (Kıraç ve Öztürk, 2021). Uygun olmayan SAD, daha kötü sağlık sonuçları, daha kötü sağlık istatistikleri, artan morbidite ve mortalite ile ilişkilendirilmiştir (Latunji ve Akinyemi, 2018).

Literatür incelendiğinde, sağlığın sosyal belirleyicilerini (Marmot, 2020; Solar ve Irwin, 2010; Akdemirel, 2024; İleri, 2019; Şahman ve Gün, 2024) ve sağlık arama davranışını (Mackian vd., 2004; Deniz ve Çimen, 2021; Sun vd., 2021; Özişli 2023; Şantaş vd., 2023) inceleyen araştırmaların yapıldığı görülmektedir. Ancak üniversite öğrencilerinde sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık arama davranışı ilişkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır. Gençlerin daha sağlıklı yetişkinler haline gelerek sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını gelecek nesillere aktarmaları, dolayısıyla toplum sağlığının iyileştirilmesi oldukça önemlidir. Bu nedenle öncelikle üniversite öğrencilerinin sağlığının sosyal belirleyicileri açısından ihtiyaçlarının belirlenmesi ve iyileştirmeye yönelik girişimlerin planlanması gerekmektedir (Karatana, 2023). Yapılacak araştırmalardan elde edilecek sonuçlar vasıtasıyla, bu alandaki bilgi birikiminin artırılması, özellikle genç nüfustan hareketle, toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesinde kullanılabilecek politikaların geliştirilmesine de destek sağlayacaktır.

Üniversite öğrencilerinin, sağlıklı olma durumlarını ortaya koyan sosyal belirleyiciler ile sağlık arama davranışlarının nasıl şekillendiğinin incelenmesi ve bu iki kavram arasındaki ilişkinin ortaya konulması, gençlerin daha sağlıklı yetişkinler haline gelerek sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını gelecek nesillere aktarmaları, dolayısıyla toplum sağlığının iyileştirilmesi süreçlerine katkı sağlayabilir. Bu nedenle öncelikle üniversite öğrencilerinin sağlığın sosyal belirleyicileri açısından ihtiyaçlarının belirlenmesi ve iyileştirmeye yönelik girişimlerin planlanması ile sağlık sorunu yaşadıklarında nasıl bir hizmet alma arayışına girdiklerinin belirlenmesi gerekmektedir. Bu araştırmanın, literatürde bulunan bu boşluğa katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Ülkemizde nüfusun büyük bir bölümünü oluşturan üniversite öğrencilerinin, sağlıklı olma durumlarını ortaya koyan sosyal belirleyiciler ile sağlık arama davranışlarının nasıl şekillendiğinin incelenmesi ve bu iki kavram arasındaki ilişkinin ortaya konulması, sağlık hizmetlerinin planlanması ve örgütlenmesi açısından sağlık yöneticilerine önemli bilgiler ve ipuçları sağlayabilir. Genç yaşta kazanılacak sağlıklı yaşam davranış biçimleri ve bilinçli sağlık hizmeti kullanımı, ileri yaşlarda görülecek sağlık sorunlarını azaltma ve sağlıklı yaşam yıllarını artırma potansiyeline sahiptir. Araştırmanın amacı ve modeli çerçevesinde; geliştirilen üç hipotez sırası ile, (i) üniversite öğrencilerinin sağlığının sosyal belirleyicileri ile sağlık arama davranışları arasında anlamlı ilişki vardır, (ii) üniversite öğrencilerinin sağlığının sosyal belirleyicileri sosyodemografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir ve (iii) üniversite öğrencilerinin sağlık arama davranışları sosyodemografik özelliklerine farklılık göstermektedir şeklinde belirlenmiştir. Bu bağlamda bu çalışmada, sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin sağlığının sosyal belirleyicilerinin belirlenmesi, bir sağlık sorunu yaşadıklarında gösterdikleri sağlık hizmeti arama davranışlarının betimlenmesi, bu iki değişken arasındaki ilişkilerin ortaya konularak ve sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşma durumunun incelenmesi amaçlanmıştır.

## II. GEREÇ VE YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmanın yapılabilmesi için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapılan başvuru, Komisyonun 10.09.2024 tarih ve 2024/07 numaralı toplantısında görüşülmüştür. Araştırma, Komisyonun 2024-422 numaralı kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

### 2.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırmanın evreni, Ankara'da bir devlet üniversitesinin sağlık yönetimi bölümünde öğrenim gören öğrencilerden oluşmaktadır. İlgili bölümde aktif olarak 243 öğrenci bulunmaktadır. Araştırmada bir örneklem belirlenmesi yerine evrenin tamamına ulaşılması tercih edilmiştir. Araştırmaya toplam 217 öğrenci katılmış olup öğrencilerin %89,3'üne ulaşılmıştır. Araştırmanın verilerinin toplanması amacıyla anket formu öğrencilere 7-25.10.2024 tarihleri arasında uygulanmıştır.

### 2.3. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Yöntemi ve Araçları

Veriler, anket aracılığı ile toplanmıştır. Veri toplama formu, araştırmaya katılmayı kabul eden öğrencilerle yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur. Veri toplama formu üç bölümden oluşmuş olup, ilk bölümde katılımcıların sosyodemografik özelliklerine yönelik sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Ölçeği, üçüncü bölümde ise Sağlık Arama Davranışı Ölçeği kullanılmıştır.

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Ölçeği: İkinci bölümde sağlığın sosyal belirleyicilerini ortaya koymak amacıyla Johnson vd., (2022) tarafından geliştirilen, Karatana (2024) tarafından Türkçe uyarlaması yapılan "Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Ölçeği" kullanılmıştır. Ölçek; sosyal sağlık ihtiyaçları (11 ifade), genel sosyal sağlık ihtiyaçları (4 ifade) ve destekleyici sosyal sağlık (3 ifade) olmak üzere 3 boyuttan ve toplam 18 maddeden oluşmaktadır (Evet:1 puan, hayır: 0 puan). İfade

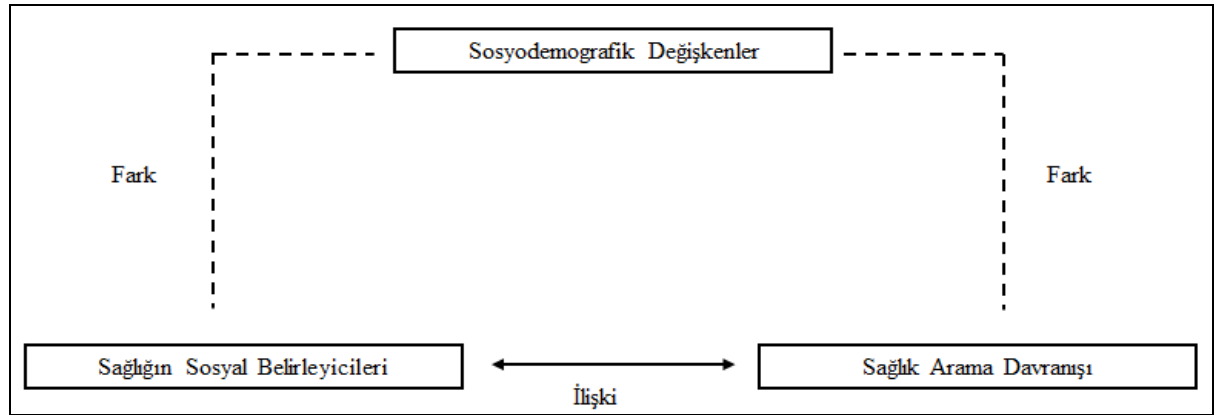
edilen değerlendirmeler sonucunda oluşan puanın fazla olması katılımcıların sosyal sağlık gereksiniminin de yüksek olacağını göstermektedir. Ölçeğin kapsam geçerliği indeksi 0,89 bulunmuştur. Ölçeğin Cronbach Alpha güvenirlik katsayısı 0,71 bulunarak güvenilir bir ölçek olduğu görülmüştür.

**Sağlık Arama Davranışı Ölçeği:** Üçüncü bölümde ise sağlık arama davranışlarını belirlemek amacıyla Kıraç ve Öztürk (2021) tarafından geliştirilen “Sağlık Arama Davranışı Ölçeği” kullanılmıştır. Ölçek; online sağlık arama (6 ifade), profesyonel sağlık arama (3 ifade) ve geleneksel sağlık arama (3 ifade) olmak üzere 3 boyuttan ve toplam 12 maddeden oluşmaktadır. Puanlama (hiç katılmıyorum=1, katılmıyorum=2, kararsızım=3, katılıyorum=4, kesinlikle katılıyorum=5) şeklinde 5’li Likert Ölçeğine göre yapılmıştır. Sağlık arama davranışı ölçeğinin bağlam geçerliğini sağlamak amacıyla sağlık kaygısı ölçeği ile uygulanmış ve olumlu bulunmuştur ( $p < 0,05$ ). Korelasyon katsayısı  $r = 0,214$ ’tür. Ölçekte yer alan her bir faktörde yer alan maddelerin arzulanan özellikleri ölçüp ölçmediğine yönelik bilgi sağlayan Cronbach alfa güvenirlik katsayıları 0,72 ile 0,75 arasında yer almakta olup güvenilir bir ölçek olduğu ortaya konulmuştur.

#### 2.4. Araştırmanın Modeli

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyodemografik özellikleri, sağlıklarının sosyal belirleyicileri ve sağlık arama davranışları arasında oluşturulan model Şekil 1’de sunulmuştur.

Şekil 1. Araştırma Modeli



Geliştirilen model kapsamında, araştırmada öncelikle sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinin bağımsız değişkenler olan sosyodemografik değişkenlere ait özellikleri (yaş, cinsiyet, sınıf, aile yapısı, birlikte yaşanan kişiler, ailenin gelir durumu, hekime başvuru sayısı, kendisinde kronik hastalık bulunması, ailesinde kronik hastalık bulunması, sürekli kullanılan ilaç, çalışma durumu ve genel sağlık durumu) ortaya konulmuştur. Sosyodemografik değişkenlere göre bağımlı ve bağımsız değişkenler olan katılımcıların sağlığının sosyal belirleyicileri ile sağlık arama davranışlarının değişip değişmediği irdelenmiş, devamında ise bu iki kavram arasındaki ilişki incelenmiştir.

#### 2.5. Verilerin Analizi

Araştırma sürecinde toplanan veriler SPSS ve Microsoft Excel ile analiz edilmiştir. Öncelikle katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek için tanımlayıcı istatistikler elde edilmiş, devamında verilerin analizi için parametrik/nonparametrik testlerden hangilerinin kullanılacağını belirlemek amacıyla Kolmogorov-Smirnov testi ve basıklık-çarpıklık değerleri test edilerek dağılımların normal olmadığı belirlenmiştir. Verilerin analizinde nonparametrik testler uygulanmıştır. Sosyodemografik özellikler ile değişkenler arasındaki farkların tespitinde Mann-Whitney U ve Kruskal-Wallis Testi, ölçeklerin ölçüm güvenilirliğinin belirlenmesinde Cronbach alfa katsayısı, değişkenlerin arasındaki ilişki durumu ise Spearman’s Rho korelasyon katsayısı ile değerlendirilmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkeni sağlığın sosyal belirleyicileri, temel bağımlı değişkeni sağlık arama davranışları ve diğer değişkenleri ise sosyo-demografik özelliklerdir. Katılımcıların verdiği cevapların

sosyo-demografik özelliklere farklılaşma durumu ve sağlığın sosyal belirleyicileri ve sağlık arama davranışları arasındaki ilişki de incelenmiştir.

### III. BULGULAR

Bu başlık altında, verilerin analizi sonucunda ulaşılan bulgular kategorize edilerek ve tablolaştırılarak sunulmuştur.

#### 3.1. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Ait Bulgular

Araştırmaya dahil olan toplam 217 kişinin %73,7'si kadın, %41,5'i 20-21 yaş aralığında, %28,6'sı birinci sınıfta %25,3'ü ise dördüncü sınıftadır. Katılımcıların %89'u çekirdek aile yapısına sahipken %56,7'si ailesi ya da bir akrabasının yanında %38,2'si ise öğrenci yurdunda kalmaktadır. Katılımcıların ailelerinin gelir durumuna bakıldığında %38,7'sinin 20.001-40.000 TL aralığında, %28'6'sının ise 40.001-60.000 TL aralığında olduğu görülmektedir. Katılımcıların %53,9'u son bir yıl içinde 0-3 defa hekime başvuru yaptığını beyan ederken %30,4'ü 4-7 kez başvuru yaptığını belirtmiştir. Kronik hastalığa sahip olduğunu belirten katılımcılar 7,8 düzeyindeyken, ailesinde bir kronik hastalık bulunanların oranı ise %53,5'tir. Katılımcıların %11,9'unun sürekli kullandıkları bir ilaç bulunmakta ve %11'i bir işte çalışmaktadırlar. Genel sağlık durumunu 10 puan üzerinden 7-8 puan aralığında değerlendiren katılımcıların oranı %47,4 iken 5-6 puan aralığında olduğunu belirtenlerin oranı ise %23'tür.

#### 3.2. Araştırmada Kullanılan Ölçeklerin Geçerlik ve Ölçüm Güvenirlikleri

Tablo 1'de araştırma sürecinde uygulanan ölçeklerin ve alt boyutlarının ölçüm güvenirliliğini ortaya koyan Cronbach's Alpha değerleri sunulmuştur. Ölçüm güvenirliliği, ölçümde kullanılan aracın farklı kişiler tarafından ve farklı zaman dilimlerinde uygulandığında tutarlı sonuçlar vermesi anlamına gelmektedir (Sainani, 2017). Yaygın olarak kullanılan yöntemlerden biri de Cronbach's Alpha katsayısıdır (Vehkalahti, 2000). Tablo 1'deki bulgular incelendiğinde sağlığın sosyal belirleyicileri ( $\alpha= 0,76$ ) ve sağlık arama davranışı ( $\alpha= 0,77$ ) ölçeklerinin oldukça güvenilir olduğu görülmüştür. Sağlığın sosyal belirleyicileri ölçeğinin kapsam geçerliği indeksi, ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapan Karatana (2024) tarafından 0,89 bulunmuştur. Bu çalışmada sağlığın sosyal belirleyicileri ölçeğinin geçerlik analizi için Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,689) testi ve Barlett testi (yaklaşık Ki-Kare: 524,981 ve p:0,000) sonuçlarından faydalanılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, örneklemin yeterliliği orta düzeyde olup, ölçeğin faktör analizi yapmaya uygun olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, 18 değişken üzerine uygulanan ve varyans maksimizasyonuna dayanan varimax rotasyonlu temel bileşenler faktör analizi, yapının üç faktör altında toplandığını ve toplam varyansın %54,47'sini açıkladığını ortaya koymuştur. Sağlık arama davranışı ölçeğinin ise bağlam geçerliğini sağlamak amacıyla, Kıraç ve Öztürk (2021) tarafından sağlık kaygısı ölçeği ile uygulanmış ve olumlu bulunmuştur ( $p<0,05$ ). Korelasyon katsayısı  $r = 0,214$ 'tür. Bu çalışmada, sağlık arama davranışı ölçeğinin geçerlik analizinde Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,718) testi ve Barlett testi (yaklaşık Ki-Kare: 846,317 ve p:0,000) sonuçları kullanılmıştır. Sonuçlar, örneklem yeterliliğinin orta düzeyde olduğunu ve ölçeğin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir. Ayrıca, 12 değişken üzerinde yapılan ve varyans maksimizasyonuna dayanan varimax rotasyonlu temel bileşenler faktör analizi, yapının üç faktör altında toplandığını ve toplam varyansın %67,05'ini açıkladığını ortaya koymuştur.

**Tablo 1. Güvenirlilik Değerleri**

Ölçekler	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha Değerleri
<b>Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Ölçeği</b>	18	0,76
Alt Boyut 1: Sosyal Sağlık İhtiyaçları	11	0,82
Alt Boyut 2: Genel Sosyal Sağlık İhtiyaçları	4	0,56
Alt Boyut 3: Destekleyici Sosyal Sağlık	4	0,65
<b>Sağlık Arama Davranışı Ölçeği</b>	12	0,77
Alt Boyut 1: Online Sağlık Arama	6	0,72
Alt Boyut 2: Profesyonel Sağlık Arama	3	0,86
Alt Boyut 3: Geleneksel Sağlık Arama	3	0,67

### 3.3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sağlık Sosyal Belirleyicileri ve Sağlık Arama Davranışı Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Tablo 2’de, katılımcıların sağlığının sosyal belirleyicilerinin ve sağlık arama davranışlarının sosyodemografik özelliklerine göre farklılaşp farklılaşmadığına yönelik bulgular verilmiştir.

**Tablo 2. Sosyodemografik Özelliklere Göre Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması**

Demografik Veriler / Ölçekler		n	Sağlığın Sosyal Belirleyicileri				Sağlık Arama Davranışı			
			$\bar{x}\pm ss$	F	p	Fark	$\bar{x}\pm ss$	F	p	Fark
Yaş	18-19 <sup>1</sup>	65	0,15±0,11	0,38	0,10		3,32±0,4	1,6	0,19	
	20-21 <sup>2</sup>	90	0,19±0,13				3,30±0,62			
	22-23 <sup>3</sup>	54	0,23±0,13				3,48±0,60			
	24-25 <sup>4</sup>	8	0,19±0,12				3,54±0,39			
Cinsiyet	Kadın <sup>1</sup>	160	0,20±0,13	2	0,15		3,36±0,57	0,14	0,71	
	Erkek <sup>2</sup>	57	0,16±0,12				3,39±0,51			
Sınıf	1 <sup>1</sup>	62	0,14±0,11	6,26	0,00	<b>1&lt;3,4 2&lt;3</b>	3,35±0,39	1,14	0,23	
	2 <sup>2</sup>	46	0,16±0,10				3,27±0,65			
	3 <sup>3</sup>	54	0,23±0,15				3,33±0,62			
	4 <sup>4</sup>	55	0,21±0,12				3,49±0,55			
Aile Yapısı	Çekirdek <sup>1</sup>	193	0,19±0,13	0,94	0,33		3,37±0,56	0,005	0,94	
	Geniş <sup>2</sup>	24	0,16±0,13				3,36±0,51			
Birlikte Yaşananlar	Aile/Akraba Yanında <sup>1</sup>	123	0,16±0,12	3,43	0,18		3,37±0,56	1,4	0,24	
	Yurt <sup>2</sup>	83	0,20±0,12				3,32±0,55			
	Arkadaşlarla Evde <sup>3</sup>	3	0,35±0,32				3,94±0,39			
	Tek Başına Evde <sup>4</sup>	8	0,22±0,17				3,49±0,48			
Ailenin Gelir Durumu	0-20.000 <sup>1</sup>	39	0,26±0,15	7,52	0,00	<b>1&gt;2,3,4</b>	3,42±0,53	2,58	0,06	
	20.001-40.000 <sup>2</sup>	84	0,18±0,11				3,45±0,43			
	40.001-60.000 <sup>3</sup>	62	0,17±0,10				3,20±0,65			
	60.001 ve üstü <sup>4</sup>	32	0,14±0,10				3,37±0,63			
Hekime Başvuru Sayısı	0-3 <sup>1</sup>	117	0,18±0,13	3,55	0,15		3,35±0,47	0,15	0,93	
	4-7 <sup>2</sup>	66	0,18±0,11				3,39±0,65			
	8-11 <sup>3</sup>	22	0,25±0,13				3,34±0,73			
	12 ve üstü <sup>3</sup>	12	0,25±0,17				3,43±0,48			
Kronik Hastalık	Var <sup>1</sup>	17	0,22±0,15	1,11	0,29		3,51±0,67	1,34	0,25	
	Yok <sup>2</sup>	200	0,19±0,12				3,35±0,54			
Ailede Kronik Hastalık	Var <sup>1</sup>	116	0,19±0,13	0,33	0,57		3,41±0,61	1,34	0,24	
	Yok <sup>2</sup>	101	0,18±0,13				3,32±0,49			
Sürekli Kullanılan İlaç	Var <sup>1</sup>	26	0,23±0,15	3,8	0,52		3,38±0,49	0,003	0,92	
	Yok <sup>2</sup>	191	0,18±0,12				3,36±0,56			
Çalışma durumu	Var <sup>1</sup>	24	0,18±0,16	0,24	0,62		3,42±0,62	0,26	0,61	
	Yok <sup>2</sup>	193	0,19±0,12				3,36±0,55			
Genel Sağlık Durumu	1-2 <sup>1</sup>	2	0,83±0,39	3,43	0,10		2,42±1,29	2,75	0,03	<b>1&lt;3</b>
	3-4 <sup>2</sup>	15	0,21±0,16				3,27±0,50			
	5-6 <sup>3</sup>	50	0,23±0,13				3,30±0,74			
	7-8 <sup>4</sup>	103	0,19±0,13				3,36±0,46			
	9-10 <sup>5</sup>	47	0,14±0,83				3,52±0,44			

Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Ölçeği ile katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişiler, hekime başvuru sayısı, kendisinde ve ailesinde kronik hastalık bulunması, sürekli ilaç



kullanma ve çalışma durumları ile genel sağlık durumuna ilişkin değerlendirmelerinin istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık sergilemediği görülmüştür ( $p>0,05$ ). Öte yandan katılımcıların öğrenim görmekte oldukları sınıf ve ailelerinin gelir durumuna göre Sağlık Sosyal Belirleyicileri Ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Birinci sınıftaki öğrencilerinin ortalama puanlarının ikinci ve üçüncü sınıftaki öğrencilere göre; ikinci sınıftaki öğrencilerin ortalama puanlarının da üçüncü sınıftaki öğrencilere göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür. Aile gelir durumu 20.000 TL ve altında olan katılımcıların ortalama puanlarının ise diğer gelir gruplarında bulunan katılımcılara göre istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunduğu görülmektedir.

Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ile katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, sınıfları, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişiler, ailelerinin gelir durumu, hekime başvuru sayısı, kendisinde ve ailesinde kronik hastalık bulunması, sürekli ilaç kullanma ve çalışma durumları arasında istatistiksel yönden anlam taşıyan bir farklılık tespit edilmemiştir ( $p>0,05$ ). Katılımcıların genel sağlık durumuna yönelik değerlendirmeleri ile Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ortalama puanları arasında ise istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık bulunduğu belirlenmiştir ( $p<0,05$ ). Genel sağlık durumunu 1-2 puan arasında değerlendiren katılımcıların ortalama puanlarının genel sağlık durumunu 5-6 puan arasında değerlendiren katılımcılara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmüştür.

### 3.4. Kullanılan Ölçekler ve Alt Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 3'te, araştırma kapsamında kullanılan SSB ölçeğinin ve ölçek alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir.

**Tablo 3. Sağlık Sosyal Belirleyicileri Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları**

Boyutlar	n	Toplam Verilen Puan	Elde Edilebilecek Maksimum Puan	Elde Edilebilecek Minimum Puan	Ortalama	St. Sapma
Sosyal sağlık ihtiyaçları	217	540	2387	0	0,23	0,16
Genel sosyal sağlık ihtiyaçları	217	33	868	0	0,04	0,12
Destekleyici sosyal sağlık faktörleri	217	161	651	0	0,25	0,24
Genel Ölçek	217	734	3906	0	0,19	0,13

SSB ölçeğinin genelinden veya alt boyutlarından elde edilen puanın yüksek olması katılımcıların o boyuta dair ihtiyacının fazla olduğunu göstermektedir. Tablo 3 incelendiğinde genel olarak katılımcıların sosyal sağlık ihtiyaçlarının düşük olduğu görülmekle birlikte, en yüksek ortalama puanı destekleyici sosyal sağlık boyutuna (0,25), ikinci sırada sosyal sağlık ihtiyaçları boyutuna (0,23) ve son olarak genel sosyal sağlık ihtiyaçları boyutuna (0,04) verdiği görülmektedir. Ölçeğin genelinde puan ortalaması ise 0,19'dur.

Tablo 4'te, araştırma kapsamında kullanılan SAD ölçeğinin ve ölçek alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri sunulmuştur.

**Tablo 4. Sağlık Arama Davranışı Ölçeği ve Alt Boyutlarının Puanları**

Boyutlar	n	Ortalama	St. Sapma	Min.	Max.
Online Sağlık Arama	217	2,88	0,73	1	4,33
Profesyonel Sağlık Arama	217	4,29	0,71	2	5
Geleneksel Sağlık Arama	217	3,40	0,85	1	5
Genel Ölçek	217	3,36	0,55	1,42	4,58

Tablo 4 incelendiğinde, katılımcıların bir sağlık sorununa sahip olduklarında en sıklıkla profesyonel sağlık arama davranışı ( $4,29\pm 0,71$ ) gösterdikleri, daha sonra ise sırası ile geleneksel ( $3,40\pm 0,85$ ) ve online ( $2,88\pm 0,73$ ) sağlık arama davranışı sergiledikleri belirlenmiştir.

### 3.5. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile Sağlık Arama Davranışı Arasındaki Korelasyon Analizi

Tablo 5'te SSB ölçeği ve alt boyutları ile SAD ölçeği ve alt boyutlarının arasındaki ilişkiye yönelik durumun tanımlanması için gerçekleştirilen korelasyon analizinin sonucu sunulmuştur.

**Tablo 5. Sağlığın Sosyal Belirleyicileri ile Sağlık Arama Davranışı Arasındaki İlişkiye Yönelik Korelasyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Sağlığın Sosyal Belirleyicileri Ölçeği (1)</b>	1							
Sosyal sağlık ihtiyaçları (2)	0,920**	1						
Genel sosyal sağlık ihtiyaçları (3)	0,477**	0,384**	1					
Destekleyici sosyal sağlık faktörleri (4)	0,478**	0,155*	0,201**	1				
<b>Sağlık Arama Davranışı Ölçeği (5)</b>	0,079	0,126	0,133	-0,067	1			
Online Sağlık Arama (6)	0,108	0,172*	0,110	-0,084	0,856**	1		
Profesyonel Sağlık Arama (7)	-0,038	-0,011	0,056	-0,073	0,464**	0,222**	1	
Geleneksel Sağlık Arama (8)	-0,020	-0,035	0,039	0,002	0,586**	0,237**	0,132	1

\*\*  $p < 0,01$  \*  $p < 0,05$

Sağlığın sosyal belirleyicileri ölçeği ile alt boyutları arasında pozitif, orta ve yüksek düzeyde ve anlamlı ilişkiler bulunduğu tespit edilmiştir. Sağlık arama davranışı ölçeği ile boyutları arasında ise pozitif, orta-yüksek ve anlamlı ilişkiler olduğu görülmüştür.

Sağlığın sosyal belirleyicileri ile sağlık arama davranışı arasında pozitif, istatistiksel olarak anlamlı olmayan zayıf bir ilişki olduğu görülmektedir ( $r=0,079$ ). Bu durumda sağlığın sosyal belirleyicilerinde görülecek bir iyileşmeyle sağlık arama davranışının da olumlu yönde artacağı ifade edilebilmekle birlikte bu ilişkinin zayıf olduğu görülmektedir.

Yapılan korelasyon analizinin, değişkenler arasındaki ilişkinin zayıf olduğunu göstermesi ve regresyon analizi için gerekli olan normallik ve doğrusallık varsayımı sağlanmadığı için etki ve sonuç ilişkisini test etmek amacıyla regresyon analizinin uygulanmasının uygun olmayacağı görülmüştür.

## IV. TARTIŞMA

SSB kavramı, sosyal politikalardan oldukça etkilenebilen ve bireylerin sağlığını şekillendiren tıbbi bakım dışındaki faktörlerdir (Braveman ve Gottlieb, 2014). Son yıllarda yapılan araştırmalarda, SSB'nin sağlık üzerinde sağlık hizmetleri ve yaşam tarzı seçimlerinden daha fazla etkili olduğu ve sağlık sonuçlarının %30-55'ini oluşturduğu öne sürülmektedir. Daha da ötesinde, sağlık sektörü dışında kalan diğer sektörlerin toplumun sağlığı üzerine olan etkisinin sağlık sektörünün katkısını aştığını gösterilmektedir (DSÖ, 2024). İnsanların sergiledikleri sağlık davranışlarının, sahip oldukları sosyodemografik değişkenlerin bir fonksiyonu olduğu ortaya konulmuştur. Kırsal veya kentsel bir bölgede yaşama, farklı eğitim düzeylerine sahip olma, bilgiye erişim yöntemleri, finansal kaynaklara sahip olma durumu, sağlık okuryazarlığı seviyesi gibi birçok faktör, bireylerin sağlık arama davranışlarını da etkilemektedir (Bourne, 2009). Global bağlamda sağlık hakkı, sağlığın sosyal belirleyicileri açısından da bir eşitlik halini gerektirmektedir. Bir diğer deyişle sağlık hakkı, büyük ölçüde sağlığın sosyal belirleyicileri tarafından tayin edilen sağlıklı olma yeteneğine ilişkin bir ahlaki talep olarak değerlendirilmektedir (Marmot vd., 2012). Bu noktadan hareketle, ülkelerin sosyal politikalarının sağlık eşitsizliklerine yol açmayacak şekilde tasarlanması büyük bir gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır (Navarro, 2009). Bu araştırmada üniversite öğrencilerinin sağlığının sosyal belirleyicileri ile sağlık arama davranışlarının arasındaki ilişki ve demografik özelliklerine göre bu kavramlar arasında bir farklılık olup olmadığı araştırılmıştır.

Çalışma kapsamında incelenen alanlardan biri olan SSB ölçeğine verilen cevaplar incelendiğinde, katılımcıların %35'inin eğitim ücretlerini karşılamada endişeleri olduğu görülürken %36,4'sı burs miktarlarının yeterli olmadığını, %77,4'ü ise stres altında olduklarını bildirmektedir. Katılımcıların %48,4'ü internet ve sosyal medya kullanımının hayatını olumsuz yönde etkilediğini bildirirken %51,2'si düzenli spor ve egzersiz yaptığını ifade etmektedir. Katılımcıların kendi maneviyatları ve yakın çevrelerinden aldıkları sosyal desteğin incelendiği destekleyici sosyal sağlık ve ailesi ile yakın çevresiyle olan ilişkilerinin sağlıklarına etkisini irdeleyen sosyal sağlık ihtiyaçlarının; yaşadıkları fiziki ortam, temel ihtiyaçlarını karşılayabilecek maddi güce sahip olma ve partnerlerinden fiziki veya duygusal şiddet görme durumlarının incelendiği genel sosyal sağlık ihtiyaçlarına göre daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir.

Katılımcıların SSB ölçeğine verdiği puanlar, katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişiler, hekime başvuru sayısı, kendisinde ve ailesinde kronik hastalık bulunması, sürekli ilaç kullanma ve çalışma durumları ile genel sağlık durumuna yönelik değerlendirmelerine göre anlamlı bir fark göstermezken, öğrenim görmekte oldukları sınıf ve ailelerinin gelir durumuna göre anlamlı bir fark tespit edilmiştir. Birinci sınıf öğrencilerinin diğer sınıftakilere göre, ikinci sınıf öğrencilerinin ise üçüncü ve dördüncü sınıf öğrencilerine göre SSB ölçek ortalama puanları daha düşüktür. Gelir düzeyi 20.000 TL ve daha altında olan grupta yer alan öğrencilerin diğer gelir gruplarında yer alanlara göre SSB ölçek ortalama puanları daha yüksektir. Çarıkçı (2019) tarafından yapılan bir araştırmada, son sınıftaki üniversite öğrencilerinin SSB ölçek puanlarının diğer sınıflardaki öğrencilere göre daha yüksek olduğu, gelir durumları açısından ise katılımcılar arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. Karatana ve Gencer (2023) tarafından yapılan bir araştırmada da bu yönde bulgular tespit edilmiş olup, genel manada katılımcıların sosyal sağlık ihtiyaçlarının düşük düzeyde olduğu, sosyal medya kullanım düzeylerinin hayatlarını etkilediği, eğitim masraflarını karşılamada endişeli oldukları, bursların ihtiyaçlarını karşılamaktan uzak olduğu ve stres altında yaşadıkları belirlenmiştir. Can (2024) ise yaptığı araştırmada, bireylerin gelir durumunun, toplumsal bütünleşme düzeyinin, stres seviyesinin ve maneviyat değerlendirmelerinin sağlık düzeyleri ile ilişkili olduğunu göstermiştir.

Çalışma kapsamında incelenen bir diğer alan olan SAD ölçeğine verilen cevaplar incelendiğinde, katılımcıların herhangi bir sağlık sorunu yaşadıklarında en sıklıkla hekim yönlendirmelerinin ve tavsiyelerinin göz önüne alındığı profesyonel sağlık arama davranışı gösterdikleri görülmektedir. Bunu takiben güvendiği kişilerden ve daha önce aynı hastalığı geçirmiş olan kişilerin tavsiyelerini ön plana çıkaran geleneksel sağlık arama ve son olarak ise internet tabanlı kaynaklara itibar edilen online sağlık arama davranışının sergilendiği belirlenmiştir. Katılımcıların sağlık arama davranışları, katılımcıların yaşları, cinsiyetleri, sınıfları, aile yapısı, birlikte yaşadığı kişiler, ailelerinin gelir durumu, hekime başvuru sayısı, kendisinde ve ailesinde kronik hastalık bulunması, sürekli ilaç kullanma ve çalışma statüleri arasında istatistiki yönden anlamlı bir fark göstermezken katılımcıların genel sağlık durumuna yönelik değerlendirmeleri ile SAD Ölçeği ortalama puanları arasında ise istatistiki açıdan anlamlı bir farklılık olduğu görülmektedir. Genel sağlık düzeyini düşük puan ile değerlendiren katılımcıların SAD puanlarının orta ve yüksek olarak değerlendiren katılımcılara göre daha düşük olduğu görülmektedir. Şantaş vd., (2023) tarafından yetişkin bireyler üzerinde yapılan bir araştırmada ise genel sağlık düzeyini düşük düzeyde değerlendirenlerin SAD puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu farklılığın çalışmaların evren ve örneklemelerinden kaynaklandığı, bireylerin yaşlarının artması ile sağlık arama davranışının yükseldiği düşünülmektedir. Deniz ve Çimen (2021), Mansur ve Ülke (2022) ve Özişli (2023) tarafından yapılan araştırmalarda ise, bu çalışma bulgularını destekleyen mahiyette, katılımcıların en sık olarak profesyonel, daha sonra da sırası ile geleneksel ve online sağlık arama davranışı gösterdikleri ortaya konulmuştur. Bu çalışmada elde edilen bulguya benzer şekilde, Abuduxike vd., (2020) tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık durumlarını zayıf olarak değerlendiren bireylerin orta ve yüksek olarak değerlendirenlere göre sağlık arama davranışlarının farklılaştığı tespit edilmiştir.

Araştırma sonucunda, SSB ölçeği ve alt boyutları incelendiğinde, genel ölçeği en çok etkileyen alt boyutların sırası ile sosyal sağlık ihtiyaçları ( $r=,920$ ); destekleyici sosyal sağlık faktörleri ( $r=,478$ ) ve genel sosyal sağlık ihtiyaçları ( $r=,477$ ) olduğu görülmektedir. Dolayısı ile sağlığın sosyal

belirleyicileri ölçeği ile alt boyutları arasında pozitif, orta ve yüksek düzeyde ve anlamlı ilişkiler bulunduğu söylenebilir.

Yapılan analizler neticesinde, SAD ölçeği ve alt boyutları incelendiğinde; genel ölçeği en çok etkileyen alt boyutların sırası ile online sağlık arama ( $r=,856$ ); geleneksel sağlık arama ( $r=,586$ ) ve profesyonel sağlık arama ( $r=,464$ ) olduğu görülmektedir. Bu nedenle sağlık arama davranışı ölçeği ile alt boyutları arasında ise pozitif, orta-yüksek ve anlamlı ilişkiler olduğu ifade edilebilir.

Bu araştırmanın sonucunda, araştırmaya katılan üniversite öğrencilerinin sağlığının sosyal belirleyicileri ile sergiledikleri sağlık arama davranışları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı olmayan zayıf bir ilişki olduğu ortaya konulmuştur ( $r=0,079$ ). Bu bilgiler ışığında, sağlığın sosyal belirleyicilerinde meydana gelecek olan bir iyileşmenin katılımcıların sağlık arama davranışlarını olumlu yönde geliştireceği söylenebilmekle birlikte bu ilişkinin zayıf olduğu görülmektedir.

Gerçekleştirilen değerlendirmeler kapsamında, 1 numaralı hipotez reddedilirken 2 ve 3 numaralı hipotezler kısmen kabul edilmiştir. Zira katılımcıların SSB değerlendirmeleri sosyodemografik özelliklerinden öğrenim görmekte oldukları sınıf ve ailelerinin gelir durumuna göre farklılık gösterirken; SAD değerlendirmeleri ise katılımcıların genel sağlık durumuna yönelik değerlendirmelerine göre farklılık göstermektedir.

Bu çalışmanın kısıtlarından biri, Ankara ilinde bulunan bir devlet üniversitesinin sağlık yönetimi bölümünde okuyan öğrenciler üzerinde gerçekleştirilmesidir. Bu nedenle elde edilen sonuçlar bu kısıt dahilinde değerlendirilmeli, tüm sağlık yönetimi bölümü öğrencilerine veya tüm üniversite öğrencilerine genellenmemelidir. Ek olarak çalışma, katılımcıların değerlendirerek puanlamış oldukları ölçeklerin önermeleri ile sınırlıdır. Gelecek dönemlerde yapılacak olan araştırmalarda, daha farklı illerde ve bölümlerde öğrenim gören öğrenciler üzerinde, daha geniş örneklem ve kamu-vakıf üniversitesi ayrımında belirlenecek olan çalışma grupları üzerinde araştırmalar yapılması önerilmektedir.

## **V. SONUÇ**

Üniversite öğrencilerinin sağlığının sosyal belirleyicilerinin ve sağlık hizmeti arama davranışlarının ortaya konulması ve bu kavramların birbirleri ile olan ilişkilerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmada, katılımcıların sağlık durumlarının sosyal belirleyicileri açısından elde edilen puanlara ( $\bar{x} = 0,19$ ) göre sosyal sağlık ihtiyaçlarının fazla olmadığı, sağlık arama davranışlarının ise ( $\bar{x} = 3,36$ ) yüksek düzeyde olduğu görülmektedir. Sağlığın sosyal belirleyicilerin katılımcıların öğrenim gördükleri sınıf ve gelir düzeylerine göre; sağlık arama davranışlarının ise katılımcıların genel sağlık durumuna yönelik değerlendirmelerine göre farklılaştığı belirlenmiştir.

Bu noktalardan hareketle, çalışmanın katılımcıları olan üniversite öğrencilerinin, yakın gelecekte toplumun orta yaşlı bireylerini oluşturacağı da düşünüldüğünde, sosyal belirleyiciler açısından desteklenmeleri, sağlıklı olma hallerini de güçlendirecektir. Özellikle katılımcıların maneviyatları ve yakın çevrelerinden aldıkları sosyal desteğin belirleyici olduğu destekleyici sosyal sağlık faktörleri ile ailesi ve yakın çevresiyle olan ilişkilerinin sağlıklarını etkilediğini ortaya koyan sosyal sağlık ihtiyaçları açısından desteklenmeleri elzem olarak görülmektedir. Bu nedenle sağlık ve sosyal sektörlerde politika yapıcıların, üniversite yöneticilerinin ve öğrencilerin ailelerinin bu alanları destekleyici politikalar ve eylemler geliştirmeleri önerilmektedir.

Bu çalışma kapsamında incelenmiş olan boyutlardan biri de sağlık arama davranışıdır. Bireylerin ve toplumun sağlık statüsünün yükseltilmesinde, bilinçli sağlık arama davranışları geliştirilmesinin önemli düzeyde etkili olduğu bilinmektedir. Bu yaklaşım, bireylerin sağlık arama davranışı eğilimlerinin iyileştirilmesi noktasına işaret etmekle birlikte, özellikle profesyonel sağlık arama davranış modellerinin geliştirilmesini önceliklendirmektedir. Bu nedenle üniversite öğrencilerinin de bir sağlık sorunu yaşadıklarında geleneksel veya online sağlık arama davranışlarının ötesinde,

profesyonel sağlık arama davranışı sergilemelerini geliştirecek ve pekiştirecek bilgilere sahip olmaları önem taşımaktadır.

Sağlık okuryazarlığı yüksek olan bireylerin, sağlık hizmeti kullanımında ve sağlık hizmeti arama davranışlarında daha olumlu kararlar verme eğiliminde olduğu (Sağlık Bakanlığı, 2018) noktasından hareketle, bireylerin sağlık arama davranışlarının olumlu yönde geliştirilebilmesi için, sağlık hizmetleri hakkında bilgiye nasıl ulaşılacağı ve nasıl değerlendirileceği hakkında bilgilendirme faaliyetlerinin yapılması önerilmektedir.

**Etik Kurul İzni:** Bu çalışma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Komisyonun 2024-422 numaralı kararı ile etik açıdan uygun bulunmuştur.

## KAYNAKLAR

- Abuduxike, G., Aşut, Ö., Vaizoğlu, S. A. ve 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.
- Akdemirel, E. (2024). OECD ülkelerinde sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine bir panel veri analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(1), 65-90.
- Bourne, P. A. (2009). Socio-demographic determinants of health care-seeking behaviour, self-reported illness and self-evaluated health status in Jamaica. *International Journal of Collaborative Research on Internal Medicine & Public Health*, 1(4), 101-130.
- Braveman, P. ve Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports (Washington, D.C. : 1974)*, 129(Suppl 2), 19–31.
- Can, İ. (2024). Bir Sosyal Bilim Olarak Tıp Ya da Sağlığın Sosyal Belirleyicileri. *Olgu Sosyoloji Dergisi*, 3(1), 18-29.
- Çarıkçı, F. (2019). *Sosyal hizmet bölümü öğrencilerinin sağlığın sosyal belirleyicileri hakkındaki bilgilerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi* (Yüksek lisans tezi). İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Deniz, S. ve Çimen, M. (2021). Sağlık arama davranışı üzerine bir araştırma. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 7(3), 639-646.
- DSÖ (2024). *Social determinants of health*. Erişim Adresi: [https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1)
- Fuchs, R. V. (2017). Social determinants of health. *JAMA*, 317(1), 25-26.
- Huang, M., Zhang, H., Gu, Y., Wei, J., Gu, S., Zhen, X., Hu, X., Sun, X. ve Dong, H. (2019). Outpatient health-seeking behavior of residents in Zhejiang and Qinghai Province, China. *BMC Public Health*, 19, 967, 1-8.
- İleri, O. N. (2019). Sağlığın sosyal belirleyicileri konusunda yaklaşım ve uygulama farklılıklarının araştırılması: Nitel bir çalışma. 3. *Uluslararası 21. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi*, Antalya.
- Johnson, K. F., Brookover, D. L. ve Bradbrook, K. (2022). Social health needs and promotive health factors scale for college students: Scale development and initial validation. *Journal of American College Health*, 70(1), 74–83.

- Karatana, Ö. ve Gencer, S. (2023). Üniversite öğrencilerinin sağlığın sosyal belirleyicilerinin sağlıklı yaşam farkındalığı ve yaşam becerilerine etkisinin belirlenmesi. 3. *Uluslararası 4. Ulusal Halk Sağlığı Hemşireliği Kongresi*.
- Karatana, Ö. (2024). Adaptation of the social determinants of health scale for university students to Turkish: A validity and reliability study. *IGUSABDER*, 769–779.
- Kıraç, R. ve Öztürk, Y. E. (2021). Health seeking behavior: Scale development study. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 12(29), 224-234.
- Latunji, O. O. ve Akinyemi, O. O. (2018). Factors influencing health-seeking behaviour among civil servants in Ibadan, Nigeria. *Annals of Ibadan Postgraduate Medicine*, 16(1), 52–60.
- Lindquist, A., Kurinczuk, J. J., Redshaw, M. ve Knight, M. (2010). Experiences, utilisation and outcomes of maternity care in England among women from different socio-economic groups: Findings from the National Maternity Survey. *BJOG*, 122, 1610–1617.
- Mackian, S., Bedri, N. ve Lovel, H. (2004). Up the garden path and over the edge: where might health-seeking behaviour take us? *Health policy and planning*, 19(3), 137–146. <https://doi.org/10.1093/heapol/czh017>
- Mansur, F. ve Ülke, R. (2022). Sağlık okuryazarlık düzeyinin sağlık arama davranışı ve sağlıklı yaşam tarzı davranışlarına etkisi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 25(1), 127-138.
- Marmot, M., Allen, J., Bell, R., Bloomer, E. ve Goldblatt, P. (2012). WHO European review of social determinants of health and the health divide. *The Lancet*, 380(9846), 1011-1029.
- Marmot, M. (2020). *Health equity in England: The Marmot review 10 years on*. Erişim Adresi: <https://www.health.org.uk/publications/reports/the-marmot-review-10-years-on>
- Navarro, V. (2009). What we mean by social determinants of health. *International journal of health services: planning, administration, evaluation*, 39(3), 423–441. <https://doi.org/10.2190/HS.39.3.a>
- Olenja, J. (2003). Editorial health seeking behaviour in context. *East African Medical Journal*, 80(2), 61-62.
- Özişli, Ö. (2023). Sağlık arama davranışı üzerine bir saha çalışması. *Sosyal Bilimler Metinleri*, (1), 40-47.
- Sağlık Bakanlığı Sağlığın Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. (2018). *Türkiye sağlık okuryazarlığı düzeyi ve ilişkili faktörleri araştırması*. Yayın No: 1103, Özyurt Matbaacılık, Ankara.
- Sainani, K. L. (2017). Reliability statistics. *PM&R*, 9(6), 622-628.
- Solar, O. ve Irwin, A. (2010). *A Conceptual framework for action on the social determinants of health*. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice), WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland.
- Sun, X., Luo, S. ve Lou, L. (2021). Health seeking behavior and associated factors among individuals with cough in Yiwu, China: A population-based study. *BMC Public Health*, 21, 1157.
- Şahman, O. ve Gün, İ. (2024). Sağlığın sosyal belirleyicilerinin Moora yöntemi ile analizi: OECD ülkeleri örneği. *Sosyal Güvençe*, 26, 1376-1399.

Şantaş, G., Şantaş, F. ve Kaya, S. (2023). Sağlık okuryazarlık düzeyi ile sağlık arama davranışı arasındaki ilişki: Bir alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 781-796.

Vehkalahti, K. (2000). *Reliability of measurement scales* (Doctoral dissertation), University of Helsinki, Finland.

# TOPLUMSAL CİNSİYET EŞİTSİZLİĞİNİN SAĞLIK SONUÇLARI İLE İLİŞKİSİ

Elif AKDEMİREL \*

## ÖZ

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, belirli bir toplumda yaşayanların cinsiyeti nedeniyle toplum baskısının etkisiyle kaynaklardan eşit olarak yararlanamamasıdır ve çoğunlukla toplumlarda küçük yaşlardan itibaren görülmeye başlar. Ülkelerin, bölgelerin normlarına göre değişen bu eşitsizlikler, doğrudan ya da dolaylı olarak sağlıkla ilişkidir. Bu çalışmada amaç, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeler için toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuç göstergeleri ile ilişkisini incelemektir. Bu sebeple, 2000-2021 yılları arası ülkelere ait verisi mevcut olan sağlık sonuç göstergelerinden doğumda beklenen yaşam süresi (DBYS), bebek ölüm hızı (BÖH), yeni doğan ölüm hızı (YÖH) ve beş yaş altı ölüm hızının (YAÖH) toplumsal cinsiyet eşitsizlik göstergesi olan toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi (TCEE) ile ilişkisi incelenmiştir. Çalışmada, panel regresyon analizi uygulanmıştır. Analiz sonucunda, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin doğumda beklenen yaşam süresi ile istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü derece negatif bir ilişki belirlenirken bebek ölüm hızı, yeni doğan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Ülkelerin tıbbi müdahalelerin yanında ve toplumsal cinsiyet eşitliğine öncelik veren kamu politikalarını oluşturması, yaşam süresinin uzamasında ve çocuk ölüm hızlarının azalmasında etkili olabilir. Sürdürülebilir kalkınma için toplumsal cinsiyet eşitliği ile üretkenlik artırılabilir ve gelecek nesiller için daha yaşanabilir bir dünya bırakılabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bebek ölüm hızı, doğumda beklenen yaşam süresi, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi.

## MAKALE HAKKINDA

\* Doktora Öğrencisi, İstinye Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, e78kiloc@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6256-5192>

Gönderim Tarihi: 23.09.2024

Kabul Tarihi: 28.02.2025

## Atıfta Bulunmak İçin:

Akdemirel, E. (2025). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Sağlık Sonuçları ile İlişkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1): 95-112. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1554690>



## RELATIONSHIP BETWEEN GENDER INEQUALITY AND HEALTH OUTCOMES

Elif AKDEMİREL \*

### ABSTRACT

Gender inequality is the inability of people living in a certain society to benefit equally from resources due to social pressure due to their gender, and it often begins to be seen in societies from an young age. These inequalities, which vary according to the norms of countries and regions, are directly or indirectly related to health. The aim of this study is to examine the relationship between gender inequality and health outcome indicators for countries with very high human development levels published by the United Nations Development Program. For this reason, the relationship between life expectancy at birth (LE), infant mortality rate (IMR), neonatal mortality rate (NMR) and under-five mortality rate (U5MR) among the health outcome indicators with available data for countries between 2000-2021 and the gender inequality index (GII), which is the indicator of gender inequality, was examined. Panel regression analysis was applied in the study. As a result of the analysis, a statistically significant and strong negative relationship was determined between gender inequality and life expectancy at birth, while a statistically significant and positive relationship was determined between infant mortality rate, neonatal mortality rate and under-five mortality rate. In addition to medical interventions, countries can create public policies that prioritize gender equality, which can be effective in increasing life expectancy and reducing child mortality rates. With gender equality for sustainable development, productivity can be increased and a more livable world can be left for future generations.

**Keywords:** Infant mortality rate, gender inequality, gender inequality index, life expectancy at birth.

### ARTICLE INFO

\* PhD Student, Istinye University, Department of Health Management, e78kilic@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-6256-5192>

Received: 23.09.2024

Accepted: 28.02.2025

### Cite This Paper:

Akdemirel, E. (2025). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliğinin Sağlık Sonuçları ile İlişkisi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 95-112. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1554690>

## I. GİRİŞ

Biyolojik olarak kadınları erkeklerden ayıran cinsiyet kavramı, toplumsal olarak kadınların ve erkeklerin sosyal olarak inşa edilmiş özelliklerini ifade eder. Bu özelliklere kadın ve erkek olmakla ilişkilendirilen tüm normlar, davranışlar, roller ve birbirleriyle olan ilişkiler de dâhildir (WHO, 2024a). Cinsiyet normları, kadınların ve erkeklerin kabul edilebilir davranışlarıyla ilgili kurallardır ve nasıl davranmaları, nasıl görünmeleri, nasıl hissetmeleri gerektiği ile ilgilidir (Weber vd., 2019). Cinsiyet eşitsizlikleri toplumlar tarafından sosyal olarak üretilir ve zamanla değiştirilebilir (WHO, 2008). Toplumsal cinsiyet normları, aile içinde, iş yerlerinde, okullarda ve medya da sürdürülür ve bu normlara uygunluk beklenir. Bu beklentiler bireylerin tutumlarını, deneyimlerini ve davranışlarını güçlü bir şekilde şekillendirerek yaşam boyu sağlık sonuçlarını etkiler (Weber vd., 2019). Toplumsal cinsiyet normları, cinsiyetler arasındaki önlenebilir ölüm ve hastalık yükü oranlarındaki eşitsizliklere neden olur (Veas vd., 2021). Kadınların sosyal konumu birçok ülkede son dönemlerde önemli ölçüde yol kat etmiş olsa da ilerleme eşitsiz bir şekilde dağılmaktadır (WHO, 2008). Anne ölüm oranları ve morbiditede ilerleme görünse de birçok ülkede bu oranlar halen daha yüksektir. Üreme sağlığı hizmetleri ülkeler içinde ve ülkeler arasında eşitsiz bir şekilde dağılmıştır (WHO, 2008). Meme ve serviks kanseri önlenebilir olmasına rağmen yaygın kanser türüdür. Erkekler de madde, alkol kullanımına ilişkin riskli sağlık davranışları, kazalar, intihar gibi durumlara karşı savunmasızlardır (Veas vd., 2021).

Cinsiyet, toplumlarda refahı etkileyen sosyal yapıların ve davranış kalıplarının bir belirleyicisi olarak incelenmiştir. Toplumlar da oluşan bu kalıplar sağlıkta cinsiyet eşitsizliklerine neden olur. Bu durum, halk sağlığı için, ölüm ve hastalık yüklerini etkileyen farklı mekanizmalar ile etkileşime geçip sağlık sonuçlarını etkileyebileceğinden önemlidir (Veas vd., 2021).

Toplumsal olarak cinsiyet eşitliğini sağlayarak kadınları güçlendirmek gelecek nesildeki sağlık açığını azaltmak için kritik öneme sahip olabilir. Bu nedenle, bu çalışma cinsiyet eşitsizliğinin, sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini incelemektedir. Bu zamana kadar yapılan çalışmalarda cinsiyet eşitliği ile sağlık sonuçları arasında bir ilişki bulunmuştur (Kolip ve Lange, 2018; Veas vd., 2021). Bu çalışma ise cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçlarından doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, yeni doğan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı bebek ölüm hızı ile ilişkisini 2000 – 2021 yılları arasında incelemeyi hedeflemektedir. Panel veri ile toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bebek ölüm hızlarına etkisi daha önce incelenmemiştir. Bu çalışmada, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının her yıl yayınladığı insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeler analize dâhil edilmiştir. İnsani gelişmişlik düzeyi, insan gelişiminin temel boyutlarındaki ortalama başarının özet bir ölçüsünü veren endeks ile ölçülür ve uzun ve sağlıklı bir yaşam, bilgi edinme, bilgili olma ve ortalama bir yaşam standardına sahip olmayı kapsar (UNDP, 2024a).

### 1.1. Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği

Toplumsal olarak cinsiyet, hormonlar ve üreme organları gibi kadınların, erkeklerin ve interseks bireylerin farklı biyolojik ve fizyolojik özelliklerini ifade eden cinsiyet ile ilişkili olup anlam yükü bakımından farklıdır (WHO, 2024a). Toplumsal cinsiyet, davranış, yaşam tarzı ve yaşam deneyimi ile ilişkilidir. Toplumlar da sağlık hizmetlerine erişimi, sağlık bakım sisteminin kullanımını ve sağlık personelinin davranışlarını dahi etkileyebilir (Regitz-Zagrosek, 2012). Toplumsal cinsiyete bağlı önyargılar, beslenme, eğitim, sağlık hizmetleri ve kendini ifade edebilme özgürlüğü gibi temel insan haklarına erişimde eşitsizliklere yol açar (Brinda vd., 2015). Cinsiyet hakkaniyeti, insan gelişiminin içsel bir boyutudur. Kadınlar, toplum davranış normları gereği özgürlüklerden ve fırsatlardan geri bırakılıyorsa, bu insan gelişimiyle tutarlı değildir (Gaye vd., 2010). Cinsiyet eşitsizlikleri tüm toplumlar da yaygın olup sonuçları kapsamlıdır. Toplumsal cinsiyet, yaşamın birçok alanında erkeklerin kadınlara göre daha baskın olduğu ve genellikle kadınların ikinci plana bırakıldığı eşit olmayan davranışları kapsar (Sezgin, 2015). Kadınlar, eğitim olanakları, bilgiye erişme zorluğu gibi nedenlerle sınırlı bilgiye erişimleri bulunduğundan sağlık bilgisine ulaşmada sıkıntı yaşamakta ve dolayısıyla da sağlıkları tehdit altında kalabilmektedir (Sezgin, 2015). Kadınların sağlığına zarar vermenin ötesinde, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ekonomik büyümeyi ve sosyal gelişmeyi olumsuz yönde etkiler (Chaaban

ve Cunningham, 2011). Dünya Kalkınma Raporu, toplumsal cinsiyet eşitliğinin üretkenliği artırarak, gelecek nesiller için beklentileri ve toplumsal politikaların kalitesini artırarak kalkınma sonuçlarını iyileştirdiğini belirtmektedir (The World Bank, 2012). Birleşmiş Milletler Kalkınma programlarının toplumsal cinsiyet eşitliği konusunda ülkeleri teşvik etmesi ile önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da kadınlar günümüzde cinsiyet eşitliğinden halen yoksun durumdadır. Bu durum, Asya ve Pasifik'te yer alan 40 düşük ve orta gelirli ülkedeki çocukluk ve ergenlik dönemindeki cinsiyet eşitsizliklerinin doğasını tespit etmeye çalışan çalışmada, cinsiyet eşitsizliğinin erken ergenlik döneminde ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Ergen kız çocukları, cinsel ve üreme sağlığına erişim sorunu, yüksek çocuk evlilik oranları, doğurganlık ve yakın partner şiddeti görmektedir. Ülkelerde eğitim eşitliğine rağmen, 15-24 yaş aralığındaki kadınların, verilerinin mevcut olduğu 19 ülkenin 17'sinde eğitime erişim, eğitim alma ve istihdam olasılıkları erkeklerden daha düşük oranda tespit edilmiştir (Kennedy vd., 2020).

Toplumsal cinsiyet eşitliği temel bir insan hakkı olmanın yanında, sürdürülebilir bir dünya için gereklidir. Son yıllarda cinsiyet eşitsizliği için yol kat edilmiş olsa bile 2030 yılına kadar Sürdürülebilir Kalkınma hedefine halen daha uzak görünmektedir (UN, 2024). Dünya nüfusunun yarısını temsil eden kadınlar, ücretsiz ev ve bakım işlerinde erkeklerden yaklaşık üç kat daha fazla mesai harcamalarına rağmen iş gücü piyasalarında erkeklerden %23 daha az gelir elde etmektedirler. Aynı zamanda Covid-19 salgını, cinsiyet eşitsizliğini daha da derinleştirmiştir (UN, 2024).

## 1.2. Toplumsal Cinsiyet Eşitliği ve Sağlık

Toplumlarda cinsiyet nedeniyle bireylere verilen rol ve onlardan beklenen davranışlar, bireyleri birçok konuda eşitsizliğe maruz bırakmaktadır. Bu rol ve beklenen davranışların etkilediği alanlardan biri de sağlıktır (Sezgin, 2015). Toplumsal cinsiyet hem biyolojik hem de sosyal farklılıkların bir ölçüsünü verdiğinden sağlıktaki eşitsizliklerde kadın ve erkekler arasındaki sağlık eşitsizliklerinin hem biyolojik hem de sosyal faktörlerini yansıtması beklenir (Prus ve Gee, 2003). Cinsiyet, bireyin hormonal, risk alma, kişisel sağlığı ihmal etme veya agresif davranışlar sergilemesi sonucu sağlığını olumsuz yönde etkileyebilir. Toplumsal cinsiyet ise strese maruz kalma, çevresel toksinler, yetersiz beslenme veya yaşam tarzı tercihleri ile kendilerini, çocuklarını ve hatta doğacak olan çocukların sağlıklarını etkileyebilir (Regitz-Zagrosek, 2012). Kadınların doğumda beklenen yaşam süresinin erkeklerden daha uzun sürmesi, yaşamın niteliğinin de önemini arttırmaktadır (Sezgin, 2015).

Cinsiyet aynı zamanda sağlığın sosyal bir belirleyicisi olarak kabul gördüğünden toplumların sosyoekonomik ve politik bağlamları, toplumsal cinsiyet üzerinde oldukça etkilidir (Veas vd., 2021). Toplumsal cinsiyet, toplumun sağlık hizmetlerine ilişkin deneyimlerini ve erişimlerini etkiler (WHO, 2024a). Toplumsal cinsiyet eşitsizlikleri, sağlık riski davranış kalıpları, yaşam tarzı seçimleri, sağlık hizmetlerine erişim, sağlık hizmetlerinde toplumsal cinsiyet önyargıları ve kaynakların dağılımında ve sağlık araştırmalarındaki hakkaniyetsizlik ile ilişkilidir (Veas vd., 2021). Kadınların cinsiyetlerinden ötürü ayrımcılığa maruz kalmaları sağlıklarını olumsuz yönde etkiler. Kadınlar, çoğunlukla, erkeklere kıyasla sağlık bilgilerine ve sağlık hizmetlerine erişimde, karar alma gücüne erişim eksikliği, düşük okuryazarlık oranları, toplumdaki sağlık hizmet sağlayıcılarının davranış ve tutumları gibi engeller ile karşı karşıyadır (WHO, 2024a). Kadınlar, genel olarak hem istenmeyen gebelikler, rahim ağzı kanseri, yaşlılara ve adölesanlara cinsel istismar, erken evlilik gibi nedenler ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar açısından hem de cinsiyet eşitsizliğinden kaynaklanan yüksek şiddete maruz kaldıklarından erkeklere nazaran risk taşımaktadırlar. Bunun yanında toplum içinde erkek çocukların ve yetişkin erkeklerin, toplum tarafından kabul görme nedeni ile sigara içme, alkol, madde kullanımına yönelme, yardım veya sağlık hizmeti almama gibi davranışları da erkek çocukların ve yetişkin erkeklerin sağlıklarını riske atmaktadır (WHO, 2024a). Toplumsal cinsiyetin bireyden beklentileri sonucunda, erkekler para kazanma rolü ile daha fazla risk almaktadır. Bu durum zaman zaman mesleki hastalıklara bağlı ölümleri arttırmaktadır. Bunun yanında erkekler, kadınlara nazaran daha fazla trafik kazası, şiddet gibi ölüm oranlarına sahiptir. İlerleyen yaşlarında, riskli sağlık davranışlarından ötürü kalp hastalıklarına maruz kalmaktadırlar (Sezgin, 2015).

Sürdürülebilir Kalkınma Hedeflerinden, toplumsal cinsiyet eşitliğini sağlamak ve tüm kadınları ve kızları güçlendirmek aynı zamanda küresel hedeflerin bir diğeri olan sağlıklı ve kaliteli yaşam amaçlarından Evrensel Sağlık Kapsayıcılığını destekler ve ırk, engellilik, yoksulluk gibi her türlü dışlanmışlığa maruz kalan savunmasızlık durumları da dâhil cinsiyet kimliğinden dışlanmış veya damgalanmış kişileri geride bırakmamayı kapsar (WHO, 2024b). Bir nesildeki sağlık açığının kapanması, kadınların yaşam koşulları iyileştirilir ve cinsiyet eşitsizlikleri ele alınırsa mümkündür. Kadınların güçlendirilmesi, sağlıkta adil bir dağıtımın sağlanması için anahtardır (WHO, 2008).

Ülkeler veya bölgeler arasında toplumların sağlık durumunu karşılaştırma görevi gören doğumda beklenen yaşam süresi genellikle kadınların lehinedir. Araştırmacılar, bu durumu geleneksel olarak, biyolojik ve biyolojik olmayan sebepler şeklinde açıklamaktadırlar. Biyolojik sebepler, genetik veya hormonal farklılıklar ile açıklanabilmektedir (Marais vd., 2018). Biyolojik olmayan sebepler ise sosyal ve davranışsal faktörlere bağlanır. Genel olarak kadınların, sağlık hizmetlerine daha fazla erişimi nedeni ile anne ölümleri azalmaktadır. Aynı zamanda erkeklerin risk alma davranışlarına ve uygun olmayan yaşam tarzlarına atfedilerek sosyal faktörler ile ilişkisi açıklanır. Erkeklerin hastalık belirtilerini gösterme eğilimi kadınlara göre daha yavaş ve sağlık hizmetlerine erişimleri daha azdır. Buna rağmen cinsiyet ve sağlık arasındaki ilişki, güç ilişkilerinin kurulmasında önemli bir faktör olarak görüldüğünden karmaşıktır. Çünkü küresel olarak tüm gelir düzeylerinde kadınlar, yaşamları üzerinde daha az kontrole sahiptir ve erkeklerden daha fazla yoksulluk içinde yaşama riski altındadır (Mateos vd., 2022)

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği, anne eğitimi ve çocuk ölümleri arasındaki bağlantıyı etkileyerek, annenin yetersiz beslenmesine dolayısıyla düşük doğum ağırlıklı ve yetersiz beslenen bebeklerin dünyaya gelmesine neden olur. Bebeklerin ve çocukların hayatta kalma şansı azalır (Brinda vd., 2015). Küresel olarak çocuklar kırsalda, yoksul hanelerde ve temel eğitimden mahrum bir anneden dünyaya geldiklerinde beş yaşından önce ölme riski altındadır (Iqbal vd., 2018). Aile içi şiddete maruz kalan kadınlar arasında doğum sonuçlarını sistematik olarak inceleyen bir çalışmada, annenin aile içi şiddete maruz kalması, düşük doğum ağırlığı ve erken doğum riski ile ilişkilendirilmiştir (Shah ve Shah, 2010).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçları üzerindeki etkilerini incelemek, toplumsal cinsiyet eşitsizliğini etkileyebilen çok faktörün olması nedeni ile 2008 yılında Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı yeni bir endeks geliştirmiştir (Brinda vd., 2015). Toplumsal Cinsiyet Eşitsizliği Endeksi (Gender Inequality Index-GII), üreme sağlığı, güçlendirme ve iş gücü piyasası olmak üzere üç boyutlu bir bileşik ölçüttür. Bu boyutlar, kadın ve erkek kazanımları arasındaki eşitsizlik nedeniyle potansiyel insan gelişimindeki kaybı gösterir. Endeks değeri, kadın ve erkek kazanımlarının eşit olduğu 0'dan, kazanımların eşitsiz olduğunu ifade eden 1'e kadar değişir (UNDP, 2024b). Endeks, kadınların dezavantajlı olduğu durumu yansıtır (UNDP, 2018). Tüm bileşik endeksler gibi, toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksinde sınırlamaları mevcuttur. Parlamento da temsili gösterirken, yerel idarelerde veya toplumsal kamusal alanlarda ki katılımı göstermez. Aynı zamanda iş gücü piyasasında, özellikle kadınların ücretsiz bakım, sosyal hizmetler gibi işlerin niteliği hakkında bilgi vermez (UNDP, 2018).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile doğumda beklenen yaşam süresi arasındaki ilişkiyi 2015 yılına ait veri ile Avrupa Birliği 28 üye devleti ile inceleyen çalışmada, cinsiyet eşitsizliğinin kadınların ve erkeklerin doğumda beklenen yaşam süreleri ile arasında negatif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu sonucuna varılmıştır (Kolip ve Lange, 2018). OECD ülkelerinde 1990 – 2017 yıllarını kapsayan panel veri analizi çalışmasında, artan toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin, doğumda beklenen yaşam süresi ve sağlığa ayarlı yaşam süresi ile ilişkisi negatif ve istatistiksel olarak anlamlı çıkmıştır (Veas vd., 2021).

Sahra Altı Afrika'da cinsiyet eşitsizliği, sağlık harcamaları ve anne ölüm oranı arasındaki ilişkiyi inceleyen araştırmada, daha yüksek toplumsal cinsiyet eşitsizliğine sahip ülkelerin daha yüksek anne ölüm oranları ile sağlığa daha fazla harcama yapan ülkelerin daha düşük anne ölüm oranları ile ilişkili olduğu vurgulanmıştır (Chirowa vd., 2013). 1990-2012 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde eyalet parlamentosunda siyasi cinsiyet eşitsizliği ile eyalet bazında bebek ölüm oranı arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir çalışma, eyalet parlamentolarında daha yüksek oranda kadınların yer almasının hem

eyaletler arasında hem de eyalet içinde bebek ölüm oranlarının %14,6 oranında azalmasıyla ilişkili olduğunu göstermiştir (Homan, 2017).

Toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi ile çocuk ölüm oranları arasındaki ilişkiyi 138 ülke için ekolojik olarak inceleyen çalışmada, cinsiyet eşitsizlik endeksi ile çocuk ölüm oranları arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar çıkmıştır (Brinda vd., 2015). Kadınların eğitim düzeyleri ile çocuk ölüm oranındaki ilişkileri 1970 ile 2009 yılları arası tespit eden bir çalışmada, beş yaş altı çocuk ölümlerindeki azalma oranını, kadınların eğitime katılma oranının artması ile ilişkilendirmiştir (Gakidou vd., 2010). 2015 yılı için 195 ülkenin toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile çocuk ölüm oranı arasındaki ilişkileri ülke düzeyinde değerlendiren bir çalışmada, özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşayan kız çocuklarının daha fazla mağdur olduğu tespit edilmiştir (Iqbal vd., 2018). Toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi ile aşılama, doğum oranı, yeni doğan ölüm oranı arasındaki ilişkiyi 2019 yılı 161 ülke için inceleyen bir diğer çalışmada istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur. Buna göre, bir ülkede toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi kötü performans gösterdiğinde, daha yüksek gebelik, doğum oranı ve yeni doğan ölüm oranı olasılığı ve çocuklarının aşılama ihmal etme olasılıkları daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yazd vd., 2023). Toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi'nin 96 ülkede düşük doğum ağırlığı, çocukların yetersiz beslenmesi ve beş yaş altı ölüm hızının yaygınlığıyla olan ilişkisini 5 yıllık bir dönem için inceleyen çalışmada, cinsiyet eşitsizlik endeksi ile beş yaş altı ölüm hızında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmiştir (Marphatia vd., 2016).

Bu çalışmada toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin, doğumda beklenen yaşam süresine, bebek ölüm hızına, yeni doğan bebek ölüm hızına ve beş yaş altı ölüm hızına etkisi incelenmiştir. Çalışmada, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı, insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeler analize dâhil edilmiştir. Bu nedenle oluşturulan hipotezler aşağıda yer almaktadır.

- H1: Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, doğumda beklenen yaşam süresi kısalmır.
- H2: Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, bebek ölüm hızı artar.
- H3: Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, yeni doğan bebek ölüm hızı artar.
- H4: Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, beş yaş altı ölüm hızı artar.

## II. YÖNTEM

### 2.1. Araştırmanın Tasarımı

Toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile sağlık sonuçları arasındaki ilişkiyi keşfetmek için gözlemsel uzun zamanlı araştırma tasarımı kullanılmıştır. Araştırmada, toplumsal cinsiyet eşitsizliği, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi ile ölçülmüştür. Değişkenler arasındaki ilişkinin varlığını ve gücünü keşfetmek için 2000-2021 yıllarını kapsayan panel veri regresyon analizi uygulanmıştır. Verilerin kullanılabilirliği ve karşılaştırılabilirliği nedeniyle Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının (BMKP) her yıl yayınladığı insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeler analize dâhil edilmiştir.

### 2.2. Araştırmanın Evren ve Veri Kaynağı

Araştırmanın evrenini, BMKP'nin yayınladığı insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeler oluşturmaktadır. BMKP'nin en son yayınladığı raporda, insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan 69 ülke yer almaktadır (UNDP, 2024c). Bu ülkelerden toplumsal cinsiyet eşitsizliği verisi tam olan ülkeler analize dâhil edilmiştir. Bu nedenle analize alınan ülke sayısı 54'tür. Analiz sonuçları, insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olmasına rağmen veri eksikliği nedeni ile analize dâhil edilmeyen 15 ülkeye genellenemeyecektir. Analize dâhil edilen ülkeler Tablo 1'de özet olarak verilmiştir. Araştırmada kullanılan değişkenler ikincil veri olup kamusal erişime açık olan kaynaklardan sağlanmıştır. Bunlar, toplumsal cinsiyet eşitsizliği için, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı ve sağlık sonuçları ve diğer değişkenler için Dünya Bankasıdır.

Tablo 1. Analize Alınan Ülkeler

İnsani Gelişmişlik Düzeyi Çok Yüksek Ülkeler		
Arjantin	Yunanistan	Panama
Avustralya	Macaristan	Polonya
Avusturya	İzlanda	Portekiz
Bahamalar	İrlanda	Romanya
Barbados	İsrail	Rusya
Belçika	İtalya	Singapur
Kanada	Japonya	Slovakya
Şili	Kazakistan	Slovenya
Kosta Rika	Kore	İspanya
Hırvatistan	Kuveyt	İsveç
Kıbrıs	Letonya	İsviçre
Çekya	Litvanya	Tayland
Danimarka	Lüksemburg	Trinidad ve Tobago
Estonya	Malezya	Türkiye
Finlandiya	Malta	Birleşik Arap Emirlikleri
Fransa	Hollanda	Birleşik Krallık
Gürcistan	Yeni Zelanda	ABD
Almanya	Norveç	Uruguay

**Kaynak:** Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı Raporu (UNDP, 2024c)

### 2.3. Araştırmanın Değişkenleri

**Bağımlı Değişken:** Araştırmada dört farklı model kullanılmıştır. Dört farklı modelin bağımlı değişkenleri doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, yeni doğan ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızıdır. Doğumda beklenen yaşam süresi, yeni doğmuş bir bebeğin, doğum anındaki ölüm oranlarının yaşamı boyunca aynı kalması durumunda yaşayacağı beklenen yıl sayısını gösterir. Bebek ölüm hızı, belirli bir yılda 1.000 canlı doğum başına bir yaşına gelmeden ölen bebek sayısını, yeni doğan ölüm hızı, belirli bir yılda 1.000 canlı doğum başına 28 günlük yaşa ulaşmadan ölen bebek sayısını ifade eder. Beş yaş altı ölüm oranı ise, yeni doğan bir bebeğin doğumdan sonraki beş yıl içinde ölme olasılığını ifade eder ve 1.000 kişi başına düşen oranıdır (The World Bank, 2024).

**Bağımsız Değişken:** Araştırmanın bağımsız değişkeni Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksidir. Bir toplumda cinsiyet eşitsizliğinin varlığını gösteren birçok etken olduğundan birçok bileşik endeks geliştirilmiştir. Literatürde en yaygın kullanılan ölçütlerden biri de toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksidir (Veas vd., 2021). Toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi, üreme sağlığı (anne ölüm oranı ve ergen doğum oranı), güçlendirme (en azından ortaöğretime sahip erkek ve kadınların oranı ile parlamentodaki erkek ve kadınların koltuk oranı) ve işgücü piyasası (erkekler ve kadınlar arasında işgücü piyasasına katılım) olmak üzere üç boyutta cinsiyete dayalı dezavantajı yansıtır. Bu boyutlarda kadın ve erkek başarıları arasındaki eşitsizlik nedeniyle potansiyel insan gelişimindeki kaybı gösterir. Endeksin 0 ile 1 arasında değişen bir değer aralığı bulunmaktadır. Burada 0 kadınların ve erkeklerin eşit olduğu, cinsiyet eşitliğini, 1 ise ölçülen tüm boyutlarda bir cinsiyet için eşitsizliği temsil eder (UNDP, 2024b).

**Kontrol Değişkenleri:** Sağlık sonuçları üzerinde etkisi olan birçok etken vardır. Önceki çalışmalar, gayri safi yurt içi hasılanın (GSYH) doğumda beklenen yaşam süresine pozitif (Miladinov, 2020; Shafi ve Fatima, 2019; Akdemirel, 2024) ve bebek ölüm hızına negatif (Park ve Nam, 2019; Upadhyay ve Srivastava, 2015), beş yaş altı ölüm hızına negatif (O'Hare vd., 2013) katkısını tespit etmişlerdir. Benzer şekilde önceki çalışmalar, sağlık harcamalarının doğumda beklenen yaşam süresine katkısının pozitif (Bein vd., 2017), bebek ölüm hızına katkısının negatif (Anwar vd., 2023; Bein vd., 2017) yeni doğan ve

beş yaş altı ölüm hızına katkısının da negatif (Bein vd., 2017) olduğunu tespit etmişlerdir. Bunun yanında literatürde toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçları ile ilişkisini inceleyen çalışmalarda sağlık harcamaları veya GSYH kontrol değişkeni olarak alınmıştır (Veas vd., 2021; Marphatia, 2016; Brinda vd., 2015). Bu nedenle toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçları üzerindeki etkisini ilişkin varsayımlarda bulunmak için GSYH ve sağlık harcamaları, kontrol değişkeni olarak çalışmaya alınmıştır. GSYH, satın alma gücü paritesine göre kişi başına cari uluslararası doları, sağlık harcamaları ise satın alma gücü paritesine göre kişi başına cari uluslararası doları ifade etmektedir.

#### 2.4. Araştırmanın Analiz Yaklaşımı

Araştırmada, 54 çok yüksek insani gelişmişlik düzeyine sahip ülkedeki toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçlarına etkisini 2000 – 2021 yılları arasında incelemek için panel veri analizinden yararlanılmıştır. Panel verilerde bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin araştırılması için panel regresyon analizi kullanılmaktadır. Panel regresyon modeli birden fazla bağımsız değişkenin bağımlı değişkendeki etkisini hem yatay kesit hem de zaman serilerini birleştirerek uygun modeli verir. Panel regresyon analizinde hem yatay kesit hem de zaman serilerine özgü veri bulunduğundan daha fazla serbestlik derecesi bulunmaktadır. Panel veri analizinde birimlerin heterojenliği kontrol edildiğinden yatay kesit veya zaman serilerine nazaran yanlış sonuçların elde edilme olasılığını azaltır (Taş, 2012). Panel regresyon analizinde veri yapısına göre modeller birim veya zaman ve sabit veya tesadüfi etkili modellerden oluşur. Temel nedeni, bağımsız değişkenlerin, farklı birimleri farklı şekilde etkileyebileceğinden uygun model tespitinde klasik model tutarlı sonuçlar vermemektedir. Gözlenemeyen birim veya zaman etkileri ile bağımsız değişkenler korelasyonlu ise sabit etkiler, korelasyonsuz ise tesadüfi etkilerden bahsedilir (Tatoğlu, 2013). Analizde klasik model ile sabit etkiler modeli ile arasında seçim yapmak için F testi, klasik model ile tesadüfi etkiler modeli ile arasında seçim yaparken Wald Chi2 testi kullanılmıştır. Sabit etkiler modeli ile tesadüfi etkiler modeli arasında seçim yapmak için Hausman testi uygulanmaktadır. Bu araştırmada, Stata 15 programı kullanılmış ve veriler %95 güven aralığında analiz edilmiştir.

Önceki bölümde oluşturulan hipotezlerin testi için toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksinin, sağlık sonuçlarına olan etkilerini ölçmek için oluşturulan modeller aşağıdadır. Hata terimlerinin normal dağılım testleri sonucu çarpıklık (skewness) ve basıklık (kurtosis) değerlerine göre doğumda beklenen yaşam beklentisi değişkeni dışında diğer değişkenlerin doğal logaritması alınmıştır.

##### Model 1:

$$DBYS_{it} = \alpha_i + \beta_1 LTCEE_{it} + \beta_2 LSagHar_{it} + \beta_3 LGSYH_{it} + \varepsilon_{it}$$

##### Model 2:

$$LBÖH_{it} = \alpha_i + \beta_1 LTCEE_{it} + \beta_2 LSagHar_{it} + \beta_3 LGSYH_{it} + \varepsilon_{it}$$

##### Model 3:

$$LYÖH_{it} = \alpha_i + \beta_1 LTCEE_{it} + \beta_2 LSagHar_{it} + \beta_3 LGSYH_{it} + \varepsilon_{it}$$

##### Model 4:

$$LYABÖH_{it} = \alpha_i + \beta_1 LTCEE_{it} + \beta_2 LSagHar_{it} + \beta_3 LGSYH_{it} + \varepsilon_{it}$$

Oluşturulan dört model için  $\alpha$ , her birim için sabit terimi,  $\beta$ , eğim parametrelerini,  $\varepsilon$  ise hata terimini ifade etmektedir. Burada,  $\beta_1$ , toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçları üzerindeki etkiyi gösteren regresyon katsayısıdır. Modellerde  $i$ , ülke birim sayısını,  $t$  ise yılları ifade etmektedir.

### III. BULGULAR

#### 3.1. Tanımlayıcı İstatistikler

İnsani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan 54 ülkenin 2000 – 2021 yıllarını kapsayan analizde toplam gözlem sayısı 1,188'dir. Tablo 2'de analiz değişkenlerinin ortalama değerleri, minimum, maksimum değerleri ve standart sapma değerleri verilmektedir.

**Tablo 2. Analiz Değişkenlerinin Tanımlayıcı İstatistikleri**

Değişkenler	Ortalama	Standart Sapma	Min	Max
DBYS	77,97705	3,75778	65,02756	84,56
LBÖH	1,652217	0,6336049	0,4054651	3,600048
LYÖH	1,231663	0,637406	-0,2231435	3,161247
LYAÖH	1,829912	0,6112681	0,6931472	3,747148
LTCEE	-1,855829	0,7109992	-4,342806	-0,2876821
LSagHar	7,648403	0,7460594	5,389072	9,393682
LGSYH	10,29321	0,5778851	8,058705	11,83463

#### 3.2. Korelasyon Analizi

Bağımlı değişkenlerin, diğer değişkenler ile korelasyon analizi Tablo 3'te verilmiştir. Doğumda beklenen yaşam süresinin, sağlık harcamaları ile ilişkisi 0,7894'lük, bebek ölüm hızının, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile ilişkisi 0,7984'lük, yeni doğan ölüm hızının, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile 0,7516'lık ve beş yaş altı ölüm hızının, toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile 0,8065'lik bir korelasyon değeri ile en yüksek pozitif yönlü ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça doğumda beklenen yaşam süresinin 0,6756'lık bir korelasyon ile negatif yönlü bir ilişkisi tespit edilmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi azalmakta, bebek ölüm hızı, yeni doğan ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı da artmaktadır. Sağlık harcamalarının miktarı arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi miktarı artmakta, bebek ölüm hızı, yeni doğan ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı miktarları düşmektedir.

**Tablo 3. Korelasyon Analizi Sonuçları**

Değişkenler	DBYS	LBÖH	LYÖH	LYAÖH
LTCEE	-0,6756	0,7984	0,7516	0,8065
LSagHar	0,7894	-0,7395	-0,6798	-0,7477
LGSYH	0,6792	-0,6723	-0,6482	-0,6774

Doğrusal regresyon analizlerinde iki ya da daha fazla bağımsız değişken arasında doğrusal ve yüksek bir korelasyon varsa modelde çoklu doğrusal bağlantı probleminin olduğu ve regresyon analiz sonuçlarının yanılabileceğinden bahsedilir. Çoklu doğrusal bağlantının tespiti için bu çalışmada varyans şişirme faktörü (VİF) değerleri incelenmiştir. VİF>10 ise yüksek çoklu doğrusal bağlantısının olduğunu göstermektedir (Kim, 2019). Tablo 4'te verilen ortalama VİF değeri 3.78 olup, değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantının olmadığı görülmektedir.

**Tablo 4. Bağımsız Değişkenler Arası Korelasyon Tablosu**

Değişkenler	LTCEE	LSagHar	LGSYH	VİF
LTCEE	1,000			5,13
LSagHar	-0,7299	1,000		4,08
LGSYH	-0,6424	0,8688	1,000	2,14
			Ortalama VİF	3,78



### 3.3. Panel Veri Analizinde Model Seçimi

Panel regresyon analizinde tahminlerin doğru yapılabilmesi için gözlenemeyen birim ve zaman etkilerin bağımsız değişkenler ile korelasyonlu olup olmama durumlarına göre sabit veya tesadüfi etkiler modeline uygunluğu test edilir. Bağımsız değişken ile korelasyonlu ise sabit etkiler, korelasyonsuz ise tesadüfi etkilerden söz edilir. Bu çalışmada gözlenemeyen birim ve zaman etkilerinin tespiti için tesadüfi etkiler modeli için Breusch ve Pagan Lagrangian Testi, sabit etkiler için F testi yapılmıştır. Klasik model ile sabit etkiler modelleri arasında seçim yapmak ve uygun modelin hangisi olduğunu belirlemek için F testi uygulanmıştır. Bunun için hipotezler ve test sonuçları aşağıda verilmektedir.

H0: Klasik model tahmini uygundur.

H1: Sabit etkiler modeli tahmini uygundur.

Test sonuçları Tablo 5'te verilmektedir. Dört model için de %5 anlamlılık düzeylerinde temel hipotez reddedilerek sabit etkiler modelinin uygunluğu tespit edilmiştir. ( $p < 0,05$ ). Modeller, klasik model tahminine uygun olmayıp, sabit etkiler modeli ile tahmine uygundur.

**Tablo 5. Sabit Etkiler Modeli Tahmin Tablosu**

Sabit Etkiler	R-sq	F Test	p Değeri
Model 1 (DBYS)	0,7508	171,18	0,0000
Model 2 (LBÖH)	0,7900	203,03	0,0000
Model 3 (LYÖH)	0,7079	185,52	0,0000
Model 4 (LYAÖH)	0,7974	181,58	0,0000

Analizde tesadüfi etkiler modeli ile klasik model arasında seçim yapmak ve uygun modelin hangisi olduğunu belirlemek için Wald Chi2 testi uygulanmıştır. Bunun için hipotezler ve test sonuçları aşağıda verilmektedir.

H0: Klasik model tahmini uygundur.

H1: Tesadüfi etkiler modeli tahmini uygundur.

Test sonuçları Tablo 6'da verilmektedir. Dört model için de %5 anlamlılık düzeylerinde temel hipotez reddedilerek tesadüfi etkiler modelinin uygunluğu tespit edilmiştir ( $p < 0,05$ ). Modeller, klasik model tahminine uygun olmayıp, tesadüfi etkiler modeli ile tahmine uygundur.

**Tablo 6. Tesadüfi Etkiler Modeli Tahmin Tablosu**

Tesadüfi Etkiler	R-sq	Wald Chi2 Testi	p Değeri
Model 1 (DBYS)	0,6309	3487,19	0,0000
Model 2 (LBÖH)	0,6006	4261,81	0,0000
Model 3 (LYÖH)	0,5262	2765,94	0,0000
Model 4 (LYAÖH)	0,6184	4465,02	0,0000

#### *Sabit / Tesadüfi Etkiler Modelinin Belirlenmesi*

Modellerin sabit veya tesadüfi etkili modellerden hangisine uyumlu olduğunu tespit etmek Hausman testi kullanılarak uygun model belirlenmiştir. Hausman testinin temel hipotezleri ve sonuçları aşağıda yer almaktadır.

H0: Sabit etkiler ve tesadüfi etkiler tutarlıdır, tesadüfi etkiler etkindir.

H1: Sabit etkiler tutarlıdır, tesadüfi etkiler tutarsızdır.

Hausman Testinin Tablo 7’de verilen sonuçlarına göre modellerin p değeri 0.05’ten büyük olduğundan ( $p>0,05$ ) temel hipotez kabul edilir ve tesadüfi etkiler modeli etkindir. Bu nedenle model tahmindisi olarak tesadüfi etkililer modeli uygulanmıştır. Model 1, 2, 3 ve 4 tek yönlü (birim) tesadüfi etkili modeldir.

**Tablo 7. Hausman Test Analizi Sonuçları**

Modeller	Chi2 Testi	p Değeri
Model 1 (DBYS)	3,63	0,3040
Model 2 (LBÖH)	2,83	0,4191
Model 3 (LYÖH)	2,22	0,5280
Model 4 (LYAÖH)	4,27	0,2342

### 3.4. Tesadüfi Etkiler Modeli ile Varsayımlardan Sapma Testleri

Yapılan analizlerde katsayıların sapmasız tahmin edilebilmesi için panel regresyon analizlerinde model varsayımlarının testlerinin yapılması gerekmektedir. Model varsayım testleri olarak değişen varyans probleminin tespitine yönelik heteroskedasite testi, hata terimlerinin birbiri ile ilişkisini gösteren otokorelasyon ve birimler arası korelasyon ilişkisi varlığının analiz edilmesi gerekmektedir.

Modellerde değişen varyans tespiti için Levene, Brown ve Forsthye’nin testi kullanılmıştır. Teste ait temel hipotezler ve sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

H0: Modelde heteroskedasite yoktur.

H1: Modelde heteroskedasite vardır.

Tablo 8’de, W değerlerinin dört model için de p değerleri 0,05’ten küçük olduğundan ( $p<0,05$ ) temel hipotez ret edilir. Dört model için de heteroskedasite vardır yorumu yapılır.

**Tablo 8. Modellerde Heteroskedasite Varsayımı Testi**

Modeller	W0 P Değeri	W50 P Değeri	W10 P Değeri
Model 1 (DBYS)	0,000	0,000	0,000
Model 2 (LBÖH)	0,000	0,000	0,000
Model 3 (LYÖH)	0,000	0,000	0,000
Model 4 (LYAÖH)	0,000	0,000	0,000

Birimler arası korelasyon varsayımının testi için Pesaran-Friedman-Frees testleri uygulanmıştır. Teste ait temel hipotez ve sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

H0: Modelde birimler arası korelasyon yoktur.

H1: Modelde birimler arası korelasyon vardır.

Tablo 9’da birimler arası korelasyon varsayım Pesaran-Friedman-Frees testleri sonucu Model 1, Model 2 ve Model 4 için p değerinin ikisi 0,05’ten küçük olduğu ( $p<0,05$ ), Model 3 için p değerinin biri 0,05’ten küçük olduğu ( $p<0,05$ ) için temel hipotezi ret edilir ve modellerde birimler arası korelasyon var olduğu tespiti yapılır.

**Tablo 9. Birimler Arası Korelasyon Varsayımı Testi**

Modeller	Pesaran P Değeri	Friedman P Değeri	Frees alpha = 0.05
Model 1 (DBYS)	0,0000	0,0000	0,1537
Model 2 (LBÖH)	0,0000	0,0238	0,1537
Model 3 (LYÖH)	0,0000	0,3937	0,1537
Model 4 (LYAÖH)	0,0000	0,0228	0,1537

Otokorelasyon analizi için Baltagi-Wu LBI ve Durbin Watson otokorelasyon testi uygulanmıştır. Analiz için temel hipotez ve sonuçlar aşağıda yer almaktadır.

H0: Modelde otokorelasyon yoktur.

H1: Modelde otokorelasyon vardır.

Tablo 10’da LBI ve DW otokorelasyon test sonucu değerleri 2’den küçük çıktığından modellerde otokorelasyon bulunmaktadır sonucuna ulaşılır.

**Tablo 10. Otokorelasyon Analizi Varsayımı Testi**

Modeller	LBI	Durbin-Watson
Model 1 (DBYS)	0,6630	0,3822
Model 2 (LBÖH)	0,2780	0,1073
Model 3 (LYÖH)	0,2603	0,0872
Model 4 (LYAÖH)	0,3112	0,1429

### **Panel Regresyon Analiz Sonuçları**

Modellerin varsayımlardan sapma test analiz sonuçlarında dört modelde de heteroskedasite problemi, birimler arası korelasyon ve otokorelasyon problemi tespit edilmiştir. Varsayımlardan sapmaları düzeltmek için kullanılan analiz testi, Driscoll-Kraay Standart Hatalı Regresyon Tahminci testidir. Tesadüfi etkili Driscoll-Kraay regresyon tahmincisine ait bulgular Tablo 11’de verilmiştir. Model 1, Model 2, Model 3 ve Model 4 için Wald Chi2 testine karşılık gelen p değeri 0,05 ten küçük olduğu için kurulan panel regresyon modellerinin anlamlı olduğu yorumu yapılabilir ( $p < 0,05$ ). Model 1’de yer alan bağımsız değişkenler, doğumda beklenen yaşam süresinin %63,09’unu, Model 2’de yer alan bağımsız değişkenler bebek ölüm hızının %60,06’sını, Model 3’te yer alan bağımsız değişkenler yeni doğan bebek ölüm hızının %52,62’sini ve Model 4’de yer alan bağımsız değişkenler beş yaş altı ölüm hızının %61,84’ünü açıklamaktadır. Model 1 için kurulan “Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, doğumda beklenen yaşam süresi kısalır” H1 hipotezi kabul edilir. Model 2 için kurulan “Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, bebek ölüm oranı artar” H2 hipotezi kabul edilir. Model 3 için kurulan “Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, yeni doğan bebek ölüm oranı artar” H3 hipotezi kabul edilir. Model 4 için kurulan “Ülkelerde toplumsal cinsiyet eşitsizliği arttıkça, beş yaş altı bebek ölüm oranı artar” H4 hipotezi kabul edilir.

Regresyon katsayısına ait t değerlerinin p değerleri incelendiğinde dört model için de toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksinin modellere anlamlı katkısı olduğu belirlenmiştir. Model 1’de katkı negatif yönlü olup diğer modellerde pozitif yönlü katkı tespit edilmiştir. Bu doğrultuda Model 1’e göre, toplumsal cinsiyet eşitsizliği %1 arttığında, doğumda beklenen yaşam süresi yaklaşık %142,59 azalmaktadır. Diğer modellerde ise toplumsal cinsiyet eşitsizliği %1 arttığında sırasıyla, bebek ölüm hızı %10,09, yeni doğan ölüm hızı %0,91 ve beş yaş altı ölüm hızı %11,44 oranında artmaktadır.

Tablo 11. Regresyon Sonuçları

Modeller (TCEE)	Katsayı	Standart Hata	t	p Değeri	95% Güven Aralığı		R-sq	Olasılık>Wald Chi2
Model 1 (DBYS)	-1,425989	0,1896	-7,52	0,0000	-1,820377	-1,0316	0,6309	0,0000
Model 2 (LBÖH)	0,100937	0,0220763	4,57	0,0000	0,0550267	0,1468473	0,6006	0,0000
Model 3 (LYÖH)	0,0919909	0,022004	4,18	0,0000	0,0462311	0,1377506	0,5262	0,0000
Model 4 (LYAÖH)	0,114402	0,0219613	5,21	0,0000	0,0687309	0,160073	0,6184	0,0000

#### IV. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışma toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin sağlık sonuçlarından doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm hızı, yeni doğan ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı üzerindeki etkisini 2000-2021 yılları arasında vermektedir. Analize alınan ülkeler, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ülkeleri kapsamaktadır. Önceki çalışmalara nazaran bu çalışmada, doğumda beklenen yaşam süresine ilave bebek ölüm hızlarına ilişkin uzun zamanlı araştırma tasarımı kullanılmıştır. Ayrıca insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olan ve verisine ulaşılabilir 54 ülke analize dâhil edilmiştir.

Sağlık sonuçlarını etkileyen oldukça fazla etken vardır. Bu çalışmada bağımsız değişken olarak Birleşmiş Milletler Kalkınma Programının yayınladığı toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi kullanılmıştır. Bunun yanında kontrol değişkenleri olarak sağlık harcamaları ve GSYH analize dâhil edilmiştir. Analiz sonucunda, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin doğumda beklenen yaşam süresi ile istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü derece negatif bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Toplumlarda var olan cinsiyet eşitsizliği arttıkça doğumda beklenen yaşam süresi kısalmaktadır. Bu sonuç benzer şekilde, OECD ülkeleri için 1990-2017 yılları arasında kapsayan ve sağlık göstergeleri ile toplumsal cinsiyet eşitsizliğini panel regresyon analizi ile belirlemeyi amaçlayan Veas vd. (2021) çalışmaları ile paraleldir. Benzer şekilde, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadınlarda ve erkeklerde doğumda beklenen yaşam süresi ile ilişkisini 2010–2019 yılları arasında 28 Avrupa Birliği üye devletleri için Spearman korelasyon testi kullanarak analiz eden çalışma ile tutarlı olup toplumsal cinsiyet eşitliğinin toplum sağlığını ve uzun ömürlülüğü iyileştirmede önemli rol oynadığı tespit edilmiştir (Pinho-Gomes vd., 2022). Analizde, toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin bebek ölüm hızı, yeni doğan bebek ölüm hızı ve beş yaş altı ölüm hızı ile istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif bir ilişkisi olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, 138 ülkenin çocuk ölüm oranları ile toplumsal cinsiyet eşitsizliği endeksi arasındaki ilişkiyi ekolojik olarak regresyon analizi ile inceleyen ve %1’lik toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin artması bebek ölüm hızını %70,28, yeni doğan ölüm hızını %53,85 ve beş yaş altı ölüm hızını ise %68,14 oranında artırdığını tespit eden çalışma ile tutarlıdır (Brinda vd., 2015). Benzer şekilde 2015 yılına ait ikincil verileri kullanarak beş yaş altı ölüm oranları ile toplumsal cinsiyet eşitsizliğini tespit eden çalışmada, beş yaş altı kız çocuk ölüm oranı ile toplumsal cinsiyet eşitsizliği arasında pozitif ve istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur (Iqbal vd., 2018). 2019 yılına ait verileri kullanarak 161 ülkeyi inceleyen bir başka çalışmada %1’lik toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin artması yeni doğan ölüm hızını %60,52 oranında arttırdığını bulan çalışma ile tutarlıdır (Yazd vd., 2023).

Toplumsal cinsiyet eşitsizliklerinin azaltılması, kadınların yaşam koşullarını ve sağlık durumunu iyileştirirken, erkekler arasında erken ölümleri, hastalık yükünü, engelliliğe dayalı yaşam yıllarını da düşürecektir (Veas vd., 2021). Cinsiyet normları karmaşıktır ve toplumdan topluma değişmesinin yanında yaşam boyu sağlığı etkileyebilecek olan diğer sosyal faktörlerle kesişebilir. Toplumlarda cinsiyet normlarına uymamak ve bunları ihlal etmek, özellikle olumsuz davranışları ve yaptırımları tetiklediklerinde sağlığa zararlı olabilir (Weber vd., 2019). Önceki çalışmalara paralel olarak bu çalışmada da biyolojik faktörlere dayandırılan cinsiyet sağlık ilişkisinin aynı zamanda sosyal ve ekonomik yapılarla da ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Toplumsal cinsiyet eşitsizliği anne sağlığını

zayıflatabilir ve doğrudan veya dolaylı olarak çocukların sağlığına zarar verebilir. Biyolojik dezavantaj ve psikososyal olumsuzluklar hem kız hem de erkek çocuklarının hayatta kalmasını zorlaştırabilir (Brinda vd., 2015). Birey, dünyaya geldiğinde her iki cinsiyette de eşit şartlara sahiptir. Bu sebeple zamanla insanların oluşturdukları cinsiyetçi yaklaşımları ortadan kaldırmak, toplumsal cinsiyet eşitliği için zor ulaşılabilecek bir durum değildir. Tıbbi müdahalelerin dışında ve toplumsal cinsiyet eşitliğine öncelik verilerek kamu politikalarının oluşturulması, yaşam süresinin uzamasına ve çocuk ölüm hızlarının azaltılmasında etkili olabilir. Toplumsal cinsiyet eşitliği ile ülkelerde üretkenlik artırılabilir ve gelecek nesiller için daha yaşanabilir ve sürdürülebilir bir dünya bırakılabilir.

Bu nedenle, sağlık sektörü dâhil olmak üzere kamu politikalarının her alanında cinsiyet eşitliğini teşvik etmek, toplum sağlığını iyileştirmek için hayati önem taşıyabilir. İleriki çalışmalarda toplumsal cinsiyet eşitsizliği ile sağlık sonuçları arasında sosyal normların etkin olduğu nedensel ilişki incelenebilir ve insani gelişmişlik düzeyi yüksek olan ülkelere çıkarılacak tahminler eşitsizliklere ışık tutabilir. Ayrıca, ergen sağlığını kapsayacak göstergeler ile analiz yapılması daha erken yaşlarda uygulanan kamu politikaları için öngörücü olabilir.

## V. SINIRLILIKLAR

Toplumsal cinsiyet eşitsizliğini etkileyen birçok etken olabilir. Toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi, üreme sağlığı, güçlendirme ve iş piyasası boyutlarındaki cinsiyete bağlı dezavantajı yansıtır. Bu nedenle bu çalışma, toplumsal cinsiyet eşitsizlik endeksi boyutları dışında kalan toplumdaki cinsiyet normlarını kapsamamaktadır. Aynı zamanda endeks, iş gücü piyasasında, özellikle kadınların ücretsiz bakım, sosyal hizmetler gibi işlerin niteliğini de vermemektedir. Toplumsal cinsiyet endeksi, sadece kadın ve erkek cinsiyet ayrımına dayanır. Araştırma tasarımı gözlemsel olduğundan, analizin sonuçları nedensel çıkarımlar için kullanılmamalıdır. Analiz sonuçları, insani gelişmişlik düzeyi çok yüksek olmasına rağmen veri eksikliği nedeni ile analize dâhil edilmeyen 15 ülkeye genellenemez.

**Etik Kurul İzni:** Bu çalışma, etik kurul izni gerektirmemektedir.

## KAYNAKLAR

- Akdemirel, E. (2024). OECD ülkelerinde sağlığın sosyal belirleyicileri üzerine bir panel veri analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 27(1), 65-90.
- Anwar, A., Hyder, S., Mohamed Nor, N. & Younis, M. (2023). Government health expenditures and health outcome nexus: A study on OECD countries. *Frontiers in Public Health*, 11.
- Bein, M.A., Unlucan, D., Olowu, G. & Kalifa, W. (2017). Healthcare spending and health outcomes: Evidence from selected East African countries. *African Health Sciences*, 17(1), 247-254.
- Brinda, E.M., Rajkumar, A.P. & Enemark, U. (2015). Association between gender inequality index and child mortality rates: A cross-national study of 138 countries. *BMC Public Health* 15, 97.
- Chaaban, J. & Cunningham, W. (2011). *Measuring the economic gain of investing in girls: the girl effect dividend*. In: *Policy Research working paper*, 5753. The World Bank. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/730721468326167343/pdf/WPS5753.pdf>
- Chirowa, F., Atwood, S., & Van der Putten, M. (2013). Gender inequality, health expenditure and maternal mortality in sub-Saharan Africa: A secondary data analysis. *African Journal of Primary Health Care and Family Medicine*, 5(1), 1-5.
- Gaye, A., Klugman, J., Kovacevic, M., Twigg, S., & Zambrano, E. (2010). *Measuring key disparities in human development: The gender inequality index*. New York.

- Gakidou, E., Cowling, K., Lozano, R. & Murray, C.J.L. (2010). Increased educational attainment and its effect on child mortality in 175 countries between 1970 and 2009: A systematic analysis. *The Lancet*, 376(9745), 18-24.
- Homan, P. (2017). Political gender inequality and infant mortality in the United States, 1990–2012. *Social Science & Medicine*, 182, 127–135.
- Iqbal, N., Gkiouleka, A., Milner, A., Montag, D. & Gallo, V. (2018). Girls' hidden penalty: Analysis of gender inequality in child mortality with data from 195 countries. *BMJ Global Health*, 3, e001028.
- Kennedy, E., Binder, G., Humphries-Waa, K., Tidhar, T., Cini, K., Comrie-Thomson, L., Vaughan, C., Francis, K., Scott, N., Wulan, N., Patton, G. & Azzopardi, P. (2020). Gender inequalities in health and wellbeing across the first two decades of life: An analysis of 40 low-income and middle-income countries in the Asia-Pacific region. *The Lancet Global Health*, 8(12), e1473-e1488.
- Kim, J.H. (2019). Multicollinearity and misleading statistical results. *Korean Journal of Anesthesiology*, 72(6), 558-569.
- Kolip, P. & Lange, C. (2018). Gender inequality and the gender gap in life expectancy in the European Union. *European Journal of Public Health*, 28(5), 869–872.
- Marais, G.A.B., Gaillard, J.M., Vieira, C., Plotton, I., Sanlaville, D., Gueyffier, F. & Lemaitre, J.F. (2018). Sex gap in aging and longevity: Can sex chromosomes play a role? *Biology of Sex Differences*, 9, 33.
- Marphatia, A.A., Cole, T.J., Grijalva-Eternod, C. & Wells, J.C.K. (2016). Associations of gender inequality with child malnutrition and mortality across 96 countries. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 23(1), e6.
- Mateos, J.T., Fernández-Sáez, J., Marcos-Marcos, J., Álvarez-Dardet, C., Bambra, C., Popay, J., Baral, K., Musolino, C. & Baum, F. (2022). Gender equality and the global gender gap in life expectancy: An exploratory analysis of 152 countries. *International Journal of Health Policy and Management*, 11(6), 740-746.
- Miladinov, G. (2020). Socioeconomic development and life expectancy relationship: Evidence from the EU accession candidate countries. *Journal of Population Sciences/Genus*, 76(2).
- O'Hare, B., Makuta, I., Chiwaula, L. & Bar-Zeev, N. (2013). Income and child mortality in developing countries: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 106(10), 408-14.
- Park, M. B. & Nam, E. W. (2019). National level social determinants of health and outcomes: Longitudinal analysis of 27 industrialized countries. *SAGE Open*, 9(2), 1-8.
- Pinho-Gomes, A., Vassallo, A., Carcel, C., Peters, S. & Woodward, M. (2022). Gender equality and the gender gap in life expectancy in the European Union. *BMJ Global Health*, 7, e008278.
- Prus, S.G. & Gee, E. (2003). Gender differences in the influence of economic, lifestyle and psychosocial factors on later-life health. *Canadian Journal of Public Health*, 94(4), 306-309.
- Regitz-Zagrosek, V. (2012). Sex and gender differences in health. *Science & Society Series on Sex and Science. EMBO Reports*, 13(7), 596-603.

- Sezgin, D. (2015). Toplumsal cinsiyet perspektifinde sağlık ve tıbbileştirme. *Sosyoloji Araştırma Dergisi*, 18(1), 153-186.
- Shafi, R. & Fatima, S. (2019). Relationship between gdp, life expectancy and growth rate of G7 countries. *International Journal of Sciences*, 8(06), 74-79.
- Shah, P.S. & Shah, J. (2010). Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: A systematic review and meta-analyses. *Journal of Womens Health (Larchmt)*, 19(11), 2017-31.
- Taş, N. (2012). *Ekonomik Değişkenlerin Panel Veri Analizi İle Çözümlemesi*. [Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi].
- Tatoğlu, F. Y. (2013). *Panel Veri Ekonometrisi: Stata Uygulamalı (2.Baskı)*. İstanbul, Beta Yayıncılık.
- The World Bank. (2012). *World development report 2012: Gender equality and development*. The World Bank. Washington, DC.
- The World Bank. (2024, Sep 17). Indicator. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>
- UN. (2024, Sep. 17). *Achieve gender equality and empower all women and girls*. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/>
- UNDP. (2018). *Human development indices and indicators: 2018 statistical update*. <https://www.undp.org/tr/turkiye/publications/insani-gelisme-indeksi-ve-indikatorleri-2018-istatistik-guncellemesi>
- UNDP. (2024a, Sep 17). *Human development index*. <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>
- UNDP. (2024b, Sep 17). *Gender inequality index*. <https://hdr.undp.org/data-center/thematic-composite-indices/gender-inequality-index#/indicies/GII>
- UNDP. (2024c, Sep 17). *Human development report 2023-24*. <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>
- Upadhyay A.K. & Srivastava, S. (2015). *Association between economic growth and infant mortality: Evidence from 132 demographic and health surveys from 36 developing countries*. Population Association of America 2015. San Diego, California.
- Veas, C., Crispi, F. & Cuadrado, C., (2021). Gender inequality and population-level health outcomes: Panel data analysis of OECD countries, *European Journal of Public Health*, 31(3).
- Weber, A.M., Cislighi, B., Meausoone, V., Abdalla, S., Mejía-Guevara, I., Loftus, P.D., Hallgren, E., Seff, I., Stark, L., Victora, C.G., Buffarini, R., Barros, A.J., Domingue, B.W., Bhushan, D., Gupta, R., Nagata, J.M., Shakya, H.B., Richter, L.M., Norris, S.A., Ngo, T.D., Chae, S., Haberland, N., McCarthy, K.J., Cullen, M.R., Darmstadt, G.L., Greene, M.E., Hawkes, S., Heise, L., Henry, S.K., Heymann, J., Klugman, J., Levine, R., Raj, A., & Gupta, G.R. (2019). Gender norms and health: Insights from global survey data. *The Lancet*, 393, 2455-2468.
- WHO. (2024a, Sep 17). *Gender and health*. [https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1)
- WHO. (2024b, Sep 17). *Gender and health*. [https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_2)

WHO. (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health final report of the commission on social determinants of health.*

Yazd, S.D., Oroszlányová, M., & Pekin Alakoç, N. (2023). Understanding how gender inequality may affect children's health: An empirical study across 161 countries. *Cogent Social Sciences*, 9(1).





# SAĞLIK ÇALIŞANLARINDA İŞ YAŞAM KALİTESİ, YURTDIŞINA GÖÇ NİYETİ VE ŞİDDET ARASINDAKİ İLİŞKİ \*

Gökhan ACAR \*\*  
Murat SAĞBAŞ \*\*\*

## ÖZ

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki sağlık sektörü çalışanlarının iş yaşam kalitesi, beyin göçü algıları ve sağlıkta şiddet maruziyeti arasındaki ilişkileri incelemektir. Çalışmada gruplar arası farklılıkların tespitinde bağımsız örneklem t-testi ve ANOVA kullanılmıştır. Araştırmada demografik özellikleri belirlemeye yönelik anket kısmının yanı sıra Beyin Göçü Tutumu Ölçeği, İş Yaşam Kalitesi Ölçeği ve Şiddete Yönelik Tutum Anketi kullanılmıştır. Çalışmanın örneklemi 331 sağlık çalışanından oluşmaktadır. Sonuçlar, iş-yaşam kalitesinin sektöre göre önemli ölçüde farklılaştığını, özel sektör çalışanlarının kamu sektöründekilere göre daha yüksek puanlar bildirdiğini göstermektedir. Beyin göçü algıları medeni durum ve çocuk sahipliğinden etkilenmekte, evli olmayan ve çocuksuz bireyler göçü daha cazip olarak algılamaktadır. Araştırma sonucunda, şiddete maruz kalmanın beyin göçü tutumları ile pozitif ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak, iş-yaşam kalitesi beyin göçü algılarını doğrudan etkilememektedir. Ayrıca, özel sektörde çalışan sağlık çalışanlarının kamu sektöründe çalışanlara kıyasla şiddete maruz kalma olasılığı daha yüksektir. Bu çalışma, iş-yaşam kalitesinin iyileştirilmesi, sağlık hizmetlerinde şiddetin azaltılması ve beyin göçü endişelerinin giderilmesi için kapsamlı politikalara duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Mesleki memnuniyetin artırılması ve güvenli çalışma ortamlarının sağlanması, sağlık çalışanları arasında göç niyetlerini önemli ölçüde azaltabilir.

**Anahtar Kelimeler:** İş yaşam kalitesi, Beyin göçü, Sağlık sektörü, Şiddet, Demografik etkiler

## MAKALE HAKKINDA

\* Bu çalışma, İstanbul Kent Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü İşletme Yönetimi Yüksek Lisans Programı kapsamında, Doç. Dr. Murat SAĞBAŞ danışmanlığında ve Gökhan ACAR tarafından hazırlanan "Sağlık Çalışanlarının İş Yaşam Kalitesinin Yurtdışına Göç Niyetine Etkisinde Sağlık Çalışanlarına Yönelik Şiddetin Aracı Rolü" başlıklı yüksek lisans tezinden yararlanılarak hazırlanmıştır.

\*\* Yüksek lisans mezunu, Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, gacartez@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0003-0279-5927>

\*\*\* Doç. Dr., Milli Savunma Üniversitesi, ATASAREN, muratsagbass@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-6069-5981>

Gönderim Tarihi: 27.06.2024

Kabul Tarihi: 29.01.2025

## Atıfta Bulunmak İçin:

Acar, G., & Sağbaşı, M. (2025). Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi, Yurtdışına Göç Niyeti ve Şiddet Arasındaki İlişki. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 113-126. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1505681>

# THE RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF WORK LIFE, INTENTION TO MIGRATE ABROAD AND VIOLENCE IN HEALTHCARE WORKERS \*

Gökhan ACAR \*\*  
Murat SAĞBAŞ \*\*\*

## ABSTRACT


The purpose of this study is to examine the relationships between quality of work life, perceptions of brain drain and exposure to violence in health care among health sector employees in Türkiye. In the study, independent sample t-test and ANOVA were used to determine the differences between groups, and structural equation modeling was also used. In addition to the questionnaire to determine demographic characteristics, the Brain Drain Attitude Scale, the Quality of Work Life Scale, and the Attitudes Towards Violence Questionnaire were used in the study. The sample of the study consists of 331 healthcare workers. The results show that quality of work-life differs significantly by sector, with private sector employees reporting higher scores than those in the public sector. Perceptions of brain drain are affected by marital status and having children, and unmarried and childless individuals perceive migration as more attractive. Structural equation modeling reveals that exposure to violence is positively associated with brain drain attitudes. However, quality of work-life does not directly affect brain drain perceptions. In addition, health care workers working in the private sector are more likely to be exposed to violence than those working in the public sector. This study highlights the need for comprehensive policies to improve quality of work-life, reduce violence in healthcare and address brain drain concerns. Increasing occupational satisfaction and providing safe working environments can significantly reduce migration intentions among healthcare workers.

**Keywords:** Quality of work life, Brain drain, Healthcare sector, Violence, Demographic effects

## ARTICLE INFO

\* This study is based on the master's thesis entitled 'The Mediating Role of Violence Against Healthcare Workers in the Effect of Healthcare Workers' Quality of Work Life on the Intention to Migrate Abroad' (2024), prepared by Gökhan ACAR under the supervision of Assoc. Prof. Dr. Murat SAĞBAŞ within the scope of Istanbul Kent University Graduate School of Graduate Education Business Management Master's Programme.

\*\* Master's degree graduate, Taksim Training and Research Hospital, gacartez@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0003-0279-5927>

\*\*\* Assoc. Prof. Dr., National Defence University, ATASAREN, muratsagbass@gmail.com,

 <https://orcid.org/0000-0001-6069-5981>

Received: 27.06.2024

Accepted: 29.01.2025

## Cite This Paper:

Acar, G., & Sağbaşı, M. (2025). Sağlık Çalışanlarında İş Yaşam Kalitesi, Yurtdışına Göç Niyeti ve Şiddet Arasındaki İlişki. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 113-126. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1505681>

## I. GİRİŞ

Sağlık çalışanları, insan yaşamı üzerindeki doğrudan etkileri nedeniyle önemli sorumluluklar taşımakta, bu da onların iş tatmini ve motivasyonuna odaklanılmasını gerektirmektedir. Sağlıklı yaşam alışkanlıkları, takdir edilme, makul çalışma saatleri, daha iyi ücret, beceri kullanımı, çalışan-yönetim ilişkileri ve yönetilebilir iş yükü gibi yaşam kalitelerini etkileyen faktörlerin iyileştirilmesi çok önemlidir. Bu alanların iyileştirilmesi motivasyonu, iş memnuniyetini ve genel yaşam kalitesini artırarak toplumu olumlu yönde etkileyebilir (Babapour vd., 2022; Babamohamadi vd., 2023). Bu nedenle, sağlık politikaları sağlık çalışanlarının refahına öncelik vermeli, kişisel ve ailevi ihtiyaçlarını, çevreleri üzerindeki kontrollerini, kişisel gelişimlerini ve anlamlı yaşamlarını ele almalıdır. İyileştirilmiş çalışma koşulları, çevresel faktörler, hizmetlere erişim ve sosyal ilişkiler iş memnuniyetini, mesleki ve kişisel gelişimi, performans değerlendirmesini, motivasyonu ve hizmet kalitesini artırabilir ve moral ve hizmet standartlarının korunmasında yönetim ve eğitimin rolünü vurgulayabilir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu, 2011).

Sağlık çalışanlarının düşük ve orta gelirli ülkelerden daha zengin ülkelere göçü, genellikle "beyin göçü" olarak adlandırılan önemli bir küresel sorundur. Bu eğilim, doktor ve hemşirelerin daha iyi yaşam koşulları ve gelir fırsatları için yer değiştirmelerini içermektedir (Kalipeni vd., 2012). Göç modelleri, Asya ve Pasifik gibi bölgelerden Avustralya, Kanada ve ABD gibi kaynak zengini ülkelere önemli akışlar göstermektedir ve bu ülkelerdeki doktorların %20'sinden fazlası göçmendir (Clemens ve Pettersson, 2005). Bunun etkileri kişisel kazançların ötesine geçerek, artan eğitim ve elde tutma maliyetleri yoluyla kendi ülkelerinin sağlık sistemlerini etkilemekte ve kritik sağlık personeli eksikliğini daha da kötüleştirmektedir (Forcier, 2004). Bu göç, menşe ülkelerin sağlık sistemlerini zayıflatmakta ve ciddi eşitsizliklerin altını çizmektedir. Örneğin, Sahra Altı Afrika'daki en yoksul ülkelere hemşirelerin %50'sinden fazlası daha zengin bölgelere taşınmış, sağlık işgücünü tüketmiş ve temel sağlık ihtiyaçlarını karşılama kabiliyetlerini etkilemiştir (Serour, 2009). ABD gibi ülkeler eğitim maliyetlerinden tasarruf ederek mali açıdan fayda sağlarken, yoksul ülkeler için potansiyel getiri ve eğitim maliyetlerinde önemli kayıplar görülmektedir.

2006 yılında Türkiye'nin yabancı doktor ithal etme programı başlatması, uluslararası sağlık çalışanı göçüne ilişkin tartışmaları alevlendirmiş ve Türkiye'nin katı politikaları ile birçok gelişmiş ülkenin daha liberal yaklaşımları arasındaki zıtlığı vurgulamıştır. Yabancı doktorların vatandaşlık almadan Türkiye'de çalışmasına izin veren 2011 tarihli kararname ve yabancı sağlık çalışanlarına yönelik koşulları detaylandıran 2012 tarihli yönetmelik gibi düzenleyici değişiklikler bu değişimi kolaylaştırmıştır (Yıldırım, 2010). Aynı zamanda, Türk Tabipleri Birliği'nden mesleki statü sertifikası taleplerindeki artışla da kanıtlandığı üzere, Türk doktorların yurt dışında fırsat arayışında bir artış olmuştur. Anketler, Türkiye'deki tıp öğrencileri ve profesyonelleri arasında, daha iyi çalışma ve yaşam koşulları beklentisiyle yurt dışında çalışmaya yönelik güçlü bir eğilim olduğunu ortaya koymaktadır (Kaya vd., 2023; Uğur, 2022). Bu durum, Türkiye'deki çalışma koşullarına ilişkin daha geniş kapsamlı endişeleri yansıtmakta ve tıbbi yetenekleri elde tutmak için politika müdahalelerine duyulan ihtiyacın altını çizmektedir. Raporlar, beyin göçünün Türkiye'deki yüksek vasıflı profesyoneller arasında, özellikle de sağlık sektörünü etkileyen önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (Mollahalliloğlu vd., 2014). Hükümet, vasıflı işçilerin geri dönüşünü teşvik etmek için Turkuaz Kart ve yurtdışından Türk bilim insanlarını ve sağlık profesyonellerini geri getirme programları gibi çeşitli stratejiler uygulamaya koymuştur (Sarcan, 2022). Tıp fakültelerine kayıtların ve zorunlu hizmet gerekliliklerinin artırılması da dâhil olmak üzere beyin göçünü azaltmaya yönelik çabalar, doktor-hasta oranlarının uluslararası standartlara uygun hale getirilmesinde henüz istenen sonuçları vermemiştir (Filiz, 2022; Yıldız, 2020). Bu zorluklara rağmen Türkiye, sağlık işgücü piyasasındaki küresel dinamikleri ve fırsatları yansıtarak sağlık çalışanlarının hareketliliğini yönetmek için politikalar geliştirmeye devam etmektedir.

Sağlık çalışanlarının göçünde etkili olan unsurlardan biri de Türkiye'nin kanayan yarısı sağlık çalışanlarına yönelik şiddettir. Sağlık çalışanları, hastalar ve aileleriyle doğrudan etkileşimleri nedeniyle, sözlü, fiziksel veya cinsel saldırılar şeklinde ortaya çıkabilen işyeri şiddeti riskiyle daha fazla karşı karşıyadır. Araştırmalar, sağlık sektöründe şiddetin yaygınlığının diğer sektörlere göre daha yüksek olduğunu ve giderek arttığını göstermektedir. Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin nedenleri

arasında stresli bireylerle doğrudan temas, hizmetlerden memnuniyetsizlik, iletişim hataları ve uzun bekleme süreleri yer almaktadır (Sağlık-SEN, 2021). Akıl hastalığı, madde bağımlılığı, yetersiz güvenlik önlemleri ve silahların yaygınlığı gibi toplumsal sorunlar gibi bireysel ve çevresel faktörler de riske katkıda bulunmaktadır (Sağlık-SEN, 2022). Medyada yer alan şiddet haberleri ve hastalardan gerçekçi olmayan beklentiler gerilimi daha da tırmandırmaktadır. Türkiye'de yapılan araştırmalar, sağlık çalışanlarının yüksek bir yüzdesinin kariyerleri boyunca şiddete maruz kalması gibi endişe verici istatistiklerin altını çizmektedir. Bu durum, sağlık çalışanları için daha güvenli ve destekleyici bir ortam sağlamaya yönelik kapsamlı stratejilere duyulan acil ihtiyacın altını çizmektedir.

Sosyal değişim teorisine göre, insanlar yaşadıkları olayları fayda ve maliyet muhakemesinden geçirir (Coser, 1957). Bu bağlamda, sağlık çalışanları, mevcut iş-yaşam dengelerinin olumsuz etkilenmesi ve şiddete maruz kalma durumlarıyla karşı karşıya kaldıklarında daha iyi çalışma koşulları ve sosyal koruma sağlayan yurtdışı olanaklarını düşünebilirler. Maslow'un ihtiyaç hiyerarşi teorisine göre (Maslow & Lewis, 1987), insanların kendini gerçekleştirebilmeleri için öncelikle temel ihtiyaçlarına sahip olması gerekir. Bu bağlamda, sağlık çalışanlarının temel fizyolojik, güvenlik ve sosyal ihtiyaçları karşılanmadığında daha kişisel veya kariyer hedeflerine odaklanmaları zordur. Bu ihtiyaçlar şiddet ve düşük iş yaşamı kalitesi gibi unsurlarla karşılanamamakta, bu da insanları daha iyi bir yaşam arayışıyla yurtdışına göç etmeye daha meyilli hale getirmektedir. Sağlık çalışanları şiddet, duygusal talepler ve meşguliyet gibi stres faktörlerinin bir sonucu olarak tükenmişlik duygusuyla karşı karşıya kalabilirler (Meier, 1983). Daha fazla tükenmişlik yaşayan kişiler mevcut koşullarından kaçma eğilimi göstermekte, bu da yurtdışına taşınma planlarına yol açabilmektedir.

## II. ARAŞTIRMANIN GEREÇ ve YÖNTEMİ

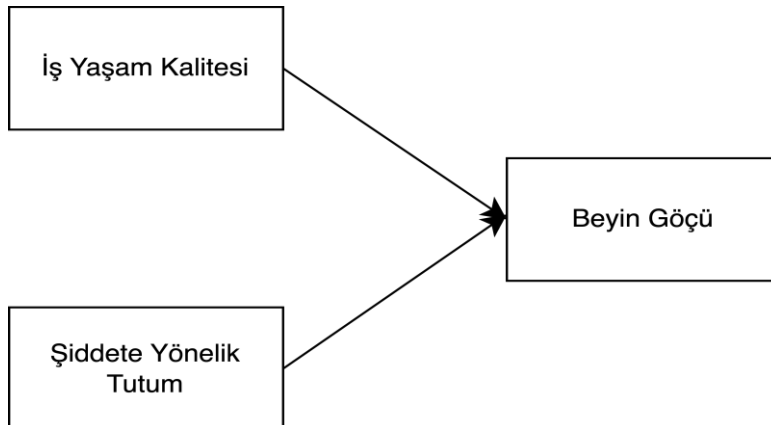
### 2.1. Araştırmanın amacı ve önemi

Bu çalışmanın amacı, Türkiye'deki sağlık sektörü çalışanlarının iş yaşam kalitesi, beyin göçü algıları ve sağlıkta şiddet maruziyeti arasındaki ilişkileri incelemektir. Ayrıca cinsiyet, medeni durum ve sektör gibi demografik özelliklerin iş yaşamı kalitesi, şiddete yönelik tutum ve beyin göçü algılarını nasıl etkilediğini belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu amaçlarının başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi, sağlık çalışanları için daha güvenli ve destekleyici bir ortam sağlamaya yönelik kapsamlı stratejilerin üretilmesine katkı sağlayabilir.

### 2.2. Araştırmanın modeli

Literatür taraması sonucunda araştırmanın modeli oluşturulmuştur. Buna göre sağlık çalışanlarında iş yaşam kalitesi, yurtdışına göç niyeti ve şiddet arasındaki anlamlı ilişkiler olduğu öngörülmektedir. Söz konusu araştırma modeli Şekil 1'de paylaşılmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıdaki hipotezler oluşturulmuştur:

#### Şekil 1. Araştırma Modeli



- H1: Sağlık sektörü çalışanlarının iş yaşam kalitesi demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.
- H2: Sağlık sektörü çalışanlarının şiddete yönelik tutumu demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.
- H3: Sağlık sektörü çalışanlarının beyin göçüne yönelik tutumu demografik özelliklerine göre farklılık göstermektedir.
- H4: Sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi, beyin göçüne yönelik tutumlarını pozitif etkilemektedir.
- H5: Sağlık çalışanlarının şiddete yönelik tutumları, beyin göçüne yönelik tutumlarını pozitif etkilemektedir.

### **2.3. Araştırmanın Evreni, Örneklemi ve Veri toplama araçları**

Kesitsel tipte yapılan bu araştırmanın evrenini; bir devlet hastanesinde görevli 331 sağlık çalışanı oluşturmuştur. Araştırma kapsamında araştırmacı tarafından demografik ve profesyonel özelliklerin yanı sıra Beyin Göçü Tutumu (Brain Drain) Ölçeği, İş Yaşam Kalitesi (Quality of Work Life) Ölçeği ve Şiddete Yönelik Tutum (Attitudes Towards Violence) Anketi'nden oluşan bir anket formu hazırlanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde katılımcıların demografik ve profesyonel özelliklerini belirlemeye yönelik 12 çoktan seçmeli soru bulunmaktadır.

Anket formunda yer alan Beyin Göçü Tutumu Ölçeği, Öncü vd. (2018) tarafından geliştirilmiştir. Ölçek'te 5'li Likert tipte olmak üzere ikisi (3 ve 5. İfadeler) ters kodlanan toplam 16 ifade bulunmaktadır. Ölçek, İtici Faktörler ve Çekici Faktörler olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin Cronbach Alfa güvenilirliği, bütüne ilişkin 0.91 ve alt bileşenlerine ilişkin 0.88 ve 0.86'dır.

Anket formunda yer alan İş Yaşam Kalitesi Ölçeği Akar ve Üstüner (2017) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 6 alt boyutta toplanan 5'li Likert tipte 23 ifade bulunmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,95 olarak tespit edilmiştir. İş Kariyer Memnuniyeti, Genel İyi Olma, İş Kontrol Edebilme, İş Yaşamında Stres, Çalışma Koşulları, Aile-İş Yaşamı Dengesi, alt boyutlarına sahip ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenilirlikleri sırasıyla 0.78, 0.79, 0.89, 0.70, 0.80, 0.94'tir.

Son olarak Şiddete Yönelik Tutum Anketi, Çelik ve Çelik (2007) ile Çelik vd. (2007) tarafından hazırlanan anket formundan faydalanılarak Yıldırak (2023) tarafından oluşturulmuştur. Fiziksel Şiddet ve Sözel Şiddet olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Güvenilirlik katsayısı 0.896'dır. Fiziksel Şiddetin Cronbach Alfa güvenilirliği 0.820 ve Sözel Şiddetin Cronbach Alfa güvenilirliği 0.896'tur.

### **2.4. İstatistiksel Analiz**

Araştırma modelinin test edilmesi için SPSS 23.0 programı kullanılmış olup regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Verilere hangi tür analizlerin uygulanacağını belirlemede normallik analizinden faydalanılmıştır. Normallik analizinde basıklık ve çarpıklık değerlerinden faydalanılmaktadır. İlgili değerlerin -2 ile +2 aralığında olması verilerin normal dağılım varsayımını karşıladığı anlamına gelmektedir (Tabachnick vd., 2013). Verilerin normal dağılım varsayımına karşılaması durumunda parametrik testlerden, verilerin normal dağılım varsayımını karşılamaması durumunda ise nonparametrik testlerden faydalanılmaktadır. İki grulu değişkenler için gruplar arası farklılıkların tespitinde bağımsız örneklem t testinden, ikiden fazla grulu değişkenler için gruplar arası farklılıkların tespitinde ANOVA analizinden, ANOVA sonucunda farklılık tespit edilmesi durumunda hangi gruplar arasında farklılık olduğunu ortaya koymak için Tukey post-hoc testinden faydalanılmıştır. Katılımcıların iş yaşam kalitelerinin, beyin göçüne yönelik tutumlarının, şiddete yönelik tutumlarının demografik özelliklerine göre değişkenliğinin belirlenmesinde ANOVA (pozisyona göre) ve t testinden (cinsiyet, medeni durum, çocuk sahipliği, sektör) faydalanılmıştır.

## 2.5. Araştırmanın Etik Yönü

Veriler, İstanbul Kent Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Tarih:15.02.2024, Karar no:3) izin alındıktan sonra toplanmıştır.

## III. BULGULAR

### 3.1. Demografik Bulgular

Tablo 1'te görüldüğü üzere ölçeklerin ve tüm alt boyutlarının limit değerler arasında basıklık ve çarpıklık değerleri aldığı görülmektedir. Bu nedenle de verilerin normal dağılım varsayımını karşıladığı görülmüş ve parametrik analizlerin gerçekleştirilmesine karar verilmiştir.

**Tablo 1. Betimleyici İstatistikler**

	X±SD	Basıklık	Çarpıklık
<b>İŞ YAŞAM KALİTESİ*</b>	3,100 ± 0,935	-0,121	-0,572
İY_İKM	3,289 ± 0,986	-0,417	-0,532
İY_GİO	3,138 ± 0,965	-0,238	-0,637
İY_İKE	3,061 ± 1,139	-0,209	-0,993
İY_ÇK	3,097 ± 1,116	-0,221	-0,984
İY_İYS	2,888 ± 1,129	0,052	-0,896
İY_AİYD	3,126 ± 1,122	-0,229	-0,922
<b>BEYİN GÖÇÜ**</b>	3,196 ± 0,946	-0,296	-0,782
BG_ÇEKICI	3,230 ± 1,073	-0,395	-0,897
BG_ITICI	3,162 ± 0,870	-0,140	-0,346
<b>SAĞLIKTA ŞİDDET***</b>	2,809 ± 1,144	0,136	-1,184
SS_SOZEL	2,922 ± 1,155	0,001	-1,122
SS_FIZIKSEL	2,696 ± 1,225	0,234	-1,205

\*: İY\_İKM: İş Kariyer Memnuniyeti, İY\_GİO: Genel İyi Olma, İY\_İKE: İşi Kontrol Edebilme, İY\_ÇK: Çalışma Koşulları, İY\_İYS: İş Yaşamında Stres, İY\_AİYD: Aile İş Yaşam Dengesi

\*\* : BG\_ÇEKICI: Çekici Faktörler, BG\_ITICI: İtici Faktörler

\*\*\*: SS\_SOZEL: Sözel Şiddet, SS\_FIZIKSEL: Fiziksel Şiddet

Ankete katılanların, cinsiyet dağılımında erkek katılımcıların sayısının 159 (%48,0), kadın katılımcıların ise 172 (%52,0) olduğu görülmektedir. Yaş gruplarına göre dağılımda katılımcıların %34,1'inin 21-30 yaş aralığında, %41,4'ünün 31-40 yaş aralığında, %17,2'sinin 41-50 yaş aralığında ve %7,3'ünün 51 yaş ve üzeri olduğu anlaşılmaktadır. Öğrenim durumu açısından değerlendirildiğinde, katılımcıların %25,4'ünün ön lisans, %33,2'sinin lisans, %6,0'ının 6 yıllık fakülte, %15,4'ünün yüksek lisans, %10,0'ının doktora ve %10,0'ünün tıpta uzmanlık derecesine sahip olduğu görülmüştür. Medeni durum dağılımında ise katılımcıların %57,1'inin bekâr ve %42,9'unun evli olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %38,1'inin çocuk sahibi olduğu, %61,9'unun ise çocuk sahibi olmadığı tespit edilmiştir.

### 3.2. İş Yaşam Kalitesinin Demografik Özelliklere Göre Değişkenliği

Katılımcıların iş yaşam kalite düzeylerinin demografik özelliklerine göre değişkenliğinin belirlenmesinde ANOVA (pozisyona göre) ve t testinden (cinsiyet, medeni durum, çocuk sahipliği, sektör) faydalanılmıştır. Yapılan analizlere göre katılımcıların hiçbir alt boyutta iş yaşam kalitelerinin cinsiyetlerine ve medeni durumlarına göre farklılık göstermediği ( $p>0,05$ ), çocuk sahibi olmayanların İş Yaşamında Stres (İY\_İYS) düzeylerinin, çocuk sahibi olanlara göre daha yüksek olduğu ( $p<0,05$ ), Genel İyi Olma (İY\_GİO), İşi Kontrol Edebilme (İY\_İKE), Çalışma Koşulları (İY\_ÇK), İş Yaşamında

Stres (İY\_İYS) ve Aile İş Yaşam Dengesi (İY\_AİYD) boyutlarında özel sektör çalışanları kamu sektörüne kıyasla daha yüksek iş yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu ( $p<0,05$ ) ve hekimlerin iş kariyer memnuniyeti, genel iyi olma, işi kontrol edebilme, çalışma koşulları, iş yaşamında stres ve aile iş yaşam dengesi boyutlarında diğer gruplara göre daha yüksek puanlar aldığını göstermektedir. Hemşireler bu boyutların çoğunda en düşük puanları alırken, hastane personeli genellikle iki diğer grup arasında bir yerde konumlanmıştır.

**Tablo 2. İş Yaşam Kalitesinin Farklılık Testi**

İş Yaşam Kalitesi	İY_İKM	İY_GİO	İY_İKE	İY_ÇK	İY_İYS	İY_AİYD
<b>Cinsiyet</b>						
Erkek (n=159)	3,380 ± 1,001	3,208 ± 0,990	3,170 ± 1,149	3,210 ± 1,124	2,975 ± 1,128	3,241 ± 1,144
Kadın (n=172)	3,205 ± 0,968	3,073 ± 0,939	2,961 ± 1,124	2,992 ± 1,102	2,808 ± 1,128	3,019 ± 1,094
t (p)	1,608 (0.109)	1,272 (0.204)	1,668 (0.096)	1,777 (0.077)	1,343 (0.180)	1,803 (0.072)
<b>Medeni Durum</b>						
Bekar (n=189)	3,336 ± 0,960	3,195 ± 0,955	3,138 ± 1,091	3,187 ± 1,095	2,968 ± 1,126	3,203 ± 1,110
Evli (n=142)	3,227 ± 1,020	3,061 ± 0,977	2,960 ± 1,197	2,977 ± 1,135	2,782 ± 1,129	3,024 ± 1,134
t (p)	0.999 (0.318)	1.250 (0.212)	1.405 (0.161)	1.703 (0.090)	1.490 (0.137)	1.442 (0.150)
<b>Çocuk Sahipliği</b>						
Evet (n=126)	3,232 ± 1,006	3,048 ± 0,963	2,974 ± 1,175	2,992 ± 1,101	2,726 ± 1,122	3,050 ± 1,092
Hayır (n=205)	3,324 ± 0,975	3,193 ± 0,964	3,115 ± 1,116	3,161 ± 1,123	2,988 ± 1,125	3,172 ± 1,140
t (p)	-0.832 (0.406)	-1.330 (0.185)	-1.101 (0.272)	-1.339 (0.182)	-2.056 (0.041)	-0.961 (0.337)
<b>Sektör</b>						
Kamu (n=175)	3,201 ± 0,988	3,011 ± 0,941	2,884 ± 1,167	2,956 ± 1,143	2,686 ± 1,108	3,000 ± 1,134
Özel (n=156)	3,388 ± 0,978	3,279 ± 0,975	3,261 ± 1,077	3,254 ± 1,066	3,115 ± 1,113	3,267 ± 1,094
t (p)	-1.726 (0.085)	-2.538 (0.012)	-3.041 (0.003)	-2.444 (0.015)	-3.514 (0.001)	-2.174 (0.030)
<b>Pozisyon</b>						
Hastane Personeli (n=170)	3,223 ± 1,003	3,052 ± 0,962	2,961 ± 1,107	3,049 ± 1,140	2,600 ± 1,082	3,082 ± 1,134
Hekim (n=80)	3,681 ± 0,929	3,542 ± 0,965	3,563 ± 1,144	3,538 ± 1,051	3,356 ± 1,126	3,563 ± 1,060
Hemşire (n=81)	3,041 ± 0,900	2,918 ± 0,860	2,778 ± 1,058	2,761 ± 0,993	3,031 ± 1,059	2,786 ± 1,025
F (p)	9.762 (0.000**)	10.343 (0.000**)	11.611 (0.000**)	10.643 (0.000**)	14.088 (0.000***)	10.473 (0.000**)

\*: İY\_İKM: İş Kariyer Memnuniyeti, İY\_GİO: Genel İyi Olma, İY\_İKE: İş Kontrol Edebilme, İY\_ÇK: Çalışma Koşulları, İY\_İYS: İş Yaşamında Stres, İY\_AİYD: Aile İş Yaşam Dengesi

\*: Fark: 1-2, 2-3

\*\* Fark: 1-2, 1-3, 2-3

### 3.3. Beyin Göçüne Yönelik Tutumun Demografik Özelliklere Göre Değişkenliği

Yapılan analizler sonucunda, beyin göçünü çekici ve itici bulma algılarının cinsiyetler arasında herhangi bir farklılık göstermediği, bekar bireylerin beyin göçünün çekici ve itici faktörlerine yönelik algısının evlilere göre daha olumlu olduğu, çocuk sahibi olmayan bireylerin, çocuk sahibi olanlara



göre beyin göçünü daha çekici ve itici bulduğu ( $p<0,05$ ), kamuda çalışanlar ile özel sektörde çalışanlar arasında beyin göçünü çekici ve itici bulma algılarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı ( $p>0,05$ ) ve hemşirelerin itici faktörlere karşı hastane personelinden daha olumlu bir tutuma sahip olduğu ( $p<0,05$ ) belirlenmiştir.

**Tablo 3. Beyin Göçünün Farklılık Testi**

Beyin Göçü	BG_ÇEKICI	BG_ITICI
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek (n=159)	3,228 ± 1,118	3,159 ± 0,900
Kadın (n=172)	3,232 ± 1,033	3,164 ± 0,844
t (p)	-0,035 (0,972)	-0,057 (0,955)
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar (n=189)	3,330 ± 1,058	3,253 ± 0,824
Evli (n=142)	3,096 ± 1,083	3,041 ± 0,916
t (p)	1,977 (0,049)	2,209 (0,028)
<b>Çocuk Sahipliği</b>		
Evet (n=126)	2,976 ± 1,083	2,964 ± 0,907
Hayır (n=205)	3,386 ± 1,040	3,283 ± 0,825
t (p)	3,431 (0,001)	-3,283 (0,001)
<b>Sektör</b>		
Kamu (n=175)	3,161 ± 1,153	3,093 ± 0,985
Özel (n=156)	3,307 ± 0,974	3,239 ± 0,714
t (p)	-1,245 (0,214)	-1,554 (0,121)
<b>Pozisyon</b>		
Hastane Personeli (n=170)	3,119 ± 1,139	3,087 ± 0,911
Hekim (n=80)	3,233 ± 1,051	3,113 ± 0,817
Hemşire (n=81)	3,458 ± 0,918	3,367 ± 0,806
F (p)	2,761 (0,065)	3,058 (0,048**)

#### 3.4. Şiddete Yönelik Tutumun Demografik Özelliklere Göre Değişkenliği

Katılımcıların şiddete yönelik tutumlarının demografik özelliklerine göre değişkenliğinin belirlenmesinde ANOVA (pozisyona göre) ve t testinden (cinsiyet, medeni durum, çocuk sahipliği, sektör) faydalanılmıştır. Yapılan analizlerin sonucunda sözel ve fiziksel şiddete yönelik tutumların cinsiyetler arasında, medeni duruma göre ve çocuk sahipliğine göre anlamlı bir farklılık olmadığı ( $p>0,05$ ), özel sektörde çalışan sağlık personellerinin kamu sektöründekilere göre daha fazla hem sözel hem de fiziksel şiddete maruz kaldığı ve hemşirelerin hastane personeline göre daha fazla şiddete maruz kaldığı görülmüştür ( $p<0,05$ ).

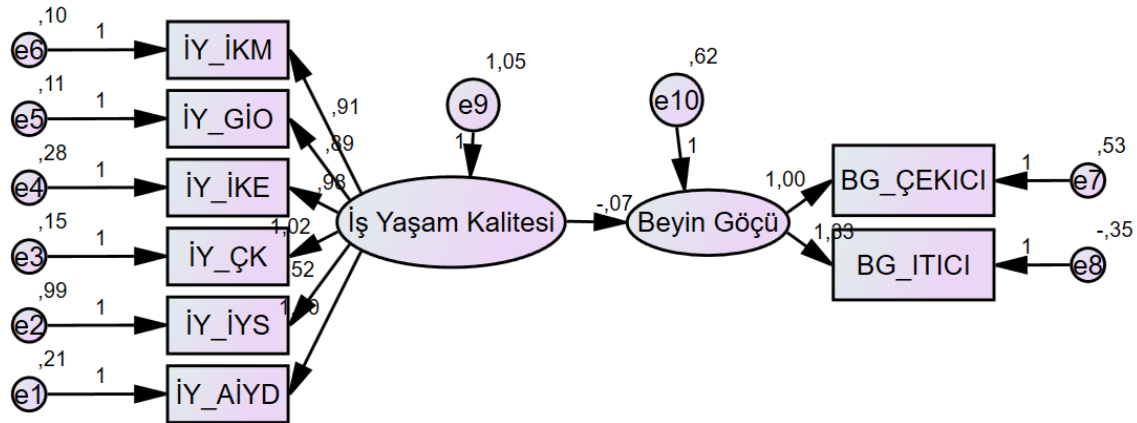
**Tablo 4. Şiddete Yönelik Tutumun Farklılık Testi**

Şiddete Yönelik Tutum	SS_SOZEL	SS_FIZIKSEL
<b>Cinsiyet</b>		
Erkek (n=159)	2,940 ± 1,106	2,703 ± 1,175
Kadın (n=172)	2,905 ± 1,202	2,689 ± 1,273
t (p)	0,280 (0,780)	0,103 (0,918)
<b>Medeni Durum</b>		
Bekar (n=189)	2,975 ± 1,114	2,802 ± 1,207
Evli (n=142)	2,851 ± 1,207	2,555 ± 1,240
t (p)	0,970 (0,333)	1,822 (0,069)
<b>Çocuk Sahipliği</b>		
Evet (n=126)	2,808 ± 1,211	2,532 ± 1,250
Hayır (n=205)	2,992 ± 1,116	2,796 ± 1,202
t (p)	-1,408 (0,160)	-1,915 (0,056)
<b>Sektör</b>		
Kamu (n=175)	2,774 ± 1,235	2,469 ± 1,212
Özel (n=156)	3,088 ± 1,037	2,950 ± 1,193
t (p)	-2,514 (0,012)	-3,636 (0,000)
<b>Pozisyon</b>		
Hastane Personeli (n=170)	2,788 ± 1,153	2,557 ± 1,199
Hekim (n=80)	2,918 ± 1,164	2,697 ± 1,144
Hemşire (n=81)	3,207 ± 1,112	2,985 ± 1,319
F (p)	3,684 (0,026**)	3,383 (0,035**)

### 3.5. İş Yaşam Kalitesinin Beyin Göçüne Etkisi

Tablo 5'te elde edilen sonuçlar ışığında, iş yaşam kalitesi ve beyin göçünün tüm alt boyutlarını hesaba katan model sonucunda iş yaşam kalitesinin beyin göçüne etki etmediği görülmüştür ( $p=0,242>0,05$ ). Her ne kadar standardize regresyon katsayısı negatif bir etki olduğunu belirtse de bu etki istatistiksel olarak anlamlı olmadığı için, iş yaşam kalitesinin beyin göçüne etki etmediğini söylemek mümkündür (Şekil 2). Dolayısıyla önerilen H4 hipotezi desteklenmemektedir.

### Şekil 2. İş Yaşam Kalitesinin Beyin Göçüne Etkisine Yönelik Model



**Tablo 5. İş Yaşam Kalitesinin Beyin Göçüne Etkisi**

			Standardize Katsayı	St. Hata	p
BG	<---	IYK	-0,089	0,058	0,242
İY_AİYD	<---	IYK	0,914		
İY_İYS	<---	IYK	0,469	0,056	***
İY_ÇK	<---	IYK	0,938	0,033	***
İY_İKE	<---	IYK	0,886	0,038	***
İY_GİO	<---	IYK	0,941	0,028	***
İY_İKM	<---	IYK	0,947	0,029	***
BG_ÇEKICI	<---	BG	0,737		
BG_ITICI	<---	BG	1,212	0,609	0,029

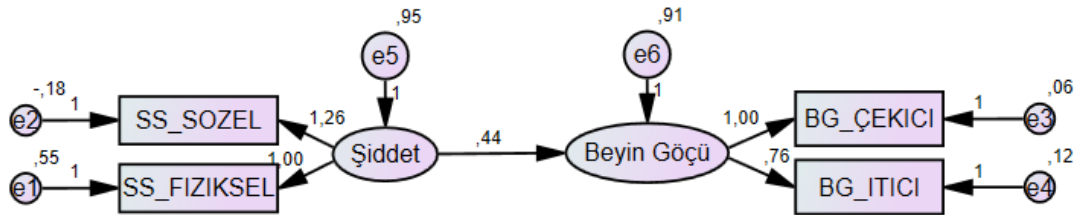
İY\_İKM: İş Kariyer Memnuniyeti, İY\_GİO: Genel İyi Olma, İY\_İKE: İşi Kontrol Edebilme, İY\_ÇK: Çalışma Koşulları, İY\_İYS: İş Yaşamında Stres, İY\_AİYD: Aile İş Yaşam Dengesi

### 3.6. Sağlıkta Şiddetin Beyin Göçüne Etkisi

Tablo 6’da sağlıkta şiddetin ve beyin göçünün tüm alt boyutlarını dikkate alan model sonucunda sağlıkta şiddetin beyin göçüne yönelik tutumu arttıran bir unsur olduğu görülmektedir ( $\beta=0,411$ , pozitif;  $p<0,05$ ). Sağlıkta şiddetin beyin göçünü istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkilediğini söylemek mümkündür (Şekil 3). Buna göre sağlıkta şiddette yaşanan 1 birimlik artış, beyin göçüne yönelik tutumu 0,411 birim arttırmaktadır. Dolayısıyla önerilen H5 hipotezi desteklenmiştir.

**Tablo 6. Sağlıkta Şiddetin Beyin Göçüne Etkisi**

			Standardize Katsayı	St. Hata	p
BG	<---	SS	0,411	0,055	***
SS_FİZİKSEL	<---	SS	0,797		
SS_SOZEL	<---	SS	1,065	0,116	***
BG_ÇEKICI	<---	BG	0,974		
BG_ITICI	<---	BG	0,916	0,047	***

**Şekil 3. Sağlıkta Şiddetin Beyin Göçüne Etkisine Yönelik Model**

## IV. TARTIŞMA

Bu araştırma, sağlık sektörü çalışanlarının iş yaşam kalitesi, beyin göçü algıları ve şiddete yönelik tutumları üzerine kapsamlı bir inceleme sunmaktadır. Çalışmada elde edilen sonuçlar, iş yaşam kalitesinin cinsiyet, medeni durum, çocuk sahipliği ve sektör gibi farklı demografik özelliklere göre anlamlı farklılıklar gösterdiğini belirtmektedir. Özellikle özel sektör çalışanlarının kamu sektörüne kıyasla daha yüksek iş yaşam kalitesi puanlarına sahip olduğu gözlemlenmiştir. Bu durumun sebebi, özel sektördeki ücret ve yan hakların, kamu sektörüne kıyasla daha iyi olması, inovatif teknolojileri kullanmanın yarattığı mesleki tatmin ile daha yüksek iş güvenliği ve çalışma ortamının olması, bu durumun sebebi olabilir. Ayrıca, beyin göçü algıları üzerine yapılan analizler, bekar bireylerin ve

çocuk sahibi olmayanların, beyin göçünü daha çekici bulduğunu göstermiştir; bu durum, kariyer fırsatlarına yönelik açıklığı ve yer değiştirme kararlarında çocuk sahipliğinin oluşturduğu engelleri vurgulamaktadır.

Sağlık sektöründe yaşanan şiddet, özellikle özel sektörde çalışan sağlık personellerinin daha fazla şiddete maruz kaldığını ve bu durumun beyin göçüne yönelik tutumları artırdığını ortaya koymuştur. Buna göre, sağlıkta şiddetin beyin göçüne yönelik tutumu belirgin şekilde artırdığını belirtmektedir. Bununla birlikte, iş yaşam kalitesinin beyin göçüne doğrudan bir etkisi olmadığı; dolayısıyla sağlıkta şiddetin bu etkileşimde aracı bir rol oynamadığı saptanmıştır.

Önceki araştırmalar, sağlıkta şiddetin iş yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini açıkça göstermektedir. Hemşireler ve sağlık çalışanlarının maruz kaldıkları şiddetin tükenmişlik, işten ayrılma niyeti ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkileri olduğunu belirten birçok çalışma bulunmaktadır (Bae ve Lee, 2015; Choi ve Lee, 2017; Eslamian vd., 2015; Xie vd., 2021; Yang vd., 2021; FathySaad, 2015; Charati, 2019). Bu bulgulara paralel olarak Çabuk ve Menteş (2023), sağlık çalışanlarının yaşam kalitesinin, iş yerinde şiddet algısı arttıkça düştüğünü göstermiştir. Bu araştırmada da benzer bulgular elde edilmiştir. Bulgulara göre, sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesi, iş yerinde karşılaştıkları şiddetin varlığına göre değişmektedir. Hem sözel hem de fiziksel şiddet, sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Özellikle özel sektörde çalışanlar ve hemşireler, kamu çalışanlarına ve hastane personeline göre daha fazla şiddet algısına sahiptir ve bu, onların iş yaşam kalitelerini düşürmektedir. Hemşirelerin sağlık personelleri içerisinde en ön saflarda yer alan personeller olduğu ve hasta ve hasta yakınları ile hekimlerden daha fazla bire bir temas etmeleri, bu durumun sebebi olabilir. Bu, Çabuk ve Menteş (2023) ve Charati vd. (2019) ile uyumlu olup şiddet mağdurlarına yönelik destek ve müdahale programlarının önemini bir kez daha ortaya koymaktadır.

Önceki araştırmalarda, sağlıkta şiddetin sağlık çalışanlarının beyin göçü niyetini artırdığı belirtilmiştir Kirigia vd. (2006), Ancak Hashish ve Ashour (2020), Sapkota vd. (2014), Kaya vd. (2023) ile Sancak vd. (2023) çalışmaları, sağlıkta şiddetin beyin göçü üzerinde önemli bir tetikleyici olduğunu göstermiştir. Bu çalışmanın bulguları da sağlıkta şiddetin beyin göçüne yönelik tutumu olumlu yönde etkilediğini göstermiştir ( $\beta=0,411$ , pozitif;  $p<0,05$ ). Şiddet mağdurları, kariyerlerini daha güvenli ve huzurlu bir ortamda sürdürmek amacıyla beyin göçüne daha yatkın hale gelmektedir. Bu sonuç, Kaya vd. (2023) ve Sancak vd. (2023) gibi önceki çalışmalardaki bulgularla uyumludur.

İş yaşam kalitesi ve beyin göçü arasındaki ilişkiyi değerlendiren araştırmalar sınırlıdır. Ancak Hashish ve Ashour (2020) ve Sapkota vd. (2014), çalışma ortamı koşullarının beyin göçü niyetinde önemli bir rol oynadığını belirtmişlerdir. Ancak elde edilen bulgular, iş yaşam kalitesinin beyin göçü üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkisinin olmadığını göstermektedir. Her ne kadar iş yaşam kalitesi ile beyin göçü arasında negatif bir ilişki gözlemlense de bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bu sonuç, Hashish ve Ashour (2020) ve Sapkota vd. (2014) çalışmalarıyla çelişmektedir.

#### **IV. SONUÇ VE ÖNERİLER**

Araştırmanın sonuçları, sağlık sektörü çalışanlarının karşılaştığı zorlukları ve bu zorlukların profesyonel tercihler üzerindeki etkilerini gözler önüne sermektedir. Bu sonuçlar, sağlık politikaları ve sektör yönetimi açısından önemli düzenlemeler yapılması gerektiğine işaret etmekte ve sağlık çalışanlarının iş ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik stratejik adımların atılmasını gerektirmektedir. Bu çalışma, sağlık sektöründe iyileştirilmesi gereken alanlara dikkat çekerek, daha sağlıklı çalışma ortamları oluşturulması için bir temel teşkil etmektedir.

Özetle, bu çalışma, sağlıkta şiddetin sağlık çalışanlarının iş yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini ve beyin göçüne yönelik tutumlarını güçlendirdiğini göstermektedir. Ancak iş yaşam kalitesinin doğrudan beyin göçü üzerinde anlamlı bir etkisi bulunmamıştır. Bu bulgular, sağlık sektöründe şiddetin önlenmesi için politikaların ve müdahalelerin geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Çalışma kapsamında aşağıdaki öneriler geliştirilebilir:

Sağlık sektöründe iş yaşam kalitesini artırmak için kapsamlı programlar geliştirilmelidir. Bu programlar, çalışma saatlerinin düzenlenmesi, mesleki gelişim fırsatlarının artırılması, çalışma ortamının iyileştirilmesi ve çalışanların karar alma süreçlerine daha fazla dahil edilmesini içermelidir. Ayrıca, iş ve özel hayat dengesini destekleyecek politikaların hayata geçirilmesi, çalışan memnuniyetini ve verimliliği artıracaktır.

Sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti azaltmak için etkili önlemler alınmalıdır. Bu önlemler arasında şiddet olaylarının hızlı ve adil bir şekilde ele alınmasını sağlayacak hukuki ve idari düzenlemeler, çalışanları şiddet olaylarına karşı koruyacak güvenlik önlemleri ve şiddetin önlenmesine yönelik eğitim programları bulunmalıdır. Konuya ilişkin caydırıcı yaptırımlar ve hızlı hukuki müdahaleler gerektiren düzenlemeler uygulanabilir. Acil durum butonları, güvenlik personelinin artırılması gibi uygulamalar gerçekleştirilebilir.

Beyin göçü, özellikle nitelikli sağlık çalışanlarının yurt dışına veya daha cazip koşullar sunan diğer sektörlerle göç etmesi şeklinde kendini göstermektedir. Bu durumu azaltmak için, çalışma koşullarını iyileştirecek, mesleki tatmini artıracak ve kariyer ilerlemesi için fırsatlar sunacak stratejiler uygulanmalıdır. Ayrıca, profesyonel gelişim için sürekli eğitim programları ve yüksek standartlarda çalışma ortamları sağlanmalıdır.

Sağlık çalışanlarının deneyimlerine dayanan geri bildirim mekanizmaları kurulmalı ve bu geri bildirimler, sektör politikalarının şekillendirilmesinde aktif olarak kullanılmalıdır. Çalışanların seslerini duyurabilecekleri platformlar oluşturulmalı, böylece karşılaştıkları zorluklar ve ihtiyaçları doğrudan ilgili karar vericilere ulaştırılabilir.

**Etik Kurul Onayı:** İstanbul Kent Üniversitesi, Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmalar ve Yayın Etiği Kurulu'ndan (Tarih:15.02.2024, Karar no:3) izin alınmıştır.

## KAYNAKLAR

- Akar, H., & Üstüner, M. (2017). İş yaşam kalitesi ölçeğinin Türkçe uyarlaması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 18(2), 159-176. <https://www.doi.org/10.17679/inuefd.302675>.
- Babapour, A. R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC nursing*, 21(1), 75. <https://www.doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>
- Babamohamadi, H., Davari, H., Safari, A. A., Alaei, S., & Pordanjani, S. R. (2023). The association between workload and quality of work life of nurses taking care of patients with COVID-19. *BMC nursing*, 22(1), 234. <https://www.doi.org/10.1186/s12912-023-01395-6>
- Bae, Y., & Lee, T. (2015). Relationship of experience of violence and professional quality of life for hospital nurses'. *Journal of Korean academy of nursing administration*, 21(5), 489-500. <https://www.doi.org/10.1111/jkana.2015.21.5.489>
- Clemens, M. A., & Pettersson, G. (2008). New data on African health professionals abroad. *Human Resources for Health*, 6, 1-11. <https://www.doi.org/10.1186/1478-4491-6-1>
- Çabuk Y., & Menteş S. A. (2023). The effect of workplace violence on work performance and quality of life in the health sector: with the mediating role of quality of life. *Balkan Near East J Soc Sci*. 9, 162-175.
- Çelik, Y., & Çelik, S. Ş. (2007). Sexual harassment against nurses in Turkey. *Journal of nursing Scholarship*, 39(2), 200-206. <https://www.doi.org/10.1111/j.1547-5069.2007.00168.x>

- Çelik, S. Ş., Celik, Y., Ağırbaş, İ., & Uğurluoğlu, Ö. (2007). Verbal and physical abuse against nurses in Turkey. *International nursing review*, 54(4), 359-366.
- Charati F. G., Esmaili R., Nasab N. M., Jafari H. (2021). Occupational violence and its association with the quality of working life of nurses in intensive care units of educational-medical centers in 2019. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 15(4),: e114080. <https://www.doi.org/10.5812/ijpbs.114080>
- Choi, S. H., & Lee, H. (2017). Workplace violence against nurses in Korea and its impact on professional quality of life and turnover intention. *Journal of nursing management*, 25(7), 508-518. <https://www.doi.org/10.1111/jonm.12488>.
- Coser, L. A. (1957). Social conflict and the theory of social change. *The British journal of sociology*, 8(3), 197-207.
- Eslamian, J., Akbarpoor, A. A., & Hoseini, S. A. (2015). Quality of work life and its association with workplace violence of the nurses in emergency departments. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 20(1), 56-62.
- Fathy Saad N. (2015). Work place violence and quality of work life among nurses at urban and rural health care setting. *Egypt J Health Care*. 6(4), 211-217. <https://www.doi.org/10.21608/EJHC.2015.211229>
- Filiz M. (2022). Türkiye’de tıp fakültelerinin akademik ve eğitsel yapılarına yönelik bir değerlendirme. *Batman Univ Yasam Bilim Derg*. 12(2), 190-199.
- Forcier, M. B., Simoens, S., & Giuffrida, A. (2004). Impact, regulation and health policy implications of physician migration in OECD countries. *Human resources for health*, 2, 1-11. <https://www.doi.org/10.1186/1478-4491-2-12>
- Hashish E. A., Ashour H. M.. (2020). Determinants and mitigating factors of the brain drain among Egyptian nurses: a mixed-methods study. *J Res Nurs*. 25(8), 699-719. <https://www.doi.org/10.1177/1744987120940381>
- Kaya A. E., Aktürk B. E., 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.
- Kalipeni, E., Semu, L. L., & Mbilizi, M. A. (2012). The brain drain of health care professionals from sub-Saharan Africa: A geographic perspective. *Progress in Development Studies*, 12(2-3), 153-171. <https://www.doi.org/10.1177/146499341101200305>
- Kirigia JM, Gbary AR, Muthuri LK, Nyoni J, Seddoh A.(2006). The cost of health professionals' brain drain in Kenya. *BMC Health Serv Res*. 6, 1-10. <https://www.doi.org/10.1186/1472-6963-6-89>
- Maslow, A., & Lewis, K. J. (1987). Maslow's hierarchy of needs. *Salenger Incorporated*, 14(17), 987-990.
- Meier, S. T. (1983). Toward a theory of burnout. *Human relations*, 36(10), 899-910.
- Mollahaliloğlu S., Çulha Ü. A., Kosdak M., Öncül H.G. (2014). The migration preferences of newly graduated physicians in Turkey. *Med J Islam World Acad Sci*. 22(2):69-75.
- Sağlık-SEN. Genel Başkan Durmuş: 190 Şiddet Olayında 316 Sağlık Çalışanı Mağdur Oldu. Sağlık-SEN. 2021. Erişim adresi <https://www.sagliksen.org.tr/haber/10831/genel-baskan-durmus190-siddet-olayinda-316-saglik-calisani-magdur-oldu> (Erişim Tarihi: 26.03.2024)

- Sağlık-SEN. 2022 Yılı Sağlıkta Şiddet Raporu. Sağlık-SEN. 2022. Erişim adresi <https://www.saglikxen.org.tr/haber/12308/saglik-sen-2022-yili-saglik-ta-siddet-raporu> (Erişim Tarihi: 26.03.2024)
- 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. *Int J Health Plann Manage.* 38(4), 1015-1031. <https://www.doi.org/10.1002/hpm.3646>
- Sapkota T., Teijlingen E., Simkhada P. (2014) Nepalese health workers' migration to the United Kingdom: a qualitative study. *Health Sci J.* 28(1), 57-74.
- Sarcan E. (2022). Yüksek vasıflı işgücünün göçü: beyin göçü. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.* 13(2), 69-75.
- Serour, G. I. (2009). Healthcare workers and the brain drain. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 106(2), 175-178. <https://www.doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.03.035>
- Tabachnick, B. G., Fidell, L. S., & Ullman, J. B. (2013). Using multivariate statistics, *Boston, MA: Pearson*, 6, 497-516.
- Öncü E., Selvi H., Vayisoğlu S. K., Ceyhan H. (2018). Hemşirelik öğrencilerinde Beyin Göçüne Yönelik Tutum Ölçeği geliştirilmesi: güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Cukurova Med J.* 43(Ek 1), 207-215. <https://www.doi.org/10.17826/cumj.427962>
- Uğur N. (2022). Eğitim maliyetlerinde büyük risk: beyin göçü (asistan hekimler örneği). *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi.* 31(2), 115-125.
- Yang Y., Li Y., An Y., et al.(2021). Workplace violence against Chinese frontline clinicians during the COVID-19 pandemic and its associations with demographic and clinical characteristics and quality of life: a structural equation modeling investigation. *Front Psychiatry.* 12, 649989.<https://www.doi.org/10.3389/fpsy.2021.649989>
- Yıldırım Y. (2023). *Sağlık çalışanlarına uygulanan şiddetin işten ayrılma niyeti üzerine bir araştırma* (Yayınlanmış yüksek lisans tezi), İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Yıldırım A., & Hacıhasanoğlu R. (2011). Sağlık çalışanlarında yaşam kalitesi ve etkileyen değişkenler. *J Psychiatr Nurs.* 2(2), 61-68.
- 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.
- Xie, X. M., Zhao, Y. J., An, F. R., Zhang, Q. E., Yu, H. Y., Yuan, Z., ... & Xiang, Y. T. (2021). Workplace violence and its association with quality of life among mental health professionals in China during the COVID-19 pandemic. *Journal of psychiatric research*, 135, 289-293.

# UZUN SÜRELİ BAKIM SİGORTASININ TÜRKİYE BAĞLAMINDA POLİTİKA ANALİZİ


Bestami KARA \*

## ÖZ

Yaşlılığa bağlı olarak artan bakıma muhtaçlık konusu ve engelli bireylere yönelik bakım taleplerinin artması sonucu Türkiye’de uzun süreli bakım sigortası modeline duyulan ihtiyaç giderek artmaktadır. Türkiye’nin uzun süreli bakım sigortası modeline ihtiyacı olduğu literatürde güçlü bir şekilde ifade edilirken, bu alanda yapılan çalışmalarda neden hâlâ uygulamaya geçilemediği konusu yeterince ele alınmamıştır. Bu çalışmada, Türkiye’de uzun süreli bakım sigortasının neden uygulanmadığının irdelenmesi, uzun süreli bakım sigortasının sorun akışının çerçevesi, politika yapıcılarının uzun süreli bakım sigortasına bakış açısının belirlenmesi, bakım sigortasının uygulanamamasında kitle iletişim araçlarının ve gündem belirleyici aktörlerin rolünün saptanması amacıyla doküman analizini içeren teoriye dayalı niteliksel ileriye dönük bir politika analizi gerçekleştirilmiştir. Kingdon’un çoklu akış teorisi kullanılarak olası politika reformunun önündeki engeller ve kolaylaştırıcılar soruna, politika çözümlerine ve siyaset akışına ilişkin olarak sınıflandırılmıştır. İncelenen belgelerden elde edilen sonuçlara göre; Türkiye’de uzun süreli bakım sigortasının uygulanabilmesi için halkın bilinçlendirilmesine ve kamuoyu farkındalığının artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu sayede savunuculuk koalisyonlarının artırılması sağlanarak politika reformu kolaylaştırılabilir. Politika reformunun bir diğer kolaylaştırıcısı ise Türkiye’deki bakım hizmetlerinin dağıtık yapısından kaynaklanan denetim ve koordinasyonda yaşanan zorluklardır. Bununla birlikte Türkiye’nin uzun süreli bakım sigortası konusundaki deneyim eksikliği, kurumsal alt yapıların hazır olmaması ve finansal, beşerî ve teknolojik kaynakların yetersiz oluşu politika reformunun önündeki engeller olarak algılanmıştır. Konunun paydaşlarına göre ise, uzun süreli bakım sigortası modelinin Türkiye’de uygulanabilmesi için öncelikle bu alandaki kaynakların ihtiyaca cevap verebilecek düzeye getirilmesi gerekmektedir. Hükümetin, politika aktörlerinin ve politika yapıcılarının kamuoyu desteğini artırıcı çalışmalar yapması ve bu alandaki politika reformlarına daha fazla aracılık etmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Bakım güvencesi, bakım sigortası, çoklu akış, Kingdon, sağlık politikası

## MAKALE HAKKINDA

\*Doktora Öğrencisi, Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, bestamikara42@gmail.com  
 <https://orcid.org/0000-0002-0442-6776>

Gönderim Tarihi: 29.06.2024  
Kabul Tarihi: 19.02.2025

## Atıfta Bulunmak İçin:

Kara, B. (2025). Uzun süreli bakım sigortasının Türkiye bağlamında politika analizi. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 28(1), 127-150. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1507213>



## POLICY ANALYSIS OF LONG-TERM CARE INSURANCE IN THE CONTEXT OF TURKEY

Bestami KARA \*

### ABSTRACT

*The need for a long-term care insurance model is growing in Turkey as a result of the increasing need for care due to old age and the increasing demand for care for people with disabilities. While the need for a long-term care insurance model in Turkey is strongly emphasized in the literature, studies in this field have not adequately addressed why it has not yet been put into practice. In this study, a theory-based qualitative prospective policy analysis based on document analysis was conducted to examine why long-term care insurance has not been implemented in Turkey, to frame the problem flow of long-term care insurance, to determine the perspective of policymakers on long-term care insurance, and to determine the role of mass media and agenda-setting actors in the failure to implement long-term care insurance. Using Kingdon's theory of multiple flows, barriers and facilitators to potential policy reform are categorized in relation to the problem, policy solutions and policy flows. According to the results obtained from the analyzed documents, there is a need for public awareness raising and public awareness raising for the implementation of long-term care insurance in Turkey. This can facilitate policy reform by increasing advocacy coalitions. Another facilitator of policy reform is the difficulties in supervision and coordination arising from the fragmented structure of care services in Turkey. However, Turkey's lack of experience in long-term care insurance, unprepared institutional infrastructure and insufficient financial, human and technological resources were perceived as barriers to policy reform. According to stakeholders, in order for the long-term care insurance model to be implemented in Turkey, resources in this field must first be brought to a level that can meet the needs. The government, policy actors and policy makers need to work to increase public support and further mediate policy reforms in this area.*

**Keywords:** Care assurance, care insurance, multi-stream, Kingdon, health policy

### ARTICLE INFO

\*PhD Student, Ankara University, Institute of Health Sciences, Department of Health Management, bestamikara42@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-0442-6776>

Received: 29.06.2024

Accepted: 19.02.2025

### Cite This Paper:

Kara, B. (2025). Uzun süreli bakım sigortasının Türkiye bağlamında politika analizi. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 28(1), 127-150. <https://doi.org/10.61859/hacettepesid.1507213>

## I. GİRİŞ

Bir birey, yaşamını en az 6 (altı) ay boyunca idare ettiremeyecek duruma geldiğinde bakıma muhtaç hale gelmiş sayılmaktadır. Bu muhtaçlık durumu zamanla hak talebine dönüşmekte ve hükümetler bu talebe cevap verebilmek için bakım sigortası arayışı içerisine girmektedir (Keser, 2019). Bakım sigortası, geleneksel sağlık sigortasından farklı olarak bakıma muhtaç duruma gelen yaşlı ve engelli bireylere evde veya kurumlarda bakımın garanti edildiği, sosyal güvenlik sistemi çatısı altında toplumun çalışan bireylerinden toplanan primlerle finanse edilen ve uzun bir süre boyunca günlük bakımın sağlandığı bir sigorta türüdür (Doty vd., 1985).

Gelişen tıp teknolojisi ile doğumdan beklenen yaşam süresinin artması ve son yıllardaki doğurganlık oranlarının düşmesi sonucu insanlık, hızlı bir yaşlanma süreci içerisine girmiştir (Balta, 2022). Dünya Bankası 2022 yılı verilerine göre 7,9 milyarlık dünya nüfusunun %10'unu yaşlılar oluşturmaktadır (World Bank, 2022). Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) tarafından yayınlanan "Bir Bakışta Sağlık 2023" istatistiklerine göre ise; OECD üyesi 38 ülkede 2021 yılı itibarıyla 242 milyondan fazla insan 65 yaş ve üzerindedir. Ayrıca bu sayının içerisinde en az 80 yaşında olan 64 milyon insan bulunmaktadır. Yapılan tahminler OECD üyesi ülkelerde 2021 yılında %18 olan 65 yaş ve üzeri nüfusun 2050 yılına gelindiğinde %27'ye çıkacağı yönündedir (OECD, 2023). Engelli ve Afetlere İlişkin Küresel Araştırma Raporu 2023 yılı verilerine göre ise engelli kişiler dünya nüfusunun yüzde 16'sını oluşturmaktadır (UNDDR, 2023).

Artan demografik yaşlanma ve kronik hastalıklar nedeniyle bağımlı hale gelen nüfusun artması, birçok ülkede bakım sigortası ihtiyacını giderek artırmıştır (Ayhan, 2014). Bununla birlikte bakım hizmetleri sunumundaki yetersizlikler, finansman sorunları ve bakıma muhtaçlık sorununa karşı güvence sağlayan sigortaların olmayışı, aile içerisinde değişen yeni roller, yıllara göre kadınların iş gücüne katılım oranlarının artması ile bakım hizmetlerinin toplumda kadına atfedilmesi ve ailelerin bakım yükünün hafifletilmesi gibi sebepler bakım sigortası uygulamasının ihtiyaçtan zorunluluğa doğru yöneldiğini göstermiştir (Ağören, 2017; Orhaner ve Doğuç, 2016). Örneğin Almanya'da uzun süreli bakımın haneler için ağır mali yük getirmesi sonucunda bakıma muhtaç bireylerin birçoğu gerekli olan hizmetlere erişememiştir. Bu nedenle, artan bu taleplere cevap verebilmek için sosyal devlet anlayışına sahip hükümet ve politika yapıcılar tarafından bakım sigortası konusu politika gündemine alınmış, ardından gerekli yasal ve mali düzenlemeler yapılarak bakım sigortası uygulaması hayata geçirilmiştir (Geraedts vd., 2000).

Türkiye'de ise bu alandaki talepleri karşılayabilecek herhangi bir bakım sigortası sistemi bulunmamaktadır. Bu çalışmada, Türkiye'de uzun süreli bakım sigortasının neden uygulanmadığını Kingdon' un çoklu akış teorisine dayanarak sorun, politika/çözüm ve siyaset akışları çerçevesinde incelemek amaçlanmıştır.

## II. UZUN SÜRELİ BAKIM SİGORTASI

### 2.1. Uzun Süreli Bakım Sigortasının Tanımı, Ülke Örnekleri ve Finansmanı

Uzun süreli bakım, günlük yaşam desteğine ihtiyaç duyan kişilerin uzun bir süre boyunca bakımı olarak tanımlanmaktadır. Bu kişiler günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede (banyo yapma, giyinme, yemek, tuvalet) ve günlük yaşamdaki yardımcı aktivitelerinde (temizlik, çamaşır yıkamak, ilaç almak gibi) bir başkasının desteğine ihtiyaç duymaktadır (Boyer vd., 2017). Uzun süreli bakım sigortası ise, günlük yaşam aktivitelerinde bir başkasının yardım ve desteğine ihtiyaç duyan veya gelecekte ihtiyaç duyabilecek bütün bireyler için bir sosyal güvenlik çatısı altında oluşturulan finansman ile bakımın garanti edildiği bir sigorta sistemidir (Tufan, 2012). Uzun süreli bakım sigortası kapsamında sunulan hizmetler ise kısmi hemşirelik hizmetleri, hastanın kişisel bakım hizmetleri (banyo, vücut temizliği gibi), isteğe göre kurumsal bakım ve aileye destek amaçlı ev hizmetleri şeklinde çeşitlenmektedir (Ikegami ve Campbell, 2002).

Dünyadaki birçok ülkede uygulanan uzun süreli bakım sigortasının finansmanı Almanya, Avusturya ve Lüksemburg gibi ülkelerde büyük ölçüde ödenen primlerle finanse edilirken Hollanda, Danimarka, İsveç ve İngiltere gibi ülkelerde ise ağırlıklı olarak toplanan genel vergilerle finanse edilmektedir (Costa- font vd., 2015). Bir diğer uzun süreli bakım sigortası finansman modeli ise hem işçi ve işverenlerin ödediği primler hem de çalışan kişilerden toplanan vergilerin bir arada bulunduğu ve finansmanın bu şekilde sağlandığı karma modeldir (Ayhan, 2014). Bunun yanında İtalya, İspanya ve Portekiz gibi ülkeler uzun süreli bakım hizmetlerinin finansmanında sosyal yardımı önceliklendirirken Polonya, Bulgaristan ve Macaristan gibi ülkeler ise uzun süreli bakım sigortasının finansmanını aile içi geleneksel bakım sistemi adı altında oluşturmuşlardır (Doğan, 2021).

Dünya Bankası'nın 2022 yılı verilerine göre 65 yaş ve üzeri nüfusu toplam nüfusunun %22'sini oluşturan Almanya'da (World Bank, 2023) 1995 yılında düzenlenen kanunla bakım sigortası uygulanmaya başlamıştır (Riedel, 2003). Oldukça gelişmiş ve entegre ulusal bakım sistemlerine sahip olan Almanya'da bakım sigortası zorunlu olup çalışan bireyler sosyal güvenlik sistemine prim ödeyerek ya da özel bakım sigortası kuruluşları ile anlaşarak bakım sigortası kapsamına girmektedir (Campbell vd., 2010). Almanya'da uzun süreli bakım sigortasının finansmanı çalışanlar ve işverenlerin ödediği primlerle oluşturulmaktadır. Toplanan prim oranı sigortalının brüt gelirinin %3,05'idir (Doğan, 2021). Avusturya'da ise bakım sigortası sistemi 1993 yılında Federal Bakım Parası Kanunu adı altında yürürlüğe girmiştir. Kişilerin bakıma muhtaçlık durumu farklı kriterlere göre belirlenmekte ve bakım ihtiyacından kaynaklanan masraflar sosyal sigorta adı altında ödenen primlerle finanse edilmektedir (Da Roit vd., 2007). Nüfusunun %15'i 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşan Lüksemburg'da (World Bank, 2023) sosyal uzun süreli bakım sigortası sistemi mevcuttur (Swearingen, 2023). Bu sigortanın finansmanı kişilerden kesilen primlerle karşılanmaktadır (Doğan, 2021).

Hollanda ise uzun süreli bakım hizmetlerine GSYİH'nin %3,5'ini harcayarak bu alana en fazla harcama yapan Avrupa Birliği ülkelerinden biri olmuştur (OECD, 2020). Dünya Bankası 2022 verilerine göre Hollanda nüfusunun %20'si 65 yaş ve üzeri kişilerden oluşmaktadır (World Bank, 2023). Hollanda'da uzun süreli bakım sigortasının finansmanı ise, sigortalı kişilerden toplanan vergiler, kişilerden alınan katkı payları, bakım kurumlarına kesilen cezalar ve kamu desteklerinden karşılanmaktadır (Doğan, 2021). Uzun süreli bakım hizmetleri için en fazla kamu harcaması yapan bir diğer ülke ise Danimarka'dır (OECD, 2020). Bu ülkede uzun süreli bakım sigortasının finansmanı genel vergiler, yerel yönetimlerin katkısı ve sağlık sigortasından yapılan katkılarla sağlanmaktadır (Doğan, 2021). İngiltere'de ise bakım hizmetlerinde vergiye dayalı finansman sistemi uygulanmakta ve yaşlı bireylerin yaklaşık %20'si uzun süreli bakım sigortası hizmetlerinden faydalanmaktadır (Mayhew vd., 2021). Uzun süreli bakım hizmetlerinin kısmi ya da tam olarak sunulması ise kişilere yapılan gelir testlerine göre planlanmaktadır (Spasova vd., 2018).

ABD'de uzun süreli bakım sistemi Medicaid ve özel sigortalardan oluşmaktadır. Medicaid'in finansmanı ise Federal hükümet ve eyaletlerden sağlanmaktadır (Barber vd., 2021). Norveç'te de nüfusun %40'a yakını refah temelli bakım sigortası hizmetlerinden yararlanmaktadır. Uzun süreli bakım hizmetlerinin sunumu bölgesel ve yerel idareler tarafından paylaşılmıştır. Norveç'in ulusal sağlık sistemi, uzun süreli bakım hizmetlerinin evde sunulması durumunda oluşan maliyetlerin büyük bir kısmını karşılamakta ve bakım hizmetlerinin evde sunulmasını teşvik etmektedir (Swartz, 2013). Güney Kore ise 2008 yılında zorunlu kamu uzun vadeli bakım sigortasının uygulamaya konmasının ardından aynı dönemde uzun vadeli bakım tesislerindeki yatak sayısını önemli ölçüde artırmıştır. Güney Kore'de entegre evrensel uzun vadeli bakım sigortası vergiler ve gelir testine tabi katkı payları ile finanse edilmektedir (OECD, 2020).

Ülke nüfusunun %30'u 65 yaş ve üzeri bireylerden oluşan Japonya'da ise (World Bank, 2023), yaşlı ve bakıma muhtaç durumdaki kişiler için Kaigo Hoken denilen uzun süreli bakım sigortası 2000 yılında uygulamaya geçirilmiştir (Webb, 2002). Ülkede sosyal sigortacılık kapsamında bakım hizmetlerine ayrılan kaynaklar, merkezi ve yerel yönetimler aracılığıyla toplanan vergilerden ve çalışma çağındaki nüfusun ödediği primlerden finanse edilmektedir. 40 yaş ve üzerindeki çalışan nüfusun tümü bakım hizmetleri için prim ödemekle yükümlüdür (Ministry of Health, Labour and

Welfare of Japan, 2022). Ülkedeki hızlı yaşlanma ve bu duruma bağlı olarak işgücü eksikliği gibi nedenlerle bakım hizmetlerinde Japon çalışanlara ek olarak yabancı bakım görevlileri de çalıştırılmaktadır (Erkan, 2022).

OECD üyesi ülkeler, 2018 yılı içerisinde uzun süreli bakım hizmetleri için Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)'dan ortalama %1,5 oranında pay ayırmışlardır. Hollanda ve İskandinav ülkeleri (Danimarka, Norveç ve İsveç), uzun süreli bakım hizmetlerine GSYİH'den %3,5 veya daha fazlasını harcayarak en fazla harcama yapan ülkeleri oluşturmaktadır (OECD, 2020). Dünya Sağlık Örgütü'nün uzun süreli bakım finansmanı ile ilgili 2022 yılı küresel raporuna göre; Avrupa çapında uzun süreli bakıma yönelik kamu harcamaları 2019'da ortalama olarak GSYİH'nin %1,7'den 2050'de GSYİH'nin %2,5'e yükselmesi beklenmektedir. Yapılan tahminler Avrupa Birliği ülkeleri harcamalarının 2050'de iki katından fazla artarak GSYİH'nin %3,4'üne ulaşabileceği yönündedir (WHO, 2022). Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından 2022 yılında yayınlanan "İş Yerinde Bakım" raporuna göre ise, 30 ülkede uzun vadeli bakım hizmetleri yalnızca sosyal sigorta aracılığıyla veya genel vergilendirmeye birlikte finanse edilmektedir. Bakım sigortası kapsamında olan veya olmayan 61 ülkede yaşlılar için kamuya ait uzun vadeli bakım hizmeti sistemi mevcuttur.

Uzun süreli bakım sigortası, birçok ülkede uygulanmasına rağmen bazı ciddi sorunları da beraberinde getirmiş ve bunun sonucunda bakım sigortası, finansman ve bakım politikası konuları tartışılabilir hale gelmiştir. Özel sektör aracılığıyla sunulan uzun süreli bakım sigortası konusunda, ters seçim olarak bilinen (adverse selection) ve sigorta şirketlerinin ekonomik sebeplerden dolayı genç bireyleri sigortalama eğilimi ile kronik hastalıklara sahip yaşlı bireylerin bakım sigortası almak için sigortalanma isteği arasındaki zıtlık bu alandaki tartışmalardan birisidir. Ayrıca demografik yaşlanma ile bakım maliyetlerinin artması sonucu, özel bakım sunan sigorta şirketleri ödenecek prim tutarlarını artırmakta ve bu sebeple bakım hizmetlerine giderek daha az kişi erişebilmektedir (Boyer vd., 2017). Diğer taraftan uzun süreli bakım sigortasının sunucusu tarafında yer alan aktörler arasındaki yetki ve rol belirsizlikleri, merkezi ve yerel uygulayıcıların dağılık yapısı gereği yönetim ve koordinasyon eksiklikleri, sağlık kuruluşlarının finansmanı ve mülkiyeti ile uzun vadeli bakım kuruluşları arasındaki parçalı yapı, nüfusun genelinde artan demografik yaşlanma ile bakıma muhtaç birey sayısının artması sonucu bakım maliyetlerinin giderek ağırlaşması, rehabilitasyon ve destek hizmetlerinde kullanılan teknolojilerin yetersizliği ve bu alanda hizmet veren bakım personelinin yetersizliği gibi sebepler uzun süreli bakım sigortası politikasının uygulanabilirliğinin ne kadar güç olduğunu göstermiştir (Eling ve Ghavibazoo, 2019; Özyayın ve Karaman, 2020).

Bakım sigortası konusundaki uygulama zorluklarının yanı sıra ülkelerin sağlık sistemlerinde önemli aksamalara sebebiyet veren Covid-19 pandemisi döneminde, özellikle Avrupa ülkeleri ve Amerika salgın kaynaklı ölümlerin yarıya yakını uzun süreli bakım kurumlarında gerçekleşmiştir. Bu durum, bakım politikası konusunu tartışılabilir hale getirmiştir (Şanlı ve Akkan, 2022). Uzun süreli bakım kurumlarında hizmet verilen grupların kronik hasta veya ileri yaş kategorisinde bulunması sebebiyle kırılabilir yapıda olması, bu kurumlardaki enfeksiyon oranlarının ve ölümlerin artmasına sebebiyet vermiştir. Örneğin ABD'de, uzun süreli bakım kurumlarında Covid-19 kaynaklı gerçekleşen ölümlerin ülke genelinde önemli bir paya sahip olduğu görülmüş ve uzun süreli bakım kurumlarının politikaları sorgulanmaya başlamıştır (Van Houtven vd., 2020).

## 2.2. Türkiye'de Bakım Hizmetlerinin Mevcut Durumu ve Finansmanı

Türkiye'nin demografik verilerine göre, 31 Aralık 2021 tarihi itibarıyla 84 milyon 680 bin 273 kişi olan toplam nüfusun %9,7'si yaşlı nüfus kategorisinde bulunmaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu nüfus projeksiyonlarına göre, yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranı 2040 yılında %16,3 öngörülürken, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında ise %25,6 olacağı tahmin edilmektedir (TÜİK, 2020). Türkiye nüfusunun %12,29'u engelli bireylerden oluşmaktadır. Ayrıca Türkiye'de 2023 yılında en az bir engelli bulunan 3 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı %6,9 olarak bulunmuştur. Ulusal Engelliler Veri Bankası'ndan elde edilen verilere göre Türkiye'de ağır engelli kişi sayısı 775.012'dir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023).

Kişisel bakım faaliyetlerini gerçekleştirirken zorluk çeken bireylerin nüfusa oranına bakıldığında ise, Türkiye Sağlık Araştırması 2019 verilerine göre; kişilerin %2,3'ü kendi kendini besleme konusunda, %4,2'si yatağa girme veya sandalyeye oturup kalkmada, %3,7'si giyinme ve elbiselerini çıkarma konusunda, %3,5'i tuvalet kullanımı ve %4,0'ü banyo yapma aktivitelerinde kendi kendini idame ettirebilme noktasında zorluk yaşamakta ve bir başkasının yardımına ihtiyaç duymaktadır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2023).

Türkiye'de yaşlı ve engelli bireylere yönelik sunulan hizmetler ise ilgili bakanlıkların politikalarıyla kanun ve mevzuatlar çerçevesinde koruma altına alınmıştır. Bununla birlikte bakım hizmetlerinden yararlanma ihtiyacı bulunan kişiler için belirli bir gelir düzeyi sınırı ve bakıma muhtaçlık konusunda tam bağımlılık şartı aranmaktadır. Türkiye'de sunulan bakım hizmetleri ise evde veya kurumlarda sunulurken büyük ölçüde kurumsal bakım anlayışı temel alınmaktadır (Doğan, 2021). Türkiye'deki yaşlı ve engelli bireylere yönelik bakım hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesinden ise Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı sorumludur. Bakım hizmetlerinin finansmanı büyük ölçüde devlet bütçesinden ve toplanan vergilerden karşılanmaktadır. Ayrıca kişilere sunulan bakım hizmetleri Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, özel kurum ve kuruluşlar, belediyeler ve sivil toplum örgütleri gibi farklı paydaşlar tarafından sunulurken dağınık bir yapıda gerçekleştirilmektedir (Doğan, 2021; Erdogan, 2022; Sakar, 2023).

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı 2022 yılına ilişkin faaliyet raporuna göre; Türkiye'de toplam 169 huzurevi ve yaşlı bakım merkezlerindeki 14.115 yaşlıya bakım hizmeti sunulmuştur. Bununla birlikte 137.989 yaşlı bireye ise evde bakım yardımı hizmeti verilmiştir. Yaşlı bireylere yönelik olarak 2022 yılında 38 Aktif Yaşam Merkezi'nde 538 bireye hizmet verilmiştir. Yaşlı bireylerin korunması ve ev ortamında desteklenmesi amacıyla Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından 7 yılda toplamda 39 Milyon TL kaynak harcanmıştır. Bu süreçte belediyelerin de desteği alınarak 35 belediyede 61 proje gerçekleştirilmiş ve bu kapsamda 111.559 yaşlı bireye ulaşılarak biyolojik, psikolojik ve sosyal bakım ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik hizmetler verilmiştir. Ayrıca yaşlıların bakım ve sosyal ihtiyaçlarını sağlamaya yönelik olarak Yaşlı Yaşam Evleri modeli ile hizmetler sunulmaktadır. Bu kapsamda ülke çapında 24 kapasiteli 5 adet yaşlı yaşam evinde 15 yaşlıya hizmet verilmiştir. Yaşlı bireylere yönelik bakım hizmetlerinin sunulmasında özel kurumlar da aktif olarak rol almaktadır. Bu kapsamda Türkiye'de açılan ve Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından denetlenen 266 özel huzurevinde 2022 yılsonu itibarıyla 12.580 yaşlıya hizmet sunulmuştur (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022).

Türkiye'de 65 yaşını doldurmuş ve sosyal güvencesi olmayan kişilere yönelik belirli şartların sağlanması halinde yaşlı aylıkları ödenmektedir. Bu kapsamda 2021 yılı itibarıyla 836.665 kişiye yaklaşık olarak 7,4 Milyar TL kaynak harcanmıştır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021). Bununla birlikte Türkiye'de yaşlı, kronik hasta ve engelli bireylere yönelik Ulusal Vefa Programı kapsamında bireylerin kişisel bakım ve temizlik ihtiyaçları karşılanmaktadır. Bu kapsamda 2021 yılında 25.752 kişi bu hizmetlerden faydalanmış ve bu programa yaklaşık 85 Milyon TL kaynak harcanmıştır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2021).

Engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti veren kuruluşların denetlenmesi Kalite Değerlendirme Sistemi (KALDES) çerçevesinde yapılmaktadır. Bu kapsamda, 2022 yılında 425 yaşlı ve engelli bakım kuruluşunda kalite temsilcilerinin yapmış olduğu denetimlerde 51 yaşlı ve engelli bakım kuruluşunun iyileştirme kapsamına alındığı belirtilmiştir. İyileştirme çalışmaları ile aksayan süreçlerin belirlenmesi ve bakım verilen bireylerin memnuniyet düzeylerini yükseltmek amaçlanmıştır. Engelli bireylere yönelik olarak verilen bakım hizmetleri çerçevesinde ise 2006 yılında Evde Bakım Yardımı sistemi uygulamaya konulmuştur. Bu kapsamda 2022 yılı sonu itibarıyla toplamda 560.693 engelli kişiye evde bakım yardımı hizmeti sunulmuştur. Evde Bakım Yardımı ödemeleri ise 2023 yılı itibarıyla tek bir merkezden ödenmektedir. Bu kapsamda tam bağımlı kişilere bakım hizmeti veren aile üyesi bakıcıya 2022 yılının ikinci altı ayında 3.336 TL ödeme gerçekleştirilmiştir. Evde Bakım Yardımı sisteminin başlangıcından 2022 yılı sonuna kadar olan dönemde bireylere yaklaşık 85 Milyar TL evde bakım ödemesi yapılmıştır (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022).

Engelli bireylerin öz bakım ihtiyaçlarının karşılanması ve sosyal faaliyetlerine ilişkin olarak 2022 yılsonu itibarıyla toplamda 134 aktif yaşam merkezinde 1.622 engelli bireye hizmet sunulmuştur. Ayrıca benzer amaçlara yönelik olarak 2008 yılında Umut Evleri projesi başlatılmış olup 2022 yılının sonunda 149 umut evi bu kapsamda hizmet sunmaktadır. Yatılı bakım ve rehabilitasyon hizmeti sunan engelli bakım merkezleri bünyesinde ise 2022 yılı sonu itibarıyla toplamda 107 adet bakım kurumu hizmet vermektedir. Bu kapsamda engelli kişilerin aileleri tarafından talep edilen bakım ihtiyaçları doğrultusunda toplam 7.387 engelli kişiye bakım hizmeti sunulmuştur (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022).

Türkiye’de engelli bireylere yönelik bakım hizmeti sunan özel bakım ve rehabilitasyon kurumları da faaliyet göstermektedir. Bu özel kurumların maliyetleri ise Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından belirli kriterler altında karşılanmaktadır. Bu doğrultuda 2022 yılı sonu itibarıyla toplamda 305 özel engelli bakım ve rehabilitasyon merkezinde 26.766 engelli kişiye bakım hizmeti verilmektedir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2022). Türkiye’de yaşlı, kronik hasta ve engelli bireylere yönelik evde bakım destek hizmetleri kapsamında belediyeler de önemli rol oynamaktadır. Bu çerçevede, belediyeler tarafından kişilere ev temizlik hizmetleri sunulmaktadır. Ancak bu hizmetlerin ülke çapında standartlaştırılmış düzeyde bir uygulaması bulunmamaktadır (Karatürk, 2021; Keser, 2019; Orhaner ve Doğuç, 2016; Özkan ve Aca, 2021).

Türkiye’de bakım hizmetlerinin planlaması, merkezi yönetimler tarafından yapılırken hizmetin sunumu yerel yöneticiler aracılığıyla sunulmaktadır. Bu kapsamda yerel yönetimler, hayır kurumları ve sivil toplum kuruluşları bakım hizmetlerinin sunulmasında destek rolü oynamaktadır. Ancak hayır kurumları ve sivil toplum kuruluşları tarafından bakıma muhtaç bireylere sunulan hizmetlerin finansmanı ise toplanan bağışlarla karşılandığı için bu hizmetler oldukça sınırlı düzeyde kalmıştır (Gül, 2022; Karatürk, 2021; Mutlu ve Metin, 2022).

Türkiye’de yaşlı ve engelli bireylere yönelik birçok hizmet sunulmasına rağmen literatür incelendiğinde, uzun süreli bir bakım sigortasına olan talep artışı dikkat çekmektedir (Akkan ve Serim, 2022; Hekimler, 2015). Bakım sigortası uygulamasına duyulan ihtiyacın sebepleri arasında ise genel olarak; artan istihdama katılım sonucu bakıcı bulma konusundaki zorluklar, toplumumuzda bakımın kadına yüklenmiş bir görev olarak algılanması ve kadının iş hayatına artan katılımı sonucu bakım sorumluluğunun belirsizliği (Kocabaş ve Kol, 2020), mevcut bakım hizmetlerinin (kapsam ve nitelik yönünden) ve bakım veren personelin yetersizliği, ailelere yüklenen bakım masraflarının giderek artması (Orhaner ve Doğuç, 2016), sosyal hizmet sisteminin kurumsal bakıma daha fazla ağırlık vermiş olması (Ağören, 2017), kişilerin ilerleyen yaşlarda bakıma muhtaç duruma düşebilecekleri endişesi, bakıma muhtaç bireyin ihtiyaçlarını karşılayan ve genellikle aile üyelerinden biri olan bakıcı kişinin tam zamanlı bir işte çalışmaması, bu sebeple sigorta sistemine dahil olamaması nedeniyle bazı kamu hizmetlerinden faydalanamaması ve artan informal istihdam gibi sebepler gösterilmektedir (Hekimler, 2017; Özbayrak ve Yaman, 2023). Bununla birlikte ulusal düzeyde artan bulaşıcı olmayan hastalık yükü, Türkiye’de uzun süreli bakım sigortasına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir (Çiftçi, 2021). Hastalık yükü ise, birey veya toplumlar üzerindeki hastalık ya da sakatlık sonucunda oluşan sosyal ve mali yüküdür (Lopez ve Murray, 1998).

Türkiye’de artan uzun süreli bakım sigortası talepleri doğrultusunda hükümet bu konuyu politika gündemine almış ve bakıma muhtaç kişilerin faydalanabileceği yeni bir sosyal hizmet politikası oluşturma çalışmalarına başlamıştır. Bu kapsamda Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2010 yılında yayınlanan 2011-2013 Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı çerçevesinde kapsamlı bir uzun süreli bakım sigortasının hayata geçirilmesi konusunu ele almıştır. Ayrıca bu konu hükümetin kalkınma eylem planlarında da dönemsel olarak gündemini korumuştur. Ayrıca Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, eylem planının açıklandığı 2010 yılından sonraki üç yıllık süreçte uzun süreli bakım sigortasının hayata geçeceğini belirtmiştir (Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, 2010; Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 2011). Ancak gelinen noktada Türkiye’de uzun süreli bakım sigortası alanında herhangi bir yasalaşma sürecine gidilmediği belirlenmiştir. Açıklanan 2021-2023 Yeni Ekonomi Programı’nda (Orta Vadeli Program) Türkiye’de yaşlı bakım sigortasının kurulması gündeme gelmiştir (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2020). Ayrıca uzun süreli bakım sigortası,

Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından açıklanan (2024-2026) Orta Vadeli Program içerisinde “Tamamlayıcı Uzun Süreli Bakım Sigortası” adı altında yer almıştır (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2023).

Yapılan literatür incelemesinde ise Türkiye’de uzun süreli bakım sigortası konusunda yapılan çalışmaların daha çok bireylerin bilgi, farkındalık, bakış açısı ve beklentilerini belirlemeye yönelik (Orhaner ve Doğuç, 2016) olduğu ve uzun süreli bakım sigortasının nasıl uygulanması gerektiği ile ilgili model önerisi sunan çalışmalardan oluştuğu görülmüştür (Ağören, 2017; Çiftçi, 2021; Doğan, 2021; İnce, 2014; Karatürk, 2021; Kiliç, 2019; Kocabaş ve Kol, 2020). Yapılan diğer çalışmalarda ise uzun süreli bakım sigortasının Türkiye için gerekli olup olmadığının incelenmesi üzerinde durulmuştur (Balta, 2022; Hekimler, 2019). Ancak Türkiye’de kapsam itibarıyla yüksek politika sorunu olan uzun süreli bakım sigortasının politika gündemine alındığı 2011-2013 Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı’ndan bu yana neden hâlâ uygulamaya geçilemediği konusunda politik düzeyde herhangi bir çalışma yapılmadığı saptanmıştır.

Türkiye’de uzun süreli bakım sigortasının neden uygulanmadığının irdelenmesi, uzun süreli bakım sigortasının sorun akışının çerçevesi, politika yapıcılarının uzun süreli bakım sigortasına bakış açısının belirlenmesi, bakım sigortasının uygulanamamasında kitle iletişim araçlarının ve gündem belirleyici aktörlerin rolünün saptanması gibi konuların araştırılması bu çalışmanın özgünlüğünü ve önemini ortaya koymaktadır.

### III. YÖNTEM

#### 3.1. Çalışma Tasarımı

Çalışmada Türkiye’de uzun süreli bakım sigortası uygulamasının politika gündemine alındığı 2011-2013 Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı’nın açıklanmasından Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından (2024-2026) Orta Vadeli Program’ın açıklanmasına kadar olan dönemdeki politika belgelerinin doküman analizi ile incelenmesini içeren niteliksel bir ileriye dönük politika analizi araştırma tasarımı kullanılmıştır. İleriye dönük yapılan politika analizleri paydaşların politika süreçlerine daha etkin bir şekilde katılmalarını desteklemek için politika değişikliğini ortaya çıkaracak politik ortamı anlamayı amaçlamaktadır (Buse, 2008).

Sağlık politikası analizi çalışmalarında en önemli unsur, politika değişikliklerinin belirleyicilerini anlamak için teorik çerçeveler kullanmaktır (Walt vd., 2008; Aba, 2022). Çünkü teorik çerçevelerin kullanılması, belirli değişkenler arasındaki ilişkinin kapsamlı, sistematik, tutarlı ve güvenilir bir şekilde açıklanmasını sağlamaktadır. Bu da gerçekliğin temsil edilmesini güçlendirmektedir (Qudsiah vd., 2017).

#### 3.2. Teorik Çerçeve

Çalışmanın kapsayıcı teorik çerçevesini Kingdon’un (1984) çoklu akış teorisi oluşturmaktadır. Kingdon’un çoklu akış teorisi, sağlık politikasının üç süreçten meydana geldiğini ve bu politikanın sorun, politika/çözüm ve siyaset akışlarından oluştuğunu ortaya çıkarmıştır. Çoklu akış teorisi; paydaşların sorunları ve çözümleri nasıl anladığını dikkate alan sorun akışı, aktörler tarafından önerilen çözümleri dikkate alan politika akışı ve farklı politika aktörlerinin çıkarları, kilit oyuncuların aksiyonları ve etkileri de dahil olmak üzere bağlamsal faktörleri dikkate alan siyaset akışından oluşmaktadır. Belirli bir konuda politika değişikliğinin gerçekleşebilmesi için bu üç akışın birbirine paralel olarak seyretmesi gerekir. Böylelikle hükümetlerin konuyla ilgili politika sorununu ciddiye alma olasılığı artmaktadır (Kingdon, 2011). Bu üç akış bir araya geldiğinde ise uygun koşullar oluşmakta ve politika değişikliği için yüksek öneme sahip olan fırsat penceresi açılmaktadır (Buse vd., 2012).

Politika değişikliğinin gerçekleşmesinde savunuculuk koalisyonlarının yeri ve önemi büyüktür. Savunuculuk koalisyonları, gündemde hangi konuların yer alacağına, aktörlerin davranışlarını

şekillendirmeye, belirli çıkar gruplarına ayrıcalık tanımaya veya karar vericilere ulaşan kanıtları manipüle etmeye hizmet edebilen politika sürecindeki güçlerden oluşmaktadır. Savunuculuk koalisyonları, benzer inanç sistemine sahip aktörlerle aynı politika hedefleri doğrultusunda çaba sarf etmektedirler. Bu kapsamda savunuculuk koalisyonları politikacılar, memurlar, çıkar grupları, gazeteciler veya akademisyenlerden oluşabilmektedir (Buse, 2008).

Kingdon'un çoklu akış teorisine göre politika değişikliğinin, genellikle açık bir fırsat penceresine yanıt olarak üç akışın bir araya gelmesiyle gerçekleştiği gösterilmiştir. Dolayısıyla bu teoride fırsat penceresinin açılması önem arz etmektedir (Mukanu vd., 2023). Türkiye'de ise uzun süreli bakım sigortasının 2024-2026 Orta Vadeli Program'a eklenmesiyle fırsat penceresinin açıldığı ve politika değişikliğinin gündeme gelebileceği düşünülmüştür.

Çalışmada Türkiye'de uzun süreli bakım sigortası modelinin neden uygulanmadığı konusundaki sorunların mevcut durumu, politika çözümleri ve siyasi akış analiz edilmeye çalışılmıştır. Bu kapsamda Türkiye'de uzun süreli bakım sigortasının neden uygulanmadığı, uzun süreli bakım sigortasının sorun akışının çerçevesi, politika yapıcılarının uzun süreli bakım sigortasına bakış açısının belirlenmesi, bakım sigortasının uygulanmamasında kitle iletişim araçlarının ve gündem belirleyici aktörlerin rolünün saptanması gibi konuların araştırılması amaçlanmıştır.

### 3.3. Veri Toplama

Çalışmada Türkiye'de uzun süreli bakım sigortası uygulamasının politika gündemine alındığı 2011-2013 Bakım Hizmetleri Stratejisi ve Eylem Planı'nın açıklanmasından Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı tarafından 2024-2026 Orta Vadeli Program'ın açıklanmasına kadar olan dönemdeki tüm belgeler doküman analizi ile incelenmiştir. Belgeler uzun süreli bakım sigortası konusunda Sağlık, Aile ve Sosyal Hizmetler, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıkları'nın web siteleri, faaliyet raporları, Türkiye Büyük Millet Meclisi Araştırma Komisyon Raporları, Ulusal Eylem ve Kalkınma Planları, orta vadeli programlar, çalıştaylar, medyada yer alan konuyla ilgili içerikler, çeşitli raporlar ve toplantı notları sorun, politika/çözüm ve siyaset akışlarına karşılık gelen çözümlere ilişkin bilgi toplamak amacıyla incelenmiştir.

Verilerin toplanmasında Google arama motoru kullanılarak "bakım sigortası" ve "bakım güvencesi" anahtar kelimeleri taranmış ve toplamda 55 adet belgeye ulaşılmıştır (n=55). Belgeler Dalglısh vd., (2020) tarafından doküman analizi yöntemiyle yapılan sağlık politikası çalışmalarında, dokümanların sınıflandırılması amacıyla kullanılan tablodan yararlanılarak türlerine göre kategorize edilmiştir.



**Tablo 1. Dokümanların Sınıflandırılması**

<b>Kategoriler</b>	<b>Belge Türü</b>	<b>Belge Sayısı</b>	<b>Belge Kodu</b>
Resmî Belgeler	Kalkınma, Strateji ve Eylem Planları	10	Kal-Plan-1, Kal-Plan-2 ve Kal-Plan-3 Ey-Plan-1, Ey-Plan-2, Ey-Plan-3, Ey-Plan-4, Ey-Plan-5, Ey-Plan-6 ve Ey-Plan-7
	Orta Vadeli Programlar	2	OVP-1 ve OVP-2
	TBMM Araştırma Komisyon Raporları	2	Kom-Rap-1 ve Kom-Rap-2
	Resmî Açıklama ve Beyanlar	4	Res-Açık-1, Res-Açık-2 ve Res-Açık-3 Beyan-1
	İstatistiksel Araştırmalar	2	İst-Araş-1 ve İst-Araş-2
Yasal Belgeler	Kanunlar	-	-
	Düzenlemeler	-	-
Çalışma Belgeleri	Faaliyet Raporları	4	Faal-Rap-1, Faal-Rap-2, Faal-Rap-3 ve Faal-Rap-4
	Çalıştay Raporları	5	Çal-Rap-1, Çal-Rap-2, Çal-Rap-3, Çal-Rap-4 ve Çal-Rap-5
	Diğer Raporlar, Toplantı Notları ve Tutanakları	8	Diğ-Rap-1, Diğ-Rap-2, Diğ-Rap-3, Diğ-Rap-4, Diğ-Rap-5, Diğ-Rap-6 ve Diğ-Rap-7 Top-Not-1
Medya ve İletişim	Haber Bültenleri	18	Hab-Bült-1, Hab-Bült-2, Hab-Bült-3, Hab-Bült-4, Hab-Bült-5, Hab-Bült-6, Hab-Bült-7, Hab-Bült-8, Hab-Bült-9, Hab-Bült-10, Hab-Bült-11, Hab-Bült-12 ve Hab-Bült-13 Web-Say-1, Web-Say-2, Web-Say-3, Web-Say-4 ve Web-Say-5
	Web Sayfaları		
	Sosyal Medya		
<b>Toplam</b>		<b>55</b>	

Türkiye’de uzun süreli bakım sigortası politika seçeneklerinin oluşturulmasında yer alabilecek aktörlerin belirlenmesinde dokümanların analizinden ve yerli literatürde yapılan çalışmalardan faydalanılmış ve bu aktörler aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır.

**Tablo 2. Aktörlerin Sınıflandırılması**

Sektör	Aktörler/Paydaşlar
Siyasi İrade	TBMM
Devlet Bakanlıkları ve Kurumları	Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı Cumhurbaşkanlığı İnsan Kaynakları Ofisi Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi Cumhurbaşkanlığı İletişim Başkanlığı Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Hazine ve Maliye Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Milli Eğitim Bakanlığı Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı (TÜBİTAK) Kültür ve Turizm Bakanlığı Türkiye Belediyeler Birliği Engelli ve Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Yüksek Öğretim Kurumu İnsan Hakları ve Eşitlik Kurumu Sosyal Güvenlik Kurumu Türkiye İstatistik Kurumu Vakıflar Genel Müdürlüğü İşkur
Siyaset	Hükümet Muhalefet
Özel Kurum ve Kuruluşlar	İlgili tüm kurum ve kuruluşlar
Sigorta Şirketleri	İlgili tüm sigorta şirketleri
Sivil Toplum Örgütleri (dernek, vakıf)	Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları Türkiye Alzheimer Derneği Türk Geriatri Vakfı Türk Kızılay Derneği Engelsiz Yaşam Derneği Türkiye Yaşlılık Konseyi Derneği
Yerel Yönetimler	İl Özel İdaresi Belediyeler
Medya Organları	Kitle ve İletişim Araçları
Meslek Uzmanları	Akademisyenler Sosyal Hizmet Çalışanları Sağlık Çalışanları Gerontologlar Yaşlı Bakım Çalışanları Diğer Çalışanlar

### 3.4. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmanın kısıtlılığı, çalışmanın dokümanlardan elde edilen verilerle yapılmış olmasıdır. Bu alanda yapılacak diğer çalışmalarda, konunun paydaşlarıyla gerçekleştirilecek nitel görüşmelerle daha detaylı analiz sonuçları elde edilmesi mümkün olabilir.

## IV. BULGULAR

Bu çalışmada Türkiye’de uzun süreli bakım sigortası modelinin neden uygulanmadığı konusundaki sorunların mevcut durumu, politika çözümleri ve siyasi akış analiz edilmeye çalışılmıştır. Dokümanlardan elde edilen verilerin analizinden ortaya çıkan bulguları sunmak için anlatsal bir yaklaşım kullanılmıştır. Bulgular, çalışmadaki kapsayıcı çerçeve olan çoklu akış teorisinin (Kingdon, 1984) üç alanına göre kategorize edilmiştir. Sorun akışında, Türkiye’de uzun süreli bakım sigortasının neden uygulanmadığı konusunda paydaşların sorun algılarını çerçevelemek amaçlanmıştır. Daha sonra politika çözüm akışına karşılık gelen çözümlere ilişkin bilgi toplamak ve siyaset akışına karşılık gelen politika aktörlerinin gücü ve etkisinin belirlenerek politika seçeneklerinin uygulanabilirliğini değerlendirmek amaçlanmıştır.

### 4.1. Sorun Akışı

Sorun akışı altında paydaşların Türkiye’de uzun süreli bakım sigortasının neden uygulanmadığına ilişkin sorun algılarını anlamlandırmak için kullandıkları çerçeveleri ortaya çıkarmak amaçlanmıştır.

Doküman verilerinde Türkiye’de yaşlanma, kronik hastalıklar ve bunlara bağlı olarak bakıma muhtaç bireylerin artacağı düşüncesinden hareketle uzun süreli bakım sigortası uygulamasına geçilmesi konusunda paydaşlar arasında görüş birliği bulunmaktadır. Ancak bazı paydaşlar, bu uygulama için kurumsal alt yapıların hazır olmadığını ve finansal, beşerî ve teknolojik kaynakların yetersiz olduğunu ifade etmiştir (Çal-Rap-4, Çal-Rap-5, Diğ-Rap-4, Ey-Plan-2 ve Kal-Plan-1).

Türkiye’de bakıma muhtaç yaşlı ve engelli bireylere yönelik verilen hizmetlerin kamu ve özel birçok kurum tarafından sunulduğu ve dağınık bir yapıya sahip olduğu saptanmıştır. Bu hizmetler Sağlık, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlıkları, belediyeler, özel kurum ve kuruluşlar, hayır kurumları ve sivil toplum kuruluşları tarafından verilirken dağınık bir yapıya sahiptir (Çiftçi, 2021). Hizmetlerin bu kadar dağınık ve parçalı bir yapıda verilmesi, bakım faaliyetlerinin denetlenmesini ve kontrolünü güçleştirmektedir (Çoban ve Esatoğlu, 2021).

Yapılan bir çalışmada kişilerin bakım sigortasına yönelik farkındalıkları düşük düzeyde bulunmuştur (İnce, 2014). Bir diğer çalışmada ise bireyler, bakıma muhtaç hale gelme endişesiyle uzun süreli bakım sigortası uygulamasının kamuya bağlı bir hizmet olması halinde sisteme katılacağını ve bunun için bir miktar prim ödeyebileceğini belirtmiştir (Orhaner ve Doğuç, 2016). Bireylerin uzun süreli bakım sigortasına geçilmesinde kamuya bağlı bir sigorta modeli şartını öne sürmesi, literatürde bakım hizmetlerindeki ağır ekonomik yük ve sigorta şirketlerine duyulan güvensizlikle ilişkilendirilmiştir (Aközer vd., 2011; İnce, 2014; Özyeşil vd., 2014).

Yapılan çalışmalarda bireylerin önemli bir bölümü, bakıma muhtaç hale gelen aile üyelerine evde bakılmasını istemektedir (Akış, 2013; Aközer vd., 2011). Bu durum incelenen belgelerde; Türk kültür ve inanç yapısında ailenin önemi, aile üyelerine bakılmasının dini görev ve hayır işi olarak görülmesi, bakım kurumunda kalan yakınına karşı bireyin vicdan muhakemesi ve bakım kurumlarına ilişkin medyadaki olumsuz haberlerle ilişkilendirilmiştir (Çal-Rap-4 ve Diğ-Rap-2).

Yapılan bir çalışmada, Türkiye’de uzun süreli bakım sigortası uygulamasına geçilememesinin en öncelikli sebebi olarak, getireceği yüksek maliyetler sebebiyle oluşacak finansal kaynak sorunu olduğu belirtilmiştir (Hekimler, 2019). Bu sorun kısaca finansmanın nasıl sağlanacağı ve harcamaların hangi kriterlere göre belirleneceği şeklindedir. Diğer taraftan bireylerin belirli bir oranda prim ödeyerek uzun süreli bakım sigortası uygulaması kapsamına alınacağı bir senaryoda sigortadaki kamu ve özel sektörün ağırlığı, hizmetin sunum ve denetim kısmındaki aktörlerin belirsizliği, bireylerden kesilecek prim oranları, mevcut durumdaki yaşlı ve bakıma muhtaç bireylerin bu kapsama nasıl dahil edileceği ve prim ödemesi yapıp yapmayacakları ile ilgili konularda paydaşlar arasındaki farklılıklar (Çal-Rap-1, Çal-Rap-5, Diğ-Rap-7 ve Kom-Rap-1) bakım sigortasının uygulanamamasının sebepleri bağlamında çerçevelenmiştir. Bunlara ek olarak kurulacak uzun süreli bakım sigortası sistemi içerisinde netleşmesi gereken; yararlanacak kişiler, yararlanma oranları, sunulacak hizmetler,

yararlanma şartları (kriterler) ve kişilerin oluşturulacak sigorta modelinden yararlanabilmesi için ne kadar süre bekleyeceği gibi konular bulunmaktadır (Diğ-Rap-7 ve OVP-1).

Yapılan bir çalışmada, evde bakım uygulamaları konusunda evde bakım yöneticileriyle görüşme yapılmış ve katılımcılar bakıma muhtaç kadınların vücut bakımlarında erkek personelin görevlendirilmesi sonucunda birtakım mahremiyet ve güven sorunlarının olduğunu belirtmiştir (Çoban ve Esatoğlu, 2021). Çünkü bakım hizmeti verecek personelin mesleki etik yetersizliği ya da personelin psikolojisinden kaynaklanan birtakım sorunlar engelli bireylerin istismar edilmesine sebep olabilmektedir. Bu konuda ağır engelli kadınlar, diğer kadınlara göre daha yüksek oranlarda taciz olaylarıyla karşılaşmıştır (Kal-Plan-1).

Paydaşlara göre uzun süreli bakım sigortasının uygulanamamasının diğer sorunları; bakım hizmetlerinin uygulama ve takibindeki personel eksikliği, mesleki profesyonelliğin yeterli düzeyde olmaması, bakım sigortası alanında Türkiye'nin bir deneyime sahip olmaması, bakıma ihtiyaç duyan birey sayısını belirlemede kanıta dayalı veri tabanı eksikliği, Türkiye'de özellikle yaşlı bakım alanında önemli rol oynayabilecek gerontologların atama sorunları ve sayı olarak yetersizlikleri ve bakım hizmetlerinde kullanılacak destek teknolojilerindeki eksiklikler şeklinde çerçevelenmiştir (Çal-Rap-4 ve Çal-Rap-5, Diğ-Rap-4, Ey-Plan-2 ve Kal-Plan-1).

Yapılan çalışmalarda dernek ve sivil toplum kuruluşlarının uzun süreli bakım sigortası uygulamasına yönelik savunuculuk faaliyetlerinin oldukça sınırlı düzeyde kaldığı belirlenmiştir. Türkiye'de dezavantajlı gruplara yönelik faaliyet gösteren dernekler toplam dernekler içerisinde %0,27'lik bir orana sahiptir (Pekesen, 2021). Ayrıca sivil toplum kuruluşlarına ayrılan finansman ve desteklerin yetersizliği ve bunun yanında gönüllülük kültürünün Türkiye'de yeterince gelişmemiş olması (Özmete, 2016) gibi sebepler uzun süreli bakım sigortası savunuculuğunda güçlü çoğunlukların sağlanamaması şeklinde çerçevelenmiştir.

Medyadaki belgelere ilişkin içerikler incelendiğinde ise, uzun süreli bakım sigortası uygulaması ile ilgili farkındalık ve kamuoyu bilinci oluşturma noktasında medyanın çok sınırlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte bakım sigortası uygulamasının çoğunlukla temel sağlık hizmetleri kapsamı içerisinde değerlendirildiği, bakım sigortasının bireylerin bütün sağlık giderlerini kapsayacağı, bakım sigortasının tanıtımında yaşlılığa odaklanıldığı ve engellilik olgusuna değinilmediği ve konu hakkında oldukça yüzeysel ve muğlak bilgiler verilerek konunun aydınlatılmasında yetersiz kaldığı saptanmıştır (Beyan-1, Hab-Bült-1, Hab-Bült-2, Hab-Bült-3, Hab-Bült-4, Hab-Bült-5, Hab-Bült-6, Hab-Bült-7, Hab-Bült-8, Hab-Bült-9, Hab-Bült-10, Hab-Bült-11, Hab-Bült-12, Hab-Bült-13, Res-Açık-1, Res-Açık-2, Res-Açık-3, Web-Say-1, Web-Say-2 ve Web-Say-3).

Hekimler (2015) tarafından yapılan çalışmada ise, Türkiye'de uzun süreli bakım sigortası uygulamasının teorik düzeyde kaldığı ve uygulama için ciddi bir siyasi irade olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu doğrultuda uzun süreli bakım sigortası konusunun dönemsel bir siyasi manevra olarak kullanıldığı şeklinde görüş belirtilmiştir.

## 4.2. Politika Akışı

Türkiye'de yaşlılığa bağlı olarak artan bakıma muhtaç birey sayısı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinde bir bakım sigortası modeline olan ihtiyacı artırmaktadır (Diğ-Rap-6, Ey-Plan-3, Ey-Plan-4 ve Ey-Plan-6). Bu duruma bağlı olarak çeşitlenen ihtiyaçların sigorta adı altında bir güvence sunması ve mevcut durumda sunulan bakım hizmetlerinin dağılık yapısı gibi konular, uzun süreli bakım sigortasına olan ilgiyi artırmıştır.

Belgelere göre paydaşlar, bakım hizmetlerinin evde bakım şeklinde uygulanmasının daha doğru olacağını belirtmiş ancak yine de bu konunun kişilerin tercihine bırakılması gerektiğini ifade etmiştir. Bakım sigortası konusunda yapılacak olan mevzuat çalışmaları ve alınacak politika kararlarında ise,

uzun süreli bakım sigortası uygulamasını ilgilendiren tüm aktörlerin sürece ortak katılımı, paydaşlar arasında güçlü şekilde savunulmuştur (Çal-Rap-5, Ey-Plan-7 ve Kom-Rap-1).

Paydaşların büyük çoğunluğu, dağınık yapıda sunulan bakım hizmetlerinin devlet güvencesi veren bir sigorta kolu altında ve toplumun tümünü kapsayacak şekilde tek bir merkezde toplanmış bütüncül bir hizmet olarak verilmesi konusundaki politikaların oluşturulması gerektiğini belirtmiştir (Çal-Rap-4, Kal-Plan-1, Kal-Plan-2, Kal-Plan-3 ve Kom-Rap-2). Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı tarafından 2021 yılında yayınlanan Türkiye Yaşlı Sağlığı Raporu'nda ise Türkiye'de kamu ve özel bakım sigortalarının her ikisini de barındıran karma bir bakım sigorta modelinin uygulanması gerektiği ve bu konuda geç bile kalındığı ifade edilmiştir (Diğ-Rap-7).

Doküman verilerine göre paydaşlar, uzun süreli bakım sigortasının uygulanabilirliğinin Türkiye bağlamına uygun olduğu görüşündedir. Kapsamı oldukça geniş olan bu sigorta kolunun başta personel giderleri olmak üzere birçok kaleme ağır maliyet yükü oluşturacağı paydaşlar tarafından algılanmıştır. Gerekli olan finansmanın sağlanması için ise genel vergiler, çalışan primleri ve özel sektörün de katkılarıyla karma yapıya dayalı bir bakım sigorta modelinin benimsenmesi paydaşlar arasında ağırlıklı görüşü oluşturmuştur (Diğ-Rap-3, Kal-Plan-1 ve Top-Not-1). Bu konuda literatürde yapılan çalışmalarda da finansman modelinin karma yapıda olması gerektiği önerilmektedir (Ayhan, 2014; Doğan, 2021; Metin, 2014).

Ancak diğer taraftan bazı paydaşlar, Türkiye'de çocuk işçiliği ve göçmen çalışanlar gibi kayıt dışı işgücünün yüksek olması ve piyasada asgari ücretle çalışan kişi sayısının fazla olması nedeniyle ödenecek primlerin bireyler için ekonomik yük getireceğini belirtmiştir. Ayrıca paydaşlar arasındaki çoğunluklu görüş, mevcut durumdaki bakıma muhtaç kişilerden ve yaşlılardan prim toplanmaması ve bu grubun ihtiyaç duyacağı bakım hizmetlerinin, oluşturulacak modeldeki harcama yetkilisi kurum tarafından karşılanması yönündedir (Çal-Rap-4, Diğ-Rap-1, Kal-Plan-1, Kom-Rap-1 ve Kom-Rap-2).

Dokümanların bir kısmında paydaşlar, Türkiye'nin mevcut ekonomik koşullarının (finansal kaynaklar ve kayıt dışı istihdam gibi) diğer ülkelerden farklılık gösterdiğini ve ek politikaların oluşturulmasında bu koşulların önemi üzerinde durmuştur (Çal-Rap-2, Çal-Rap-5, Kom-Rap-1 ve Kom-Rap-2). OECD'ye üye ülkelerin kişi başına düşen GSYİH ortalaması 2021 yılında 44.851 dolar iken Türkiye'nin 2021 yılı verisi 9.539 dolar olmuştur (OECD, 2024). Buna ek olarak Türkiye'de 2023 yılında GSYİH kişi başı 13.110 dolar olmuştur (TÜİK, 2024). Ayrıca Türkiye'de iş gücünün büyük çoğunluğunun asgari ücretlilerden oluşması (Karatürk, 2021) nedeniyle, uzun süreli bakım sigortası modelinin ülke nüfusunun tümünü kapsayacak şekilde oluşturulmasının gerçekçi olmadığı ve bu sistemin tamamlayıcı sağlık sigortası sistemine (Varoğlu, 2013) benzer bir yapıyla özel sigorta şirketleri tarafından sunulması ihtimalinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir.

Yapılan bir çalışmada uzun süreli bakım sigortasının, bireysel emeklilik sigortası olarak algılandığı saptanmıştır (İnce, 2014). Bununla birlikte belgeler genel olarak incelendiğinde paydaşların çoğu, ülkede bakım sigortası konusundaki tanıtıcı faaliyetlerin ve farkındalık çalışmalarının yeterince yapılamadığını ve bu durumun da nüfusta davranış değişikliğini teşvik etmede yetersiz kaldığını belirleyememiştir.

Politika belgelerinde uzun süreli bakım sigortası konusunda yapılan farkındalık çalışmalarının Türkiye Alzheimer Derneği, Türk Geriatri Vakfı, farklı oluşumlar tarafından yapılan çalıştaylar ve medya gibi aktörlerin katkılarıyla yapıldığı ancak oldukça sınırlı düzeyde kaldığı görülmüştür (Web-Say-4 ve Web-Say-5). Bu alanda hükümet, Sağlık, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlıkları kamuoyu bilincini artırma adına sürece daha fazla rehberlik etmesi gereken aktörler olarak görülmektedir (Diğ-Rap-4).

Paydaşlar, uzun süreli bakım sigortası konusunda kanıta dayalı çalışmalar yapılabilmesi için Türkiye'deki bakım alan bireylerin verilerinin dağınık şekilde arşivlendiğini ve bu konuda bütüncül bir yaklaşım sergilenmediğini belirtmiştir. Paydaşlara göre bu alanda kapsamlı bir veri tabanı oluşturulması önem arz etmektedir (Kal-Plan-1). Mevcut durumda ise Aile ve Sosyal Hizmetler

Bakanlığı'na bağlı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından 2019 yılının mayıs ayından itibaren her ay istatistikler yayınlanmaktadır. Ayrıca bakanlık tarafından yaşlılara yönelik hizmetlere yön vermek amacıyla Türkiye Yaşlı Profili Araştırması yürütülmüş ve bu çalışma 2024 yılının mart ayında tamamlanmıştır (İst-Araş-1). Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı, Türkiye İstatistik Kurumu ve Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ulusal Engelliler Veri Bankası üzerinden ortak çalışmalar yaparak Türkiye'deki bakım gereksinimi olan ve bakıma muhtaç bireyler ile ilgili kapsamlı bir veri tabanı oluşturabilir. Bu sayede uzun süreli bakım sigortası alanındaki çalışmaları için araştırmacılara daha sağlıklı bilgiler sunulabilir.

İncelenen belgelerde paydaşlar, evde bakım hizmetlerinde tecrübe edilen personelin mesleki eğitimden uzak ve yeterli donanımda olmayışının, uzun süreli bakım sigortası hizmetlerinin sunulması, takibi ve kalitesi anlamında da bazı sorunlara sebep olacağını belirtmiştir. Paydaşlar bu konuda eğitilmiş personel ihtiyacının Milli Eğitim, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlıkları ile Yüksek Öğretim Kurumu, Üniversiteler ve mesleki eğitim programları sunan İşkur gibi aktörler tarafından karşılanabileceğini belirtmiştir (Diğ-Rap-4, Kal-Plan-1 ve Kom-Rap-1). Türkiye'de 2023 yılı sonu itibarıyla 100'ün üzerindeki üniversitede yaşlı bakımı bölümü ve 6 devlet üniversitesinde gerontoloji bölümü bulunmaktadır (Yüksek Öğretim Kurumu, 2024). Bu alandaki mezunlar da düşünüldüğünde bu durum, Türkiye'de artan bakım hizmetleri talebi için önemli bir personel kaynağı ve mezunlar için de istihdam olanağı yaratabilir.

Diğer açıdan bazı paydaşlar Türkiye'deki gerontolog sayısının yetersiz olduğuna dikkat çekmiştir. Bununla birlikte paydaşların bir kısmı uzun süreli bakım sigortasının uygulanabilirliği konusunda, farklı ülke karşılaştırmalarından elde edilen deneyimle, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ile yaşlı bakım kurumlarını denetleyen ve konuyla ilgili raporlar hazırlayan gerontologların bu politikanın başarısını etkileyebilecek olan aktörler olduğunu savunmuştur (Çal-Rap-5, Diğ-Rap-2 ve Kom-Rap-1).

Yaşlı ve engelli bakım hizmetlerinde sıkça rastlanan düşme olaylarının kontrolü, fiziksel kabiliyet ve yaşam mekânlarının yönetimleri gibi birçok alanda destek teknolojilerinden yararlanılmaktadır. Türkiye'de ise bakım hizmetleri alanında bu teknolojilerin kullanımı sınırlı düzeyde kalmıştır (Ey-Plan-6). Bu teknolojilerin yerli imkânlarla üretimi, yaygınlaştırılması, bir sistem altında kurgulanması ve otomasyon sistemlerine entegrasyonu kapsamlı bir bakım sigorta sisteminin kurulabilmesi için geliştirilmesi gereken alanları oluşturmaktadır (Merih vd., 2021; Tezel, 2015). Bu alanda paydaşlar, destek teknolojilerinin yerli imkânlarla üretilmesi ve kullanımının yaygınlaştırılması gerektiğine vurgu yapmıştır (Diğ-Rap-4). Paydaşlara göre bu konuda yapılacak çalışmalardan Cumhurbaşkanlığı Dijital Dönüşüm Ofisi, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı (TÜBİTAK) ve Üniversiteler (Teknokentler) gibi aktörler sorumludur (Kom-Rap-1).

İncelenen dokümanlarda uzun süreli bakım sigortası modelindeki aktörler; kanun ve mevzuat düzenlemeleri alanında Adalet Bakanlığı, finansman ve prim sisteminin yapılandırılmasında Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, sunulacak hizmetlerdeki harcama yetkilisi, takibi ve denetlenmesi noktasında Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, evde bakım ve palyatif alanlarında Sağlık Bakanlığı, teknoloji geliştirme, tanıtım ve bilgilendirme gibi faaliyetlerde ilgili bakanlıklar ve kurumları, teorik eğitim, personel yetiştirme ve iş başı eğitim alanlarında Millî Eğitim Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu, Üniversiteler ve mesleki eğitim programları sunan İşkur olarak belirlenmiştir. Ayrıca il özel idareleri, belediyeler, hayır kurumları ve sivil toplum örgütleri de bu yapılanma kapsamına dahil edilmiş ve bu alandaki gönüllü faaliyetlerinin Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı tarafından akredite edilmesi zorunluluğu öne sürülmüştür (Diğ-Rap-2, Ey-Plan-7 ve Kom-Rap-1).

### 4.3. Siyaset Akışı

Doküman verilerine göre paydaşlar, uzun süreli bakım sigortasının aktörleri arasında daha güçlü koordinasyon ve bu alandaki çalışmalarda multidisipliner bir yaklaşımla hareket edilmesi gerektiğini belirtmiştir (Çal-Rap-5, Diğ-Rap-7 ve Kom-Rap-1). Mevcut durumda Türkiye'deki yaşlı ve bakım hizmetlerinin organizasyonu ve yürütülmesinden Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü sorumludur (Diğ-Rap-2). Bu durumun, uzun süreli bakım

sigortası uygulaması için diğer aktörlerin sorumluluk hissetmeme ve konuya olan ilgisini zayıflatma olasılığının yüksek olabileceği düşünülmüştür. Bazı paydaşlar tarafından bu yetki, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın politika değişikliği için büyük bir etki gücünün olduğu şeklinde algılanmaktadır. Ancak neticede yüksek politika sorunu olan ve birçok alandan uzmanların katılımını gerektiren bakım sigortası uygulamasının ilgili diğer aktörlerin desteğine muhtaç olduğu paydaşlar arasındaki çoğunluklu görüşü oluşturmaktadır (Diğ-Rap-7, Ey-Plan-6 ve Kom-Rap-1).

Paydaşlara göre uzun süreli bakım sigortasının politika düzenlemesinde etkisi olabilecek ve bu alanda öne çıkan kurum, mevcut bakım hizmetlerinin yürütülmesi ve kontrolünde de en büyük aktör olan Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'dır (Çal-Rap-5). Ancak uzun süreli bakım sigortası yapı ve kapsam itibarıyla finansal, sağlık ve teknoloji alanlarındaki kaynaklara bağımlı olduğundan, uzun süreli bakım sigortasının uygulanabilirliği Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın etki gücünü zayıflatmaktadır. Buna rağmen yapılacak kamuoyu bilinçlendirme çalışmaları ve uzun süreli bakım sigortasının uygulanabilirliği yönündeki çalışmalara liderlik etmesi, bu bakanlığın politika seçeneğinin uygulanmasında önemli bir kolaylaştırıcı aktör olmasını sağlayacaktır.

Diğer taraftan farklı ülke karşılaştırmalarında, bazı ülkelerin uzun süreli bakım sigortası politikasına önderlik eden ve Türkiye'de yeterli sayıda bulunmayan ve atama sorunu yaşayan gerontologların sayısı ve yeterlilik yönünden geliştirilmesi, bu politikanın uygulanabilirliğini kolaylaştıracak bir etken olarak görülmektedir (Çal-Rap-1, Çal-Rap-4 ve Çal-Rap-5). Gerontolog sayısının artması ile uzun süreli bakım sigortası politikasının uygulanabilirlik şansının artacağı düşünülmektedir. Çünkü bakıma muhtaçlık konusu gerontoloji biliminin araştırma alanıdır. Bu yüzden bu bilimin uzun süreli bakım sigortası konusunda önemli bir aktör olacağı değerlendirilmektedir. Uzun süreli bakım sigortası konusunda oluşturulacak yasal düzenlemelerde de gerontologların söz sahibi olması önemsenmelidir (Bahar vd., 2019). Ayrıca Türkiye'deki gerontolog sayısının artması hem bu alanda daha fazla çalışma yapılmasını sağlayacak hem de böylelikle artan yaşlılıkla giderek daha fazla bakıma muhtaç hale gelen nüfusun bakım sigortasına olan ihtiyacı, gündemi daha fazla meşgul edecektir. Ayrıca politika değişikliğinin gerçekleşmesinde sadece gerontolog sayısının artması yeterli değildir ve bu alanda ihtiyaç duyulan tüm meslek grupları ile ilgili beşerî kaynağın, finansal ve teknolojik ihtiyaçların yeterli hale getirilmesi gerekmektedir (Diğ-Rap-4, Diğ-Rap-7, Ey-Plan-2 ve Ey-Plan-6).

Mevcut durumda ise özel sigorta şirketlerinin bir kısmı, uzun süreli bakım sigortası ve bakım sigorta ürünleri tarafında hareketlilik beklediklerini aktarmıştır (Faal-Rap-3). Ancak Balta (2022) tarafından yapılan çalışmada, Türkiye'de uygulanması muhtemel uzun süreli bakım sigortası politikasının devletin himayesi altında olacağı ve bu yüzden sigorta şirketlerinin konuya ilgisinin sınırlı düzeyde kalacağı değerlendirilmiştir. Ayrıca aynı çalışmada, uzun süreli bakım sigortası modelinde sigorta şirketlerinin rolünün, kamu sistemine dahil olmak istemeyen bireylerin taleplerini karşılamak ve uygulamadan sonra oluşabilecek açıkları kapatmakla sınırlı kalacağı ifade edilmiştir. Ancak Sağlık Bakanlığı ise Türkiye'de hem kamu hem de özel uzun süreli bakım sigortası modellerinin geliştirilmesinin önemli olduğu konusunda görüş bildirmiştir (Ey-Plan-6). Bununla birlikte açıklanan 2024-2026 Orta Vadeli Program'da konunun "tamamlayıcı uzun süreli bakım sigortası" şeklinde belirtilmesi ise özel bakım kurumları ve özel hastaneler gibi özel sektör bünyesindeki kurum ve kuruluşların bakım sigortası modelinde güçlü olarak rol oynayabileceği şeklinde yorumlanabilmektedir. Çünkü mevcut bakım hizmetlerinde faaliyet gösteren özel bakım ve rehabilitasyon kurumlarına kamu bütçesinden belirli bir miktarda kaynak ayrılmaktadır (Karal vd., 2023).

Sonuç olarak uzun süreli bakım sigortası modelinin Türkiye'de uygulanması konusu, bu alandaki çıkar gruplarının belirlenmesine fayda sağlamaktadır. Genel olarak belgeler incelendiğinde, Türkiye'de uzun süreli bakım sigortası modelinin oluşturulmasındaki çıkar grupları; atama bekleyen gerontologlar, bakım faaliyetleri sonucu kamu kaynaklarından istifade edecek olan özel bakım kurumları, özel sigorta şirketleri ve bu alanda yer alması muhtemel özel hastaneler şeklinde belirlenmiştir.

Uzun süreli bakım sigortası modeli, bu konuda kilit aktör olan hükümetin atacağı adımlar çerçevesinde şekillenecektir. Bu konuda muhalefet ise konuyu bakım güvencesi modeli adı altında tartışmış ve Türkiye’de bir bakım sigortası modelinin oluşturulması gerektiği yönünde görüş bildirmiştir (Çal-Rap-3). Bu konuda muhalefetin güçlü savunuculuk rolünde olması, uzun süreli bakım sigortasının daha fazla gündeme gelmesini sağlayabilir. Bu sayede uygulamanın hayata geçirilebilmesi için politika süreci hızlandırılabilir.

## V. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu çalışmada Türkiye’de uzun süreli bakım sigortasının neden uygulanmadığı, uzun süreli bakım sigortasının sorun akışının çerçevelenmesi, politika yapıcılarının uzun süreli bakım sigortasına bakış açısının belirlenmesi, bakım sigortasının uygulanamamasında kitle iletişim araçlarının ve gündem belirleyici aktörlerin rolünü çoklu akış teorisine dayanarak belirlemek amaçlanmıştır. Buna göre; sorun akışıyla uzun süreli bakım sigortasının neden uygulanmadığı konusundaki sorunlar çerçevelenmiş, politika akışıyla mevcut ve önerilen politika çözümleri belirlenmeye çalışılmış ve siyaset akışıyla da siyasi ve kurumsal bağlamlar incelenmiştir.

Çalışmada, Türkiye’deki yaşlı nüfusun artması sonucu bakıma muhtaç hale gelen birey sayısının artmasıyla birlikte bakım sigortasının öneminin giderek daha fazla hissedilmesi (Canpolat, 2022), bakıma muhtaç bireylerin bakım gereksinimlerini üstlenen aile bireylerinin tam zamanlı bir işte çalışamamayı gerekçe göstererek sigortalanma taleplerinin giderek artması (Akkan ve Serim, 2022; Ey-Plan-5), bakım hizmetleri alanındaki mevcut uygulamaların dağınık yapıda olması sonucunda denetim ve koordinasyon sorunlarının mevcudiyeti (Özaydın ve Karaman, 2020) ve Türkiye’deki üniversitelerde yaşlı bakım bölümlerinin ve bu alandaki mezun sayısının artması (Diğ-Rap-7) gibi konular politika değişikliğinin gerçekleşmesindeki kolaylaştırıcı unsurlar olarak belirlenmiştir.

Çalışmada, Türkiye’nin uzun süreli bakım sigortası alanında deneyim eksikliğinin olması (Arun, 2009), büyük bir organizasyon gerektiren bu politika için finansal, beşeri ve teknoloji alanlarında kaynak yetersizliklerin olması, kurulması planlanan modelin yapısal belirsizliği ve sorumluluklar konusundaki netlik eksikliği, önceki olumsuz deneyimlerden kaynaklanan etik kaygılar, kamuoyunun bilgi ve farkındalık eksikliği, muhalefetin, medya ve sivil toplum örgütlerinin zayıf savunuculuğu, kamuoyu baskısının olmaması, siyasi iradenin gündem belirlemedeki güçlü etkisi ve hükümetin bakım sigortası konusundaki politik tavırları politika değişikliğinin önündeki temel engelleyici unsurlar olarak belirlenmiştir (Çal-Rap-1, Çal-Rap-5, Diğ-Rap-7 ve Kom-Rap-1).

Türkiye’de yaşlılık ve kronik hastalıkların artmasına bağlı olarak kişiler daha fazla bakıma muhtaç hale gelmekte ve bu konuda uzun süreli bir bakım sigorta modelinin oluşturulması gerekmektedir. Bu sebeple konunun önemi ve aciliyeti giderek artmaktadır (Diğ-Rap-5).

Literatürde uzun süreli bakım sigortasının finansmanında büyük ölçüde karma yöntemin tercih edilmesi önerilmektedir. Karma modelin içeriğinde; kamu tarafından sisteme ayrılacak bütçe ve teşvikler, sosyal güvenlik primleri, vergiler, katkı payları ve özel sigortaların da sisteme dahil olduğu bir bakım sigortası finansman yöntemi ifade edilmektedir. Oluşturulacak bu finansman yapısı içerisine halihazırda bakım hizmetleri için devletin ayırdığı bütçenin de dahil edilmesi önerilmiştir (Ayhan, 2014; Doğan, 2021; Metin, 2014). Ancak uzun süreli bakım sigortasının finansmanında kapsamın genişliği ve derinliği konusu henüz netlik kazanmamıştır. Paydaşların büyük çoğunluğu nüfusun tümünün bakım sigortası kapsamına alınması gerektiğini ifade ederken açıklanan 2024-2026 Orta Vadeli Program’da uzun süreli bakım sigortası konusunun “Tamamlayıcı” olarak geçmesi ve Sağlık Bakanlığı tarafından özel bakım sigortalarının kurulması ve geliştirilmesi gerektiğinin ifade edilmesi (Diğ-Rap-5), bu alanda özel uzun süreli bakım sigorta şirketlerinin de rol oynayabileceğini göstermektedir.

Uzun süreli bakıma olan ihtiyaç, insanların büyük çoğunluğunun kendi başına çözemeyeceği ve politika yapıcı aktörlerin desteğine muhtaç olan bir yaşam riski olarak kabul edilmektedir (Wiener vd., 2018). Dolayısıyla uzun süreli bakım sigortası konusundaki politika değişikliğine aracılık etmede



politika aktörlerinin gücü ve etkisi oldukça önemlidir (Knaggård, 2015). Çoklu akış teorisine dayanarak yapılan çalışmada, Türkiye'deki uzun süreli bakım sigortasının politika reformlarında (potansiyel olarak) etkili olabilecek üç politika aktörü; hükümet, Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı ve mesleki alanı itibarıyla gerontologlar olarak tanımlanmıştır.

Yapılan çalışma sonucunda uzun süreli bakım sigortası modelinin Türkiye'de kanunlaştırılması ve uygulamaya konulması durumunda ortaya çıkması muhtemel çıkar gruplarının gerontologlar, özel bakım kurumları, özel sigorta şirketleri ve özel hastaneler olacağı düşünülmektedir.

İncelenen belgelerden elde edilen veriler sonucunda; paydaşlara göre siyasetin uzun süreli bakım sigortasına geçilmesi yönünde somut adımlar atması halinde halktan, kitle iletişim araçlarından ve sivil toplum örgütlerinden destek görmesi beklendiği için bu politika seçeneğinin kilit aktörü konumunda olduğu belirlenmiştir. Politika yapıcı konumu itibarıyla de hükümetin bu politika seçeneğinin hem en büyük engelleyicisi hem de en büyük kolaylaştırıcısı rolünde olabildiği görülmektedir. Dolayısıyla politika değişikliğinin gerçekleşmesi, hükümetin politikaya ilişkin kararlılığına bağlıdır.

Uzun süreli bakım sigortası konusunda halkı bilinçlendirme ve kamuoyu farkındalığının artırılması yönündeki girişimler, politika değişikliği için savunuculuk koalisyonlarının artmasına ve politika değişikliğinin teşvik edilmesine katkı sağlamaktadır. Çünkü bir politikanın değişmesinde bilgiye dayalı politika seçeneklerine ve güçlü savunuculuk faaliyetlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Mukanu vd., 2023).

Paydaşlara göre giderek yaşlanan ve buna bağlı olarak bakıma muhtaç hale gelen toplumumuz için uzun süreli bir bakım sigortası modeli kaçınılmazdır. Ancak bu modelin uygulanabilmesi için öncelikle bu alanda kurumsal alt yapıların hazır olması ve bakım hizmetleri alanında ihtiyaç duyulan kaynakların (finansal, beşerî ve teknoloji) talebi karşılayacak düzeye getirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte Türkiye'de uzun süreli bakım sigortası modeline geçilebilmesi için; siyasetin, politika aktörlerinin ve politika yapıcıların toplumumuzun giderek yaşlandığı ve bu çerçevede bakıma muhtaç birey sayısının arttığı gerçeğinden hareketle bu alandaki politika reformlarına daha fazla aracılık etmesi beklenmektedir. Yapılan çalışma sonucunda Türkiye'de oluşturulacak uzun süreli bakım sigortası ile ilgili bazı öneriler geliştirilmiştir:

- Bakanlıklarca belirlenen kriterlere göre (gelir testi ve bakıma muhtaçlık durumu) kamu tarafından sunulan bakım hizmetlerinin kalite standartlarından ödün verilmeden devamlılığın sağlanması ve geliştirilmesi gerekmektedir. Bakım hizmetleri alanında kamunun önemli bir aktör olarak yer alması, bireyler üzerinde yük oluşturan bakım harcamalarını belirli bir düzeye kadar azaltmakta ve ailelerin yoksullaşmasını önleyebilmektedir.

- Türkiye'de uzun süreli bakım sigortası alanında özel sektörün yer alması ve kamu tarafından desteklenmesi önemsenmelidir. Özel uzun süreli bakım sigorta şirketlerinin bu alanda yer alması, rekabetin artmasına ve hizmet kalitesinin yükseltilmesine fayda sağlayabilir. Ayrıca bu alanda özel sektörün bakım ve destek teknolojilerinin yaygınlaştırılması noktasında aracılık rolü üstlenebileceği ve bu sayede bakım hizmetlerinde dijitalleşme sürecinin hız kazanabileceği düşünülmektedir.

- Bakım hizmetleri sunan özel kurumların kamu teşvikleri ile desteklenmesi sonucunda, bu kurumlar yatak kapasitelerini artırabilir ve bu sayede bakım hizmeti veren nitelikli insan gücünün daha fazla istihdam edilmesine katkı sağlanabilir. Ayrıca kamu hastanelerindeki yoğun bakım yataklarının giderek bakım hizmetine dönüşmesini önlemek amacıyla yoğun bakım yataklarındaki hastaların özel kurumlara devredilerek kamu kaynaklarının daha etkin ve verimli kullanılması sağlanabilir. Bu sayede, bu alanda çalışan hemşirelerin asıl işlerine yoğunlaşmaları ve kritik hizmetlerde görev almaları sağlanabilir.

- Türkiye'de özel sektöre dönük uzun süreli bakım sigortalarının desteklenmesi ile kamuya ait denetim organlarının geliştirilmesine ihtiyaç duyulacaktır. Bu alanda, iller bazında Aile ve Sosyal

Hizmetler Bakanlığı'na bağlı bakım kontrol merkezleri oluşturulmalı ve bu merkezlerde gerontologların çalıştırılması sağlanarak denetim ekipleri içerisinde bu meslek grubuna yer verilmesi önerilmektedir. Bu doğrultuda bakım hizmetleri alanında kalite standartlarına ve uygulamalarına uyumun denetlenmesi, sistemin iyileştirilmesine fayda sağlayacaktır.

- Bakım sigortası politikasının Türkiye’de uygulanabilirliği konusu üzerinde durulması önem arz etmektedir. Bu konunun gündemi meşgul etmesi çıkar gruplarının iştahını artırabilir ve politika seçeneklerinin uygulanması noktasındaki savunuculuk faaliyetleri de dolaylı olarak desteklenmiş olur.

- Son olarak Türkiye'deki ekonomik koşullar ve finansman kaynaklarının sınırlılığı bir arada değerlendirildiğinde, tüm nüfusu kapsayacak bir uzun süreli bakım sigortası modelinin oluşturulması yakın zamanda pek mümkün görünmemektedir. Bu sebeple, maddi gücü bulunan bireylerin gelecekte oluşabilecek bakım ihtiyaçları için kendi risk algılarına göre özel bakım sigorta şirketleri ile anlaşarak ileriye dönük bir bakım garantisi satın almaları önerilmektedir.

**Etik Kurul İzni:** Bu çalışma, etik kurul izin belgesi gerektirmemektedir.

## KAYNAKLAR

Aba, G. (2022). *Sağlık politikası ve planlaması*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

Ağören, V. (2017). Bakım sigortası ve Türkiye için model önerisi. *Sosyal Güvence*, 6(12), 1-26.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2010). (2023, Aralık 15). *Bakım hizmetleri stratejisi ve eylem planı (2011-2013)*, <https://www.aile.gov.tr/media/33773/bakim-hizmetleri-stratejisi-ve-eylem-planı-2011-2013.doc>

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2021). (2024, Ocak 17). *2021 yılı faaliyet raporu*, <https://www.aile.gov.tr/raporlar/yillik-faaliyet-raporlari/>

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2022). (2024, Ocak 15). *2022 yılı faaliyet raporu*, <https://www.aile.gov.tr/raporlar/yillik-faaliyet-raporlari/>

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, (2023). (2023, Aralık 20). *Engelli ve yaşlı hizmetleri genel müdürlüğü engelli ve yaşlı istatistik bülteni, Temmuz 2023*, [https://www.aile.gov.tr/media/140662/eyhgm\\_istatistik\\_bulteni\\_temmuz\\_23.pdf](https://www.aile.gov.tr/media/140662/eyhgm_istatistik_bulteni_temmuz_23.pdf)

Akış, A. G. (2013). *Evde bakım parasının evde yaşlı bakım sürecine etkisinin Bourdieu’cü bir yaklaşımla incelenmesi: Antalya örneği*. (Yüksek Lisans Tezi). Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Gerontoloji Ana Bilim Dalı, Antalya.

Akkan, B., & Serim, S. (2022). Sosyal yardımlara erişim bağlamında ‘Hak Eden’ yoksul ve hareket edebilirlik kavramları: Evde bakım aylığı üzerine niteliksel bir çalışma. *Journal of Society & Social Work*, 33(3), 889-911.

Aközer, M., Nuhurat, C., & Say, Ş. (2011). Türkiye’de yaşlılık dönemine ilişkin beklentiler araştırması. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 27(27), 103-128.

Ayhan, B. (2014). *Uzun süreli bakım sistemleri ve finansman yöntemleri: Türkiye açısından değerlendirme*. (Uzmanlık Tezi). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.

Bahar, N. T., Akkaya, D., Kılıç, B., Bozkurt, S., & Başbüyük, H. H. (2019). *Yaşlı bakımında gerontolojinin rolü*. 10.Ulusal Yaşlılık Kongresi, Denizli.

- Balta, S. (2022). *Bakım sigortası uygulaması ve bakım sigortası ihtiyacının Türkiye açısından incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, Sakarya.
- Barber, S. L., van Gool, K., Wise, S., Wood, M., Or, Z., Penneau, A., ... & Lorenzoni, L. (2021). *Pricing long-term care for older persons*. World Health Organization, Geneva.
- Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı. (2011). (2024, Ocak 15). *2010 yılı faaliyet raporu*, [http://www.sp.gov.tr/upload/xSPRapor/files/An6Lw+Ozurluler\\_Idaresi\\_Baskanligi\\_10\\_FR.pdf](http://www.sp.gov.tr/upload/xSPRapor/files/An6Lw+Ozurluler_Idaresi_Baskanligi_10_FR.pdf)
- Boyer, M., De Donder, P., Fluet, C., Leroux, M. L., & Michaud, P. C. (2017). *Long-term care insurance: Knowledge barriers, risk perception and adverse selection* (No. w23918). National Bureau of Economic Research.
- Buse, K. (2008). Addressing the theoretical, practical and ethical challenges inherent in prospective health policy analysis. *Health Policy and Planning*, 23(5), 351-360.
- Buse, K., Mays, N., & Walt, G. (2012). *Making health policy*. Open University Press.
- Campbell, J. C., Ikegami, N., & Gibson, M. J. (2010). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Affairs*, 29(1), 87-95.
- Canpolat, Ş. B. (2022). Nüfusun yaşlanmasının ekonomik etkilerinin uzun dönemli bakım hizmetleri açısından incelenmesi: Türkiye için bağımlı nüfus projeksiyonları. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 12(1), 53-84.
- Costa- font, J., Courbage, C., & Swartz, K. (2015). Financing long- term care: Ex ante, ex post or both?. *Health Economics*, 24(1), 45-57.
- Çiftçi, H. G. (2021). Uzun dönem bakım sigortası ve Türkiye için stokastik model önerisi. *International Anatolia Academic Online Journal Health Sciences*, 7(3), 115-130.
- Çoban, M., & Esatoğlu, A. E. (2021). Evde bakım hizmetlerinin Almanya ve Türkiye örneğinde karşılaştırılması: Nitel bir araştırma. *Sosyolojik Bağlam Dergisi*, 2(3), 55-71.
- Da Roit, B., Le Bihan, B., & Österle, A. (2007). Long- term care policies in Italy, Austria and France: Variations in cash- for- care schemes. *Social Policy and Administration*, 41(6), 653-671.
- Dalglish, S. L., Khalid, H., & McMahon, S. A. (2020). Document analysis in health policy research: The READ approach. *Health Policy and Planning*, 35(10), 1424-1431.
- Doğan, Ö. (2021). *Karşılaştırmalı hukuk bakımından uzun dönemli bakım sigortası ve Türkiye'de uygulanabilirliği*. (Doktora Tezi). Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Özel Hukuk Ana Bilim Dalı, Eskişehir.
- Doty, P., Liu, K., & Wiener, J. (1985). An overview of long-term care. *Health Care Financing Review*, 6(3), 69-78.
- Eling, M., & Ghavibazoo, O. (2019). Research on long-term care insurance: Status quo and directions for future research. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 44(2), 303-356.
- Erdogan, C. (2022). (2024, Şubat 12). *The Long-term Care System in Turkey*. Universität Bremen, <https://www.socialpolicydynamics.de>

- Erkan, K. (2022). İkinci Abe iktidarında Japonya’da göç politikası açılımının siyasi boyutları: Yabancı bakıcı alımı örneği. *Neşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 12(4), 2498-2516.
- Geraedts, M., Heller, G. V., & Harrington, C. A. (2000). Germany’s long-term-care insurance: Putting a Social insurance model into practice. *The Milbank Quarterly*, 78(3), 375-401.
- Gül, M. (2022). Uzun dönemli bakım yönetimi. *Türkiye Sosyal Hizmet Araştırmaları Dergisi*, 6(2), 143-159.
- Hekimler, A. (2015). Federal Almanya’da sosyal bakım sigortasının temel esasları–Türkiye için gözlemler. *Çalışma ve Toplum*, 1(44), 45-76.
- Hekimler, A. (2017). Yaşlılara yönelik bir sosyal politika aracı olarak bakım sigortası: Federal Almanya örneği. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 235-243.
- Hekimler, A. (2019). *Türkiye’de bakım sigortasının kurulması gerekliliği üzerine değerlendirmeler*. XI. IBANESS Kongreler Serisi, Tekirdağ.
- Ikegami, N., & Campbell, J. C. (2002). Choices, policy logics and problems in the design of long-term care systems. *Social Policy & Administration*, 36(7), 719-734.
- International Labour Organization (ILO) (2022). (2023, Aralık 25). *Care at work: Investing in care leave and services for a more gender equal world of work*, [https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms\\_838653.pdf](https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/publication/wcms_838653.pdf)
- İnce, G. (2014). *Ankara’da bir vakıf üniversitesine bağlı semt polikliniğine başvuran hastaların tamamlayıcı sağlık sigortasına bakış açılarının değerlendirilmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Ankara.
- Karal, S., Yel, T., & Erdem, M. S. (2023). İşletmelerde finansal sorunların tespiti: Özel eğitim ve rehabilitasyon merkezleri örneği. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 28(1), 17-34.
- Karatürk, M. İ. (2021). *Uzun dönem yaşlı bakım sigortası ihtiyacının sosyo-kültürel ve demografik yönden incelenmesi*. (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Çalışma Ekonomisi Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Keser, E. N. N. (2019). Alzheimer hastalarına ve bakım verenlere yönelik sosyal politikalar: Türkiye–Almanya karşılaştırması. *Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 20(45), 93-118.
- Kiliç, Ü. (2019). *Dünyada uzun süreli sağlık sigortası uygulamaları ve Türkiye için model önerisi*. (Yüksek Lisans Tezi). Marmara Üniversitesi Bankacılık ve Sigortacılık Enstitüsü Sigortacılık Ana Bilim Dalı, İstanbul.
- Kingdon, J. W. (1984). *Agendas, alternatives and public policies*. Cambridge University Press.
- Kingdon, J. W. (2011). *Agendas, alternatives, and public policies*. Cambridge University Press.
- Knaggård, Å. (2015). The multiple streams framework and the problem broker. *European Journal of Political Research*, 54(3), 450-465.

- Kocabaş, F., & Kol, E. (2020). Almanya ve Türkiye' de karşılaştırmalı olarak bakım hizmetleri: Türkiye'de bakım sigortası kurulmasına yönelik bir öneri. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20(4), 283-310.
- Lopez, A. D., & Murray, C. C. (1998). The global burden of disease, 1990–2020. *Nature Medicine*, 4(11), 1241-1243.
- Mayhew, L., Rickayzen, B., & Smith, D. (2021). Flexible and affordable methods of paying for long-term care insurance. *North American Actuarial Journal*, 25(1), 196-214.
- Merih, Y. D., Ertürk, N., Yemenici, M., & Satman, İ. (2021). Evde sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımı. *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Dergisi*, 4(3), 76-89.
- Metin, M. (2014). *Almanya Federal Cumhuriyetindeki zorunlu bakım sigortası ve Türkiye'de uygulanabilirliği*. (Uzmanlık Tezi). Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Dış İlişkiler ve Yurt Dışı İşçi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan (MHLW). (2022). (2024, Ocak 01). *The Long-term care Insurance System*, <https://www.mhlw.go.jp/english/topics/elderly/care/2.html>
- Mukanu, M. M., Mchiza, Z. J. R., Delobelle, P., & Thow, A. M. (2023). Nutrition policy reforms to address the double burden of malnutrition in Zambia: A prospective policy analysis. *Health Policy and Planning*, 38(8), 895-906.
- Mutlu, F. N., & Metin, B. (2022). Sivil toplum kuruluşlarının sosyal politikadaki rolü bağlamında Ankara'da yaşlılara yönelik faaliyet gösteren derneklerin incelenmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 12(2), 347-368.
- OECD, (2020). (2023, Aralık 16). *Spending on long-term care*, <https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf>
- OECD, (2023). (2023, Aralık 13). *Health at a glance 2023 OECD indicators*, <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
- Orhaner, E., & Doğuç, E. (2016). Büyükşehirlerde çalışan nüfusun Türkiye'deki bakım hizmetleri ve bakım sigortası hakkında beklentileri. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 3(4), 126-138.
- Özaydın, M. M., & Karaman, N. (2020). Refah sisteminin dönüşümü sürecinde bakım politikalarının yörüngesi: Muhafazakâr refah rejimi temelinde bir değerlendirme. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 2020(78), 171-203.
- Özbayrak, G., & Yaman, Ö. M. (2023). Yaşlı aile üyesine evde bakım verenlerin bakım verme ile hakları konusundaki bilgi düzeyleri ve ihtiyaçları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(2), 781-799.
- Özkan, Ş., & Aca, Z. (2021). Japonya evde bakım hizmetlerinin incelenmesi ve Türkiye için öneriler. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*, 2021(18), 157-178.
- Özmete, E. (2016). (2024, Ocak 22). *Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı sosyal içerme politikaları alanında kurumsal kapasitenin artırılması projesi*, Ankara, <https://aile.gov.tr/media/100411/annex-14-5-1-3-residential-and-respite-care-in-tr-and-models-of-services.pdf>
- Özyeşil, Z., Oluk, A., & Çakmak, D. (2014). Yaşlı hastalara bakım verme yükünün durumluk-sürekli kaygıyı yordama düzeyi. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 15(1), 39-44.

- Pekesen, M. (2021). *Yaşlı bakım hizmet modelleri ve sosyal politika yaklaşımları*. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Qudsiah, S., Kang, C. Y., Fatimah, A. F., Zamzaireen, Z. A., Natalia, C. I., Mohamad Fadli, K., Luam, G. G., Tasneem, A. A. A., Fateh, M., & Juni, M. H. (2017). Methodological approaches of health policy analysis in developing countries. *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 4(2), 19-36.
- Riedel, H. (2003). Private compulsory long-term care insurance in Germany. *The Geneva Papers on Risk and Insurance-Issues and Practice*, 28(2), 275-293.
- Sakar, Z. M. (2023). İstatistikler ışığında yaşlı bakım hizmetleri alanında ülkemizde uygulanan politikalar. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(58), 179-203.
- Spasova, S., Baeten, R., & Vanhercke, B. (2018). Challenges in long-term care in Europe. *Eurohealth*, 24(4), 7-12.
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı, (2020). (2024, Ocak 16). 2021-2023 yeni ekonomi programı (Orta Vadeli Program), [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/08/YeniEkonomiProgrami\\_OVP\\_2021-2023.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2021/08/YeniEkonomiProgrami_OVP_2021-2023.pdf)
- Strateji ve Bütçe Başkanlığı, (2023). (2023, Aralık 13). 2024-2026 Orta Vadeli Program, [https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/09/Orta-Vadeli-Program\\_2024-2026.pdf](https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2023/09/Orta-Vadeli-Program_2024-2026.pdf)
- Swartz, K. (2013). Searching for a balance of responsibilities: OECD countries changing elderly assistance policies. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 397-412.
- Swearinger, H. (2023). Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşlılıkta uzun süreli bakım: Sosyal adalet, sosyal refah ve hizmet modelleri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 23(61), 693-729.
- Şanlı, C. C., & Akkan, B. (2022). Covid-19 salgını döneminde Türkiye'de uzun dönemli bakım önlemleri. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 2022(83), 141-178.
- Tezel, E. (2015). Yaşlıların akıllı ev teknolojileriyle ilgili tutumları: Destek teknolojileriyle ilgili bulgular ve öneriler. *Mühendislik Bilimleri ve Tasarım Dergisi*, 3(3), 285-292.
- Tufan, İ. (2012). *Sosyal bakım sigortası bakıma muhtaçlığa anlamlı, akıllı ve adil çözüm*. I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi ve III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi, İzmir.
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2020). (2023 Aralık 16). *İstatistiklerle yaşlılar*, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=İstatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>
- Türkiye İstatistik Kurumu, (2023). (2024, Mart 26). *2023 Gayrisafi Yurt İçi Hasıla (GSYH)*, <https://data.tuik.gov.tr/>
- UNDDR, (2023). (2023, Aralık 13). *Global survey report on persons with disabilities and disasters*, <https://www.undrr.org/media/90432/download?startDownload=true>
- Van Houtven, C. H., Boucher, N. A., & Dawson, W. D. (2020). (2024, Ocak 01). *Impact of the covid-19 outbreak on long-term care in the United States. International long-term care policy network*, [https://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1055&context=aging\\_pub](https://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1055&context=aging_pub)
- Varoğlu, F. (2013). Tamamlayıcı sağlık sigortasının genel görünümü ve Türkiye'deki gelişim süreci. *Sosyal Güvence*, (3), 20-40.

Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., & Gilson, L. (2008). Doing health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5), 308-317.

Webb, P. (2002). Time to share the burden: Long term care insurance and the Japanese family. *Japanese Studies*, 22(2), 113-129.

Wiener, J. M., Feng, Z., Zheng, N. T., & Song, J. (2018). Long-term care financing: Issues, options, and implications for China. *Options for aged care in China: Building an efficient and sustainable aged care system* (5th ed., pp. 191-213). International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank.

World Bank, (2023). (2023, Aralık 13). *Population ages 65 and above (% of total population)*, <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>

World Health Organization, (2022). (2023, Aralık 24). *Global report on long-term care financing 2022*, <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/assets/documents/WHO-Global-Report-on-Long-Term-Care-Financing-Final-Report.pdf>

Yüksek Öğretim Kurumu, (2024). (2024, Ocak 14). *Yaşlı bakımı programı bulunan tüm üniversiteler*, <https://yokatlas.yok.gov.tr/onlisans-program.php?b=30123>