



100



organizasyon  
**Nutuva**



**NEUSHİK**  
**6. ULUSLARARASI**  
**16. ULUSAL SAĞLIK VE**  
**HASTANE İDARESİ**  
**KONGRESİ**

Cumhuriyetimizin 100. Yılında  
**Sağlık Yönetimi ve Geleceği**

On the 100<sup>th</sup> Anniversary of Our Republic  
**Health Management and Its Future**

**12-14 Ekim 2023**

Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Tıp Fakültesi **Morfoloji Binası**



Kongre "2223-B Yurt İçi Bilimsel Etkinlik Düzenleme Desteği" kapsamında 1929B022300157 başvuru nosuyla TÜBİTAK tarafından desteklenmektedir.

**TAM METİN**  
**BİLDİRİ KİTABI**



TÜRKİYE BİLİMLER AKADEMİSİ  
TURKISH ACADEMY OF SCIENCES

[neushik2023.com](http://neushik2023.com)



**E-BOOK ISBN: 978-625-94079-0-6**  
**NUTUVA ORGANİZASYON YAYINLARI**  
Işıklar Mahallesi Hilmedede Sokak No: 3A  
Selçuklu / KONYA

Konya Ekim 2023  
**NUTUVA ORGANİZASYON YAYINLARI**  
Işıklar Mahallesi Hilmedede Sokak No: 3A  
Selçuklu / KONYA  
**T.C. KÜLTÜR BAKANLIĞI YAYINCI SERTİFİKASI: 71916**

**6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi**  
**12-14 Ekim 2023**  
**Konya/Türkiye**

6<sup>th</sup> International 16<sup>th</sup> National Health And Hospital Administration Congress  
12-14 October 2023  
Konya/Türkiye

## DAVET

Değerli Meslektaşlarımız,

“Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi”, her yıl düzenli olarak farklı bir üniversitenin ev sahipliğinde gerçekleştirilmektedir. Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi uzun yıllardır düzenlenen, sağlık yönetimi alanının nabzını tutan büyük bir organizasyondur. Uluslararası düzeyde ilk olarak 13-15 Ekim 2017 tarihinde “1. Uluslararası 11. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi” adıyla düzenlenmeye başlanmıştır.

6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongremiz, Necmettin Erbakan Üniversitesi Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü tarafından 12-13-14 Ekim 2023 tarihlerinde Anadolu Selçuklu Devleti’ne başkentlik yapmış Konya’da yapılacaktır.

Kongremizin ana teması 2023 yılının anlam ve önemine binaen “Cumhuriyetimizin 100. Yılında Sağlık Yönetimi ve Geleceği” olarak belirlenmiştir. Ana tema kapsamında belirlenen alt başlıklar ise Geçmişten Geleceğe Sağlık Hizmetleri ve Yönetim Bilimi, Sağlık 4.0, Entegre Sağlık Hizmetleri, Geleceğin Sağlık İnsan Gücü, İnsan Merkezli Yaklaşım, Hasta Odaklı Sağlık Hizmetleri, Hasta Bakış Açısıyla Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi, Değer Bazlı Sağlık Hizmetleri, Olağandışı Durumlarda Sağlık Hizmetleri ve Yönetimi, Yaşlanan Bir Toplumda Sağlık Hizmetleri Yönetimi, Tedarik Zinciri Yönetimi, Sağlık Teknolojilerinin Değerlendirilmesi, Küresel Sağlık ve Göç, Sağlık Hukuku, Sağlık Etiği, Sağlık Hizmetlerinde Kalite ve Akreditasyon, Sağlık Turizmi, Nadir Hastalıklar ve Kaynak Dağılımının Belirlenmesi, Sağlık Hizmetlerinde Finansmanın Sürdürülebilirliği, Sağlık Tesisi ve Hastane Mimarisi, Girişimcilik ve Yenilikçilik, Sağlık Hizmetlerinde Çevresel Sürdürülebilirlik, Sağlık ve Hastane Yönetiminde Örnek Uygulamalar şeklindedir.

Kongre Dünya’da ve Türkiye’de ortaya çıkan gelişmeleri ve sorunları bilimsel bir bakış açısıyla ele almak, değerlendirmek ve çözüm önerileri getirebilmek amacıyla düzenlenmektedir. Kongreye alanının önde gelen ulusal ve uluslararası davetli konuşmacılarının yanında, akademisyenler, kamu ve özel sağlık kurumları temsilcileri, hastane ve sağlık kuruluşları yöneticileri, sektör temsilcileri davet edilmektedir. Kongrede sözel ve poster bildiriler dışında güncel konularda panel, eğitim ve kurslara da yer verilmektedir.

Kongre Sağlık Yönetimi ve Sağlık Yönetimi’nin tüm paydaş alanları ile ilgilenen tıp, diş hekimliği, eczacılık, hemşirelik, fizyoterapi ve rehabilitasyon, beslenme ve diyetetik ve diğer sağlık alanları ile işletme, iktisat, kamu yönetimi, ekonomi ve finans gibi tüm yönetim alanlarına açıktır.

Güncel bilimsel bilgi ve uygulamaları paylaşmak üzere sizleri Mevlâna diyarı Anadolu Selçuklu Devleti’ne Başkentlik yapmış KONYA’da düzenleyeceğimiz “6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi” kongremize davet eder, aramızda görmekten mutluluk duyarız.

Saygılarımızla...

**Doç. Dr. Şerife Didem KAYA**  
Kongre Başkanı

**Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ**  
Kongre Başkanı

## INVITATION

Dear Colleagues,

The "Health and Hospital Administration Congress" is regularly hosted by a different university every year. The Health and Hospital Administration Congress is a large organization that has been held for many years and takes place on the center of the health management field. At the international level, the "1<sup>st</sup> National 11<sup>th</sup> International Health and Hospital Administration Congress" was started to be organized on 13-15 October 2017. This year, 6<sup>th</sup> International and 16<sup>th</sup> National Health and Hospital Administration Congress will be held in Konya, the capital of the Anatolian Seljuk State, on 12-13-14 October 2023 by the Department of Health Management, Nezahat Keleşoğlu Faculty of Health Sciences, Necmettin Erbakan University.

The main theme of our congress is determined as "Health Management and Its Future in the 100<sup>th</sup> Anniversary of Our Republic" based on the meaning and importance of 2023. The subtitles determined within the scope of the main theme are; Health Services and Management Science from the Past to the Future, Health 4.0, Integrated Health Services, Health Manpower of the Future, Human-Centered Approach, Patient-Centered Health Services, Evaluation of Health Services from a Patient Perspective, Value-Based Health Services, Health Services and Management in Extraordinary Situations, Health Services Management in an Aging Society, Supply Chain Management, Health Technologies Evaluation, Global Health and Migration, Health Law, Health Ethics, Quality and Accreditation in Health Care, Health Tourism, Rare Diseases and Determination of Resource Distribution, Sustainability of Financing in Health Services, Health Facility and Hospital Architecture, Entrepreneurship and Innovation, Environmental Sustainability in Health Services, Best Practices in Health and Hospital Management.

The congress is organized in order to deal with the developments and problems in the world and in Turkey from a scientific point of view, to evaluate them and to offer solutions. In addition to prominent national and international invited speakers, academicians, representatives of public and private health institutions, managers of health institutions, and related sector representatives are invited to the congress. In addition to oral and poster presentations, panels, trainings and courses on selected issues are also included in the congress.

The Congress is open to all management fields of Health Management and stakeholders such as; medicine, dentistry, pharmacy, nursing, physiotherapy and rehabilitation, nutrition and dietetics and other health related fields, and business, economics, public administration, economics and finance.

In order to share up-to-date scientific knowledge and practices, we invite you to "6<sup>th</sup> National and 16<sup>th</sup> International Health and Hospital Administration Congress" which we will be happy to see you among us.

Regards...

**Assoc. Prof. Dr. Şerife Didem KAYA**  
Congress President

**Assoc. Prof. Dr. Ayhan ULUDAĞ**  
Congress President

## KURULLAR

### Honorary Presidents

**Prof. Dr. Cem ZORLU** (Necmettin Erbakan University Rector)  
**Prof. Dr. Bahadır FEYZİOĞLU** (Necmettin Erbakan University Vice Rector)  
**Prof. Dr. Neslihan DURMUŞOĞLU SALTALI** (Dean of Necmettin Erbakan University Nezahat Keleşoğlu Faculty of Health Sciences)

### Presidents of Congress

**Assoc. Prof. Dr. Şerife Didem KAYA** (Necmettin Erbakan University Nezahat Keleşoğlu Faculty of Health Sciences)  
**Assoc. Prof. Dr. Ayhan ULUDAĞ** (Necmettin Erbakan University Nezahat Keleşoğlu Faculty of Health Sciences)

### Scientific Secretariat

**Asist. Prof. Dr. Aysun YEŞİLTAS** (Necmettin Erbakan University Nezahat Keleşoğlu Faculty of Health Sciences)  
**Asist. Prof. Dr. Lütfiye TEKPİNAR** (Necmettin Erbakan University Nezahat Keleşoğlu Faculty of Health Sciences)

### Organizing Committee

**Assoc. Prof. Dr. Şerife Didem KAYA** (Necmettin Erbakan University)  
**Assoc. Prof. Dr. Ayhan ULUDAĞ** (Necmettin Erbakan University)  
**Assoc. Prof. Dr. Yusuf Yalçın İLERİ** (Necmettin Erbakan University)  
**Assoc. Prof. Dr. Aydan YÜCELER** (Necmettin Erbakan University)  
**Assoc. Prof. Dr. Nimetcan Mehmet ORHUN** (Ankara Yıldırım Beyazıt University)  
**Asist. Prof. Dr. Aysun YEŞİLTAS** (Necmettin Erbakan University)  
**Asist. Prof. Dr. Lütfiye TEKPİNAR** (Necmettin Erbakan University)  
**Asist. Prof. Dr. İsa GÜL** (Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri University)  
**Asist. Prof. Dr. Mehmet KILINÇ** (Bayburt University)  
**Research Assistant Mustafa KAFES** (Necmettin Erbakan University)  
**Research Assistant Muhammed Yusuf AYDAMAK** (Necmettin Erbakan University)  
**Research Assistant Emre AKGÜN** (Bayburt University)

### Scientific Advisory Board

*(Listed in alphabetical order)*

**Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU** (Ankara University)  
**Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU** (Atılım University)  
**Prof. Dr. Elif DİKMETAS YARDAN** (Ondokuz Mayıs University)  
**Prof. Dr. Haydar SUR** (Üsküdar University)  
**Prof. Dr. Haluk ÖZSARI** (İstanbul University)  
**Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ** (Ankara University)  
**Prof. Dr. Levent Bekir KIDAK** (İzmir Kâtip Çelebi University)  
**Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT** (Sakarya University)  
**Prof. Dr. Mehveş TARIM** (Marmara University)  
**Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU** (Hacettepe University)  
**Prof. Dr. Ramazan ERDEM** (Süleyman Demirel University)  
**Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI** (Başkent University)  
**Prof. Dr. Yusuf ÇELİK** (Marmara University)

### Scientific Board

**Prof. Dr. A. Ezel ESATOĞLU** Ankara University  
**Prof. Dr. Abdullah ÇALIŞKAN** Toros University  
**Prof. Dr. Abdullah SOYSAL** Kahramanmaraş Sütçü İmam University  
**Prof. Dr. Ahmet KURTARAN** Karadeniz Teknik University  
**Prof. Dr. Ali İhsan AKGÜN** Ankara Yıldırım Beyazıt University  
**Prof. Dr. Ali Osman ÖZTÜRK** Bandırma Onyedli Eylül University  
**Prof. Dr. Alper CİHAN** İstanbul University-Cerrahpaşa  
**Prof. Dr. Aykut EKİYOR** Ankara Hacı Bayram Veli University  
**Prof. Dr. Arzu KARACA** Munzur University  
**Prof. Dr. Aygül YANIK** İstanbul Medeniyet University  
**Prof. Dr. Ayşegül KAPTANOĞLU** İstanbul Aydın University  
**Prof. Dr. Ayşe SAN TÜRGAY** Çanakkale Onsekiz Mart University

Prof. Dr. Bayram ŞAHİN Hacettepe University  
Prof. Dr. Belma KEKLİK Süleyman Demirel University  
Prof. Dr. Berna Simten MALHAN Başkent University  
Prof. Dr. Birkan TAPAN Demiroğlu Bilim University  
Prof. Dr. Cemal SEZER Sakarya University  
Prof. Dr. Cemil ÖRGEV Sakarya Uygulamalı Bilimler University  
Prof. Dr. Cesim DEMİR İstinye University  
Prof. Dr. Deniz ARSLAN Biruni University  
Prof. Dr. Derya SIVÜK Ankara Hacı Bayram Veli University  
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU Atılım University  
Prof. Dr. Edibe Asuman ATILLA Ankara Hacı Bayram Veli University  
Prof. Dr. Ekrem TUFAN Çanakkale Onsekiz Mart University  
Prof. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN Ondokuz Mayıs University  
Prof. Dr. Emine Handan TÜZÜN Doğu Akdeniz University  
Prof. Dr. Enver BOZDEMİR Düzce University  
Prof. Dr. Erdal TEKARSLAN Bezm-i Alem Vakıf University  
Prof. Dr. Gonca MUMCU Marmara University  
Prof. Dr. Gülbiye YENİMAHALLELİ YAŞAR Ankara University  
Prof. Dr. Gülfer BEKTAŞ Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar University  
Prof. Dr. Gülsün ERİGÜÇ Hacettepe University  
Prof. Dr. Gürkan SERT Marmara University  
Prof. Dr. Hacer ÖZGEN NARCI İstinye University  
Prof. Dr. Salih Haluk ÖZSARI İstanbul University-Cerrahpaşa  
Prof. Dr. Handan ERTAŞ Selçuk University  
Prof. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM Sağlık Bilimleri University  
Prof. Dr. Hatice ULUSOY Sivas Cumhuriyet University  
Prof. Dr. H. Nilay GEMLİK Marmara University  
Prof. Dr. Haydar SUR Üsküdar University  
Prof. Dr. İbrahim Halil CANKUL İstanbul Arel University  
Prof. Dr. İlhan Kerem ŞENEL İstanbul University-Cerrahpaşa  
Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ Ankara University  
Prof. Dr. İsmail DALAY Üsküdar University  
Prof. Dr. İsmail Hakkı ERASLAN Düzce University  
Prof. Dr. Korkut ERSOY Başkent University  
Prof. Dr. Levent Bekir KIDAK İzmir Kâtip Çelebi University  
Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT Sakarya University  
Prof. Dr. Mehmet ZELKA Üsküdar University  
Prof. Dr. Mehmet TOP Hacettepe University  
Prof. Dr. Mehtap MALKOÇ Doğu Akdeniz University  
Prof. Dr. Mehveş TARIM Marmara University  
Prof. Dr. Menderes TARCAN Eskişehir Osmangazi University  
Prof. Dr. Mesut ÇİMEN Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar University  
Prof. Dr. Metin ATEŞ İstanbul Arel University  
Prof. Dr. Murat KAYALAR Burdur Mehmet Akif Ersoy University  
Prof. Dr. Murat YILDIRIM Samsun University  
Prof. Dr. Musa ÖZATA Kırşehir Ahi Evran University  
Prof. Dr. Mustafa UÇAR Iğdır University  
Prof. Dr. Nermin YENİKÖSE Başkent University  
Prof. Dr. Oğuz IŞIK Hacettepe University  
Prof. Dr. Orhan YALÇIN Kırklareli University  
Prof. Dr. Osman Kürşat ONAT Burdur Mehmet Akif Ersoy University  
Prof. Dr. Ömer GİDER Muğla Sıtkı Koçman University  
Prof. Dr. Ömer Rona TURANLI İstanbul Yeni Yüzyıl University  
Prof. Dr. Özgür ASLAN İstanbul University-Cerrahpaşa  
Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU Hacettepe University  
Prof. Dr. Ramazan ERDEM Süleyman Demirel University  
Prof. Dr. Resul İZMİRLİ İstanbul Yeni Yüzyıl University  
Prof. Dr. Sedat BOSTAN Karadeniz Teknik University  
Prof. Dr. Selma ALTINDIŞ Sakarya University  
Prof. Dr. Serhat BURMAOĞLU İzmir Kâtip Çelebi University  
Prof. Dr. Seyhan ÇİL KOÇYİĞİT Ankara Hacı Bayram Veli University  
Prof. Dr. Sezer KORKMAZ Ankara Hacı Bayram Veli University  
Prof. Dr. Sıdıka KAYA Hacettepe University

- Prof. Dr. Süleyman DÜNDAR İzmir Bakırçay University  
Prof. Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI Başkent University  
Prof. Dr. Ş. Burak BEKAROĞLU Marmara University  
Prof. Dr. Şebnem YÜCEL Selçuk University  
Prof. Dr. Taşkın KILIÇ Ordu University  
Prof. Dr. Türkan YILDIRIM Sağlık Bilimleri University  
Prof. Dr. Umut BEYLİK Sağlık Bilimleri University  
Prof. Dr. Yalçın KARAGÖZ Düzce University  
Prof. Dr. Yasemin AKBULUT Ankara University  
Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU İstanbul Medipol University  
Prof. Dr. Yunus Emre ÖZTÜRK Selçuk University  
Prof. Dr. Yusuf ÇELİK Marmara University  
Prof. Dr. Zekai ÖZTÜRK Hacı Bayram Veli University  
Doç. Dr. Ahmet İLHAN Bayburt University  
Doç. Dr. Ahmet KAR Kırıkkale University  
Doç. Dr. Ahmet YILDIZ Batman University  
Doç. Dr. Ali ARSLANOĞLU Sağlık Bilimleri University  
Doç. Dr. Alper Veli ÇAM Gümüşhane University  
Doç. Dr. Arzu YİĞİT Süleyman Demirel University  
Doç. Dr. Aysu ZEKİOĞLU Trakya University  
Doç. Dr. Banu KUMBASAR İstanbul University-Cerrahpaşa  
Doç. Dr. Başak MENDİ Demiroğlu Bilim University  
Doç. Dr. Berkiye KIRMIZIGİL Doğu Akdeniz University  
Doç. Dr. Bilal ÇANKIR İstanbul Medeniyet University  
Doç. Dr. Canser BOZ İstanbul University-Cerrahpaşa  
Doç. Dr. Çağdaş Erkan Akyürek Ankara University  
Doç. Dr. Cuma SUNGUR Kahramanmaraş Sütçü İmam University  
Doç. Dr. Çiğdem BASKICI Başkent University  
Doç. Dr. Ece UĞURLUOĞLU ALDOĞAN Ankara University  
Doç. Dr. Edibe Asuman ATILLA Hacı Bayram Veli University  
Doç. Dr. Ender ANGIN Doğu Akdeniz University  
Doç. Dr. Elif Türkan ARSLAN İzmir Kâtip Çelebi University  
Doç. Dr. Emin İBİLİ Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri University  
Doç. Dr. Emine Özlem KÖROĞLU Toros University  
Doç. Dr. Emrah BİLGENER Hitit University  
Doç. Dr. Emre ATILGAN Trakya University  
Doç. Dr. Emre İŞÇİ Marmara University  
Doç. Dr. Enis Baha BİÇER Sivas Cumhuriyet University  
Doç. Dr. Erdal EKE Süleyman Demirel University  
Doç. Dr. Erdinç ÜNAL Ardahan University  
Doç. Dr. Ersin KORKMAZ Erzincan Binali Yıldırım University  
Doç. Dr. Esra Nazmiye KILCI İstanbul University  
Doç. Dr. Fatih BUDAK Kilis 7 Aralık University  
Doç. Dr. Fatih ŞANTAŞ Yozgat Bozok University  
Doç. Dr. Ferda Alper AY Sivas Cumhuriyet University  
Doç. Dr. Fikriye YILMAZ Başkent University  
Doç. Dr. Fuat KORKMAZER Muş Alparslan University  
Doç. Dr. Gamze YORGANCIOĞLU TARCAN Hacettepe University  
Doç. Dr. Gökhan ABA Bandırma Onyedi Eylül University  
Doç. Dr. Gökhan AYDIN İstanbul Medipol University  
Doç. Dr. Gözde İYİĞÜN Doğu Akdeniz University  
Doç. Dr. Gülcan ŞANTAŞ Yozgat Bozok University  
Doç. Dr. Halil ŞENGÜL İstanbul Sabahattin Zaim University  
Doç. Dr. Harun KIRILMAZ Sakarya University  
Doç. Dr. Hasan Tezcan UYSAL Bilecik Şeyh Edebali University  
Doç. Dr. Haşim BAĞCI Aksaray University  
Doç. Dr. Hüseyin TEMİZ Samsun University  
Doç. Dr. İmran ASLAN Bingöl University  
Doç. Dr. İtir ERKAN Yeni Yüzyıl University  
Doç. Dr. İrfan Akkoç Toros University  
Doç. Dr. İsmail ŞİMŞİR Sakarya Uygulamalı Bilimler University  
Doç. Dr. Kerem TOKER Bezm-i Alem Vakıf University  
Doç. Dr. Keziban AVCI Ankara Yıldırım Beyazıt University



- Doç. Dr. Mehmet Nurullah KURUTKAN Düzce University  
Doç. Dr. Mehmet ARSLAN Ardahan University  
Doç. Dr. Mehmet YORULMAZ Selçuk University  
Doç. Dr. Mehtap Çakmak BARSBAY Hacı Bayram Veli University  
Doç. Dr. Meltem SAYGILI Kırıkkale University  
Doç. Dr. Metin DİNÇER Ankara Yıldırım Beyazıt University  
Doç. Dr. Muhammet ÇANKAYA Hitit University  
Doç. Dr. Mukaddes ÖRS Akdeniz University  
Doç. Dr. Mustafa CANBAZ Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri University  
Doç. Dr. Mustafa NAL Kütahya Sağlık Bilimleri University  
Doç. Dr. Nadide Sevil TÜLÜCE Kayseri University  
Doç. Dr. Nazan TORUN Ankara Hacı Bayram Veli University  
Doç. Dr. Nesrin AKCA Kırıkkale University  
Doç. Dr. Nezihe TÜFEKÇİ Süleyman Demirel University  
Doç. Dr. Nilgün ULUTAŞDEMİR Gümüşhane University  
Doç. Dr. Nuh Mehmet ELMADAĞ Bezm-i Alem Vakıf University  
Doç. Dr. Nurhat ÖZKALAYCI Sinop University  
Doç. Dr. Nurşen AYDIN Erzurum Teknik University  
Doç. Dr. Oğuz KARA Düzce University  
Doç. Dr. Okan ÖZKAN Sağlık Bilimleri University  
Doç. Dr. Oktay YANIK Yüksek İhtisas University  
Doç. Dr. Özge UYSAL ŞAHİN Çanakkale Onsekiz Mart University  
Doç. Dr. Özgür DEMİRTAŞ Kayseri University  
Doç. Dr. Özgün ÜNAL Sakarya University  
Doç. Dr. Özlem ÖZER Sağlık Bilimleri University  
Doç. Dr. Özlem TUNA Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri University  
Doç. Dr. Pınar YALÇIN BALÇIK Hacettepe University  
Doç. Dr. Polat TUNÇER Ondokuz Mayıs University  
Doç. Dr. Saffet OCAK Muğla Sıtkı Koçman University  
Doç. Dr. Serap DURUKAN KÖSE Muğla Sıtkı Koçman University  
Doç. Dr. Serkan DEMİRDÖĞEN Erzincan Binali Yıldırım University  
Doç. Dr. Selma SÖYÜK İstanbul University-Cerrahpaşa  
Doç. Dr. Sema AKPINAR Sakarya University  
Doç. Dr. Sümeyye ÖZMEN Burdur Mehmet Akif Ersoy University  
Doç. Dr. Şahin ÇETİNKAYA Aksaray University  
Doç. Dr. Şahin KARABULUT Karamanoğlu Mehmetbey University  
Doç. Dr. Şerife Güzel Selçuk University  
Doç. Dr. Şükrü Anıl TOYGAR Tarsus University  
Doç. Dr. Tuğba ALTINTAŞ Üsküdar University  
Doç. Dr. Ümit ÇIRAKLI İzmir Bakırçay University  
Doç. Dr. Ümit NALDÖKEN Sivas Cumhuriyet University  
Doç. Dr. Vahit YİĞİT Süleyman Demirel University  
Doç. Dr. Yasin YURT Doğu Akdeniz University  
Doç. Dr. Yeliz MERCAN Kırklareli University  
Doç. Dr. Yılmaz DAŞLI Sivas Cumhuriyet University  
Doç. Dr. Yurdagül MERAL İstanbul Medipol University  
Doç. Dr. Yusuf ÖCEL Düzce University  
Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir GÜÇLÜ İstanbul Aydın University  
Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Çetin YİĞİT Toros University  
Dr. Öğr. Üyesi Abdullah MISIRLIOĞLU Sivas Cumhuriyet University  
Dr. Öğr. Üyesi Abdülaziz ERTAŞ Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ALKAN Süleyman Demirel University  
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet Bahadır ŞİMŞEK Gümüşhane University  
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet GENÇ İstanbul Aydın University  
Dr. Öğr. Üyesi Ahmet TERZİ Kayseri University  
Dr. Öğr. Üyesi Ali ÜNAL Hitit University  
Dr. Öğr. Üyesi Ali KARAMAN Bingöl University  
Dr. Öğr. Üyesi Ali YILMAZ Kırıkkale University  
Dr. Öğr. Üyesi Aliye Ash SONSUZ İstanbul Medipol University  
Dr. Öğr. Üyesi Alkan ALKAYA Uşak University  
Dr. Öğr. Üyesi Ash KÖSE Gümüşhane University  
Dr. Öğr. Üyesi Asude Yasemin ZENGİN Aksaray University  
Dr. Öğr. Üyesi A. Yunus SARIYILDIZ Samsun University

- Dr. Öğr. Üyesi Aysun DANAYIYEN İstanbul Sabahattin Zaim University  
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AKŞAHİN Ardahan University  
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe İspirli TURAN Samsun University  
Dr. Öğr. Üyesi Ayten TURAN KURTARAN Karadeniz Teknik University  
Dr. Öğr. Üyesi Arzu BULUT Bandırma Onyediy Eylül University  
Dr. Öğr. Üyesi Aydan KAYSERİLİ Toros University  
Dr. Öğr. Üyesi Aynur TORAMAN Süleyman Demirel University  
Dr. Öğr. Üyesi Ayşegül Eda KOP Sinop University  
Dr. Öğr. Üyesi Aytuğ ALTIN Karamanoğlu Mehmetbey University  
Dr. Öğr. Üyesi Bahar ÇELİK Kütahya Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi Banuçiçek YÜCESAN Çankırı Karatekin University  
Dr. Öğr. Üyesi Berna EREN Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar University  
Dr. Öğr. Üyesi Besime Ahu Kaynak Toros University  
Dr. Öğr. Üyesi Betül AKALIN Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi Bilal AK Biruni University  
Dr. Öğr. Üyesi Bilal ÖZEL Bingöl University  
Dr. Öğr. Üyesi Birgül BOZKURT YAZAR Munzur University  
Dr. Öğr. Üyesi Buket HÜSEYİNKLİOĞLU Girne Amerikan University  
Dr. Öğr. Üyesi Burcu NAZLIOĞLU Ankara Hacı Bayram Veli University  
Dr. Öğr. Üyesi Kevser Burcu ÇALIK Marmara University  
Dr. Öğr. Üyesi Burhanettin UYSAL Bilecik Şeyh Edebali University  
Dr. Öğr. Üyesi Can METE İstanbul Yeni Yüzyıl University  
Dr. Öğr. Üyesi Cinoj GEORGE Girne Amerikan University  
Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem DİKMEN Demiroğlu Bilim University  
Dr. Öğr. Üyesi Daniela RACU-AMOASII Lefke Avrupa University  
Dr. Öğr. Üyesi Demet TOPAL KOÇ Kırklareli University  
Dr. Öğr. Üyesi Deniz Tugay ARSLAN Eskişehir Osmangazi University  
Dr. Öğr. Üyesi Devran DENİZ Bandırma Onyediy Eylül University  
Dr. Öğr. Üyesi Didem HEKİMOĞLU TUNÇ Çanakkale Onsekiz Mart University  
Dr. Öğr. Üyesi Dilek ŞAHİN Düzce University  
Dr. Öğr. Üyesi Dilek USLU Ankara Hacı Bayram Veli University  
Dr. Öğr. Üyesi Dilruba İZGÜDEN Süleyman Demirel University  
Dr. Öğr. Üyesi Durmuş GÖKKAYA Yozgat Bozok University  
Dr. Öğr. Üyesi Duygu ÇERİ Sinop University  
Dr. Öğr. Üyesi Duygu ÜREK Karadeniz Teknik University  
Dr. Öğr. Üyesi Ela HİÇYORULMAZ Hitit University  
Dr. Öğr. Üyesi Ekrem SEVİM Bandırma Onyediy Eylül University  
Dr. Öğr. Üyesi Elif KAYA Süleyman Demirel University  
Dr. Öğr. Üyesi Emel FİLİZ Selçuk University  
Dr. Öğr. Üyesi Emine ÇETİN ASLAN İzmir Bakırçay University  
Dr. Öğr. Üyesi Ender Tunçer HELVACIOĞLU Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi Eray Ekin Sezgin Munzur University  
Dr. Öğr. Üyesi Ergin TEMEL Tokat Gaziosmanpaşa University  
Dr. Öğr. Üyesi Erhan EKİNGEN Batman University  
Dr. Öğr. Üyesi Ersin AYHAN Ankara Hacı Bayram Veli University  
Dr. Öğr. Üyesi Esra Çiğdem CEZLAN İstanbul Medipol University  
Dr. Öğr. Üyesi Esra DÜNDAR ARAVACIK İzmir Bakırçay University  
Dr. Öğr. Üyesi Fadime KORKUT Bingöl University  
Dr. Öğr. Üyesi Fatma ÇİFTÇİ KIRIÇ Kahramanmaraş Sütçü İmam University  
Dr. Öğr. Üyesi Fatma KANTAŞ YILMAZ Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi Fatma MANSUR Ankara Hacı Bayram Veli University  
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Özlem YILMAZ Selçuk University  
Dr. Öğr. Üyesi Fedayi YAĞAR Kahramanmaraş Sütçü İmam University  
Dr. Öğr. Üyesi Fevzi AKBULUT Bingöl University  
Dr. Öğr. Üyesi Fuad SELAMZADE Muş Alparslan University  
Dr. Öğr. Üyesi Fuat YALMAN Düzce University  
Dr. Öğr. Üyesi Gamze Bayın DONAR Hacettepe University  
Dr. Öğr. Üyesi Gazal CENGİZ Şırnak University  
Dr. Öğr. Üyesi Gökhan AĞAÇ Sakarya Uygulamalı Bilimler University  
Dr. Öğr. Üyesi Gökhan GÜRLER Sakarya University  
Dr. Öğr. Üyesi Gökhan YILMAZ Karadeniz Teknik University  
Dr. Öğr. Üyesi Gözde YEŞİLAYDIN Eskişehir Osmangazi University  
Dr. Öğr. Üyesi Gül GÜN Munzur University

- Dr. Öğr. Üyesi Gülay EKİNCİ İstanbul Sabahattin Zaim University  
Dr. Öğr. Üyesi Gülay TAMER İstanbul Gelişim University  
Dr. Öğr. Üyesi Gülhan KALMUK İstinye University  
Dr. Öğr. Üyesi Gülnur İLGÜN Aksaray University  
Dr. Öğr. Üyesi Gülmira KERİM İstanbul Aydın University  
Dr. Öğr. Üyesi Gülpembe OĞUZHAN Tarsus University  
Dr. Öğr. Üyesi Gülşen ÇETİN AYDIN Karamanoğlu Mehmetbey University  
Dr. Öğr. Üyesi Hakan AKIN Yüksek İhtisas University  
Dr. Öğr. Üyesi Hakan Oğuz ARI Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi Hamza DOĞAN Dicle University  
Dr. Öğr. Üyesi Hasan Giray ANKARA Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi Haşim ÇAPAR İstanbul Sabahattin Zaim University  
Dr. Öğr. Üyesi Hatice AĞCA Aksaray University  
Dr. Öğr. Üyesi Hatice MUTLU Beykent University  
Dr. Öğr. Üyesi Hilal AKMAN DÖMBEKÇİ Selçuk University  
Dr. Öğr. Üyesi Hümeysra SADAĞOĞLU Erzincan Binali Yıldırım University  
Dr. Öğr. Üyesi Hülya DİĞER Erzurum Teknik University  
Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin ASLAN Sakarya Uygulamalı Bilimler University  
Dr. Öğr. Üyesi Işıl USTA KARA Trakya University  
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim BOZKURT Kilis 7 Aralık University  
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Cemal GENÇAL Tokat Gaziosmanpaşa University  
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim GÜN Batman University  
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Halil KAYRAL İzmir Bakırçay University  
Dr. Öğr. Üyesi İnci Merve Altan ERSÖZ Bandırma Onyediy Eylül University  
Dr. Öğr. Üyesi İpek BİLGİN İstanbul Medeniyet University  
Dr. Öğr. Üyesi İrem KEFE Osmaniye Korkut Ata University  
Dr. Öğr. Üyesi İrfan USTA Tokat Gaziosmanpaşa University  
Dr. Öğr. Üyesi İsa GÜL Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi İsmail Serden BAŞAK Kütahya Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi İsmail SEÇER Beykent University  
Dr. Öğr. Üyesi İşil KIROĞLU Ardahan University  
Dr. Öğr. Üyesi İzzet ERDEM Burdur Mehmet Akif Ersoy University  
Dr. Öğr. Üyesi Kadir ULUTAŞ İstanbul Medeniyet University  
Dr. Öğr. Üyesi Kubilay ÖZER Karamanoğlu Mehmetbey University  
Dr. Öğr. Üyesi Levent EKER Doğu Akdeniz University  
Dr. Öğr. Üyesi Macide ARTAÇ Lefke Avrupa University  
Dr. Öğr. Üyesi Mahmut Fevzi GÜN Kırklareli University  
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Ali TAŞ Burdur Mehmet Akif Ersoy University  
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Emin KURT Dicle University  
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet Samet ERDEM Sinop University  
Dr. Öğr. Üyesi Mehmet OKAN Artvin Çoruh University  
Dr. Öğr. Üyesi Melek YAĞCI ÖZEN Osmaniye Korkut Ata University  
Dr. Öğr. Üyesi Mert SANIL Lefke Avrupa University  
Dr. Öğr. Üyesi Merve Karaer Gümüşhane University  
Dr. Öğr. Üyesi Muhammed ARDIÇ Artvin Çoruh University  
Dr. Öğr. Üyesi Muhammed Azem İbrahim SARIAY Aksaray University  
Dr. Öğr. Üyesi Murat BAŞ Erzincan Binali Yıldırım University  
Dr. Öğr. Üyesi Murat EREN Iğdır University  
Dr. Öğr. Üyesi Murat Dinçer ÇEKİN Marmara University  
Dr. Öğr. Üyesi Murat FIRAT Üsküdar University  
Dr. Öğr. Üyesi Murat KONCA Çankırı Karatekin University  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa AMARAT Ordu University  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa CANTÜRK İstinye University  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÇOBAN Akdeniz University  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa IŞIK İstanbul Medipol University  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa MACİT Kahramanmaraş Sütçü İmam University  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa METE İstanbul Aydın University  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa SÜHEYL POZANTI Beykent University  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa YANARTAŞ Düzce University  
Dr. Öğr. Üyesi Mustafa YILDIRIM Sakarya University  
Dr. Öğr. Üyesi Muzaffer AKDOĞAN Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi Necla YILMAZ Süleyman Demirel University  
Dr. Öğr. Üyesi Neşe ALGAN ÇAPRAZ Demiroğlu Bilim University

- Dr. Öğr. Üyesi Nihan POTAS Ankara Hacı Bayram Veli University  
Dr. Öğr. Üyesi Nur ŞİŞMAN KİTAPÇI Marmara University  
Dr. Öğr. Üyesi Nurcan COŞKUN US Ondokuz Mayıs University  
Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KARA Mehmet Akif Ersoy University  
Dr. Öğr. Üyesi Nurperihan TOSUN Sivas Cumhuriyet University  
Dr. Öğr. Üyesi Nursel AYDINTUĞ MYRVANG Biruni University  
Dr. Öğr. Üyesi Okan Cem KİTAPÇI Marmara University  
Dr. Öğr. Üyesi Osman ŞENOL Karadeniz Teknik University  
Dr. Öğr. Üyesi Ömer Nasuni ŞAHİN İzmir Bakırçay University  
Dr. Öğr. Üyesi Ömer Faruk ŞARKBAY İstanbul Gelişim University  
Dr. Öğr. Üyesi Ömer Sezai ŞENEL Munzur University  
Dr. Öğr. Üyesi Özcan KOÇ Gümüşhane University  
Dr. Öğr. Üyesi Özde DEPRELİ Doğu Akdeniz University  
Dr. Öğr. Üyesi Özden GÜDÜK Yüksek İhtisas University  
Dr. Öğr. Üyesi Özge ÇONAK Beykent University  
Dr. Öğr. Üyesi Özgür ŞAHAN Sinop University  
Dr. Öğr. Üyesi Özlem ÖZAYDIN İstinye University  
Dr. Öğr. Üyesi Öznur KARAOĞLU Üsküdar University  
Dr. Öğr. Üyesi R. Özgür ÇATAR Marmara University  
Dr. Öğr. Üyesi Resul GÜLEÇ Iğdır University  
Dr. Öğr. Üyesi Reşat SAKUR Şırnak University  
Dr. Öğr. Üyesi Saadet KARAKUŞ Sağlık Bilimleri University  
Dr. Öğr. Üyesi Sabahat COŞKUN Bilecik Şeyh Edebali University  
Dr. Öğr. Üyesi Salih AYDIN Üsküdar University  
Dr. Öğr. Üyesi Salim YILMAZ İstanbul Arel University  
Dr. Öğr. Üyesi Seda KIZIL Bayburt University  
Dr. Öğr. Üyesi Seda KUMRU İzmir Bakırçay University  
Dr. Öğr. Üyesi Seda AYDAN Hacettepe University  
Dr. Öğr. Üyesi Seda UYAR İstanbul Medeniyet University  
Dr. Öğr. Üyesi Sefa Emre YILMAZEL Bayburt University  
Dr. Öğr. Üyesi Safiye ŞAHİN İstanbul Medeniyet University  
Dr. Öğr. Üyesi Saima TASNEEM Girne Amerikan University  
Dr. Öğr. Üyesi Selman KIZILKAYA Dicle University  
Dr. Öğr. Üyesi Serol KARALAR Trakya University  
Dr. Öğr. Üyesi Serap TAŞKAYA Osmaniye Korkut Ata University  
Dr. Öğr. Üyesi Serkan TÜRKELİ Marmara University  
Dr. Öğr. Üyesi Serkan YILMAZ Üsküdar University  
Dr. Öğr. Üyesi Sevdâ DEMİR Osmaniye Korkut Ata University  
Dr. Öğr. Üyesi, Sibel ÖZAFŞARLIOĞLU Uşak University  
Dr. Öğr. Üyesi Sinan BULUT Çankırı Karatekin University  
Dr. Öğr. Üyesi Songül ÇINAROĞLU Hacettepe University  
Dr. Öğr. Üyesi Suat PEKER İstanbul Arel University  
Dr. Öğr. Üyesi Süreyya YILMAZ Üsküdar University  
Dr. Öğr. Üyesi Süreyya YİĞİTALP RENÇBER Batman University  
Dr. Öğr. Üyesi Sevim ÖKSÜZ Doğu Akdeniz University  
Dr. Öğr. Üyesi Şehadet BULUT Kilis 7 Aralık University  
Dr. Öğr. Üyesi Şerafettin ERTEN Uşak University  
Dr. Öğr. Üyesi Tarık SEMİZ İzmir Bakırçay University  
Dr. Öğr. Üyesi Tekin SANCAR Iğdır University  
Dr. Öğr. Üyesi Tezcan ŞAHİN Muğla Sıtkı Koçman University  
Dr. Öğr. Üyesi Tuba DÜZCÜ İstanbul Medipol University  
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba GÜZ İstanbul Yeni Yüzyıl University  
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba NUR Şırnak University  
Dr. Öğr. Üyesi Tuğba ŞAHİN ÇİÇEK İstanbul Aydın University  
Dr. Öğr. Üyesi Tuncay KÖSE Muğla Sıtkı Koçman University  
Dr. Öğr. Üyesi Turgay KARALINÇ İstanbul Gelişim University  
Dr. Öğr. Üyesi Turgut ŞAHİNÖZ Ordu University  
Dr. Öğr. Üyesi Uğur EKİCİ İstanbul Gelişim University  
Dr. Öğr. Üyesi Ülkühan BIKE ESEN Çankırı Karatekin University  
Dr. Öğr. Üyesi Ünal DEĞER Doğu Akdeniz University  
Dr. Öğr. Üyesi Yakup ASLAN Muş Alparslan University  
Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ASLAN Bandırma Onyediy Eylül University  
Dr. Öğr. Üyesi Yavuz Selim KÜÇÜK Samsun University

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf BAKTIR Üsküdar University  
Dr. Öğr. Üyesi Zehra GÜÇHAN TOPÇU Doğu Akdeniz University  
Dr. Öğr. Üyesi Zülkif YALÇIN Munzur University  
Dr. Öğr. Üyesi Zülfiye BIKMAZ Kırklareli University  
Dr. Öğr. Üyesi Halil TÜRKTEMİZ KTO Karatay University

### Uluslararası Davetli Konuşmacılar

Keynote Speaker

Prof. Dato Dr. Syed Mohamed ALJUNID SYED JUNID

Prof. Dr. Chi-Chang CHANG

Dato Dr. Junaidah Binti KAMARUDDIN

Araz NESİROV

Fagan HASANZADE

Ziya MAMMADZADE

Elçin AGAYEV

Azer İSMAYILOV

Assoc. Prof. Zafar AHMED

Assoc. Prof. Ferhat Devrim ZENGUL

Dr. Ade Suzana Eka PUTRI

Dr. Monica SCHOCH-SPANNA

International Medical University, Malaysia

Chung-Shan Medical University, Taiwan

National Defence University of Malaysia, Malaysia

TABİB, Azerbaijan

TABİB, Azerbaijan

TABİB, Azerbaijan

TABİB, Azerbaijan

TABİB, Azerbaijan

Northumbria University, England

The University of Alabama at Birmingham, USA

Andalas University, Indonesia

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, USA



T.C.  
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Personel Daire Başkanlığı

Sayı : E-18977135-200-325167  
Konu : 6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane  
İdareleri Kongresi

27.03.2023

NEZAHAT KELEŞOĞLU SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA

İlgi : 20.03.2023 tarihli ve E-19087896-200-323023 sayılı yazınız.

Fakülteniz Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyeleri Doç. Dr. Şerife Didem KAYA ve Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ'ın başkanlığında, ilgi yazınızda isimleri belirtilen kongre düzenleme kurulunda bulunan öğretim üyeleriyle birlikte 12-14 Ekim 2023 tarihleri arasında gerçekleştirilmesi planlanan "6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdareleri Kongresi"ne, TÜBİTAK 2223-B Yurt içi Bilimsel Etkinlik Düzenleme Desteği başvurusu yapmaları Rektörlüğümüzce uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Cem ZORLU  
Rektör

**Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.**

Belge Doğrulama Kodu : 8N35-7TL7-081A Belge Doğrulama Adresi : <https://ebyssorgu.erbakan.edu.tr>

Adres: Yaka Mah. Kasım Halife Sok. No: 11/1 (A Blok) No: 11 (B Blok) Posta Kodu:  
42090 Meram / KONYA  
Telefon No : 0332 221 06 12  
e-Posta :

Fax No : 0332 237 69 91

İnternet Adresi : <http://www.erbakan.edu.tr>

Bilgi İçin : Tuba ÖZEN BİRBEN

Şef

Telefon No: 0332 221 06 12



İÇİNDEKİLER – INDEX

DAVET .....	4
INVITATION.....	5
KURULLAR.....	6
Honorary Presidents.....	6
Presidents of Congress .....	6
Scientific Secretariat.....	6
Organizing Committee.....	6
Scientific Advisory Board .....	6
Scientific Board.....	6
Uluslararası Davetli Konuşmacılar.....	13
İÇİNDEKİLER – INDEX .....	15
TAM METİN BİLDİRİLER.....	18
FULL TEXT ABSTRACTS .....	18
NS1 .....	19
Hemşirelerin Etik Anlayışının Örgütsel Adalet Algısı İle İlişkisi.....	19
The Relationship of Nurses' Ethical Approach and Organizational Perception of Justice .....	19
NS4 .....	33
Sağlık Hizmetlerine Erişim Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Çalışması: Dil/Kültürel Geçerlilik Aşaması .....	33
Perceived Access to Health Care Scale's Turkish Validation Study: Stage of Language/Cultural Validity.....	33
NS6 .....	41
İl Acil Servis Hizmetlerinde Teknik Verimlilik Ölçümü .....	41
Technical Efficiency Measurement in Province Emergency Health Services .....	41
NS10 .....	47
Sağlık Temalı Bir Üniversitede Akademik Başarıyı Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Tükenmişliğe Etkisi: Sağlık Yönetimi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma .....	47
The Effect of Organizational Factors Affecting Academic Achievement on Burnout in a Health-Themed University: An Application with Healthcare Management Students .....	47
NS12 .....	55
Türkiye Kamu Hastane Yöneticilerinin Biyografilerinin İncelenmesi .....	55
Examination of Biographies of Public Hospital Administrators in Turkey.....	55
NS16 .....	75
Spinal Musküler Atrofi Tedavisinde Maliyet-Etkililik Analizi Üzerine Sistemik Derleme.....	75
Systematic Review of Cost and Effectiveness Analysis in Spinal Muscular Atrophy Treatment.....	75
NS18 .....	86
Sağlık Okuryazarlığının Hasta Hakları ve Sorumluluklarına Etkisi.....	86
The Effect of Health Literacy on Patient Rights and Responsibilities .....	86
NS25 .....	94
Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisi.....	94
Effect of Intolerance of Uncertainty on Health Anxiety.....	94
NS26 .....	100
Sağlık Profesyonellerinde Palyatif Bakım Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi: Türkiye'de Bir İlçe Devlet Hastanesi Örneği .....	100
Evaluation of Palliative Care Knowledge Level in Health Professionals: The Case of a Provincial State Hospital in Türkiye.....	100
NS28 .....	109
Sağlıkta Dijitalleşme Geçici Bir Yenilik mi, Kalıcı Bir Değişim mi? İngiltere Üzerine Bir Değerlendirme .....	109
Is Digitalization in Health a Temporary Innovation or a Permanent Change? An Evaluation of England.....	109

<b>NS31</b> .....	<b>116</b>
<i>Azərbaycan Sağlık Sistemi Finansmanı</i> .....	<i>116</i>
<i>Azerbaijan Health System Financing</i> .....	<i>116</i>
<b>NS32</b> .....	<b>120</b>
<i>Sağlık Bilimleri Fakóltesi Öğrencilerinin Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ve Mobil Sağlık-Kişisel Sağlık Kayıtlarına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi</i> .....	<i>120</i>
<i>Examination of the Views of the Students of the Faculty of Health Sciences on Distrust of Health Systems and Mobile Health- Personal Health Records</i> .....	<i>120</i>
<b>NS40</b> .....	<b>127</b>
<i>B12 Test İsteminin Akılcı Laboratuvar Kullanımı Projesi Kapsamında Değerlendirilmesi</i> .....	<i>127</i>
<i>Evaluation of B12 Test Request Within The Scope of Rational Laboratory Utilization Project</i> .....	<i>127</i>
<b>NS42</b> .....	<b>131</b>
<i>Mültecilerin Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisine Çoğulcu Bakış Açısı: Bir Sistematik Derleme</i> .....	<i>131</i>
<i>A Pluralist Perspective on the Impact of Refugees on Health Services: A Systematic Review</i> .....	<i>131</i>
<b>NS45</b> .....	<b>145</b>
<i>İzmir 112 Acil Sağlık Hizmetleri Helikopter Ambulans Vakalarının Değerlendirilmesi</i> .....	<i>145</i>
<i>Izmir 112 Emergency Health Services Helicopter Ambulance Evaluation of Case</i> .....	<i>145</i>
<b>NS49</b> .....	<b>153</b>
<i>Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Davranışlarının Siberkondria Üzerine Etkisi</i> .....	<i>153</i>
<i>The Effect of Health Information Acquisition and Confirmation Behaviors on Cyberchondria in Digital Environment</i> .....	<i>153</i>
<b>NS50</b> .....	<b>162</b>
<i>Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Çalışan Güvenliği Konusundaki Algularının Kesitsel Olarak Belirlenmesi</i> .....	<i>162</i>
<i>Cross-Sectional Determination of Perceptions of Health Personnel Working in The Operating Room of a Training and Research Hospital on Employee Safety</i> .....	<i>162</i>
<b>NS53</b> .....	<b>167</b>
<i>Ülkelerin Risk Faktörlerine Göre Kümelenmesi: Sağlığın Ticari Belirleyicileri Kapsamında Bir Analiz</i> .....	<i>167</i>
<i>Clustering Countries Based on Risk Factors: An Analysis in the Context of Commercial Determinants of Health</i> .....	<i>167</i>
<b>NS55</b> .....	<b>181</b>
<i>Yaşlı Bireylerde Malnütrisyonun Tedavisine Yönelik Uygulanan Beslenme Desteğinin Sağlık Ekonomisine Etkisi: Sistematik Derleme</i> .....	<i>181</i>
<i>The Effect of Nutritional Support for the Treatment of Malnutrition in Elderly Individuals on Health Economics: A Systematic Review</i> .....	<i>181</i>
<b>NS56</b> .....	<b>186</b>
<i>Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Afiliye Öncesi ve Sonrası Döner Sermaye Finansal Performansının Finansal Oranlar Yoluyla Değerlendirilmesi</i> .....	<i>186</i>
<i>Assessing the Financial Performance of a Teaching and Research Hospital Before and After Affiliation through the Utilization of Financial Ratios</i> .....	<i>186</i>
<b>NS72</b> .....	<b>195</b>
<i>Örgütsel Sapma ve Nezaketsizlik Davranışları İlişkisinde İşyerinde Dışlanmanın Aracı Rolü: (Sağlık Kurumlarında Bir Araştırma)</i> .....	<i>195</i>
<i>The Mediating Role of Workplace Exclusion in The Relationship Between Organizational Deviance And Uncivil Behaviors: (A Study in Healthcare Institutions)</i> .....	<i>195</i>
<b>NS74</b> .....	<b>208</b>
<i>Türk Sağlık Sisteminde Özel Sektörün Yeri</i> .....	<i>208</i>
<i>The Role of the Private Sector in the Turkish Health System</i> .....	<i>208</i>



<b>NS84</b> .....	<b>217</b>
<i>Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Korkusu ve Mesleki Kaygı Düzeylerinin Yaşam Memnuniyetleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi</i> .217 <i>Investigation of The Effect of Healthcare Workers' Fear of Covid-19 And Professional Anxiety Levels on Their Life Satisfaction</i> .....	217
<b>NS92</b> .....	<b>224</b>
<i>Kriz Yönetimi ve Hemşirelik</i> .....	224
<i>Crisis Management and Nursing</i> .....	224
<b>NS96</b> .....	<b>231</b>
<i>Depremzedelerin Bir Üniversite Hastanesine Başvurularının Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Çalışma</i> .....	231
<i>Evaluation of Earthquake Victims' Admissions to a University Hospital: A Descriptive Study</i> .....	231
<b>NS97</b> .....	<b>233</b>
<i>Sağlık Kurumlarında Maliyet Analizi Çalışmaları: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri</i> .....	233
<i>Cost Analysis Studies within Healthcare Institutions: Challenges and Proposed Solutions</i> .....	233
<b>NS108</b> .....	<b>244</b>
<i>Tele-Sağlık Uygulamalarının Karbon Ayak İzine Etkisi: Sistematik İçerik Analizi</i> .....	244
<i>The Impact of Tele-Health Practices on Carbon Footprint: Systematic Content Analysis</i> .....	244
<b>NS115</b> .....	<b>260</b>
<i>Tarihte Kadim Tedavi Yöntemi Olarak Dağlama</i> .....	260
<i>Cauterization as an Ancient Treatment Method in History</i> .....	260
<b>NS117</b> .....	<b>269</b>
<i>Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Bekleme Süresinin Hastaların Kurumsal İmaj Algısına Etkisi</i> .....	269
<i>The Effect of Perceived Waiting Time in Health Services on Patients' Perception of Corporate Image</i> .....	269
<b>NS132</b> .....	<b>276</b>
<i>Güvenlik Kültürünün Sağlık Çalışanları Arasında İş Kazalarına Olan Etkisi Üzerine Bir İnceleme</i> .....	276
<i>A Study on the Impact of Safety Culture on Occupational Accidents Among Healthcare Professionals</i> .....	276
<b>NS136</b> .....	<b>288</b>
<i>Türkiye'de Sağlık Turizminin Sürdürülebilirliği</i> .....	288
<i>Sustainability of Health Tourism in Turkey</i> .....	288
<b>NS144</b> .....	<b>297</b>
<i>Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı Öğrencilerinin 3+1 Uygulamalı Eğitim Sistemine Bakışı ve Beklentileri</i> .....	297
<i>Views and Expectations of Health Institutions Management Program Students About 3+1 Applied Education System</i> .....	297
<b>NS145</b> .....	<b>304</b>
<i>Hekim Göçü Üzerine Bir İnceleme</i> .....	304
<i>A Review on Physician Migration</i> .....	304
<b>NS154</b> .....	<b>316</b>
<i>Samsun'da Medikal Turizm Hizmeti Veren Sağlık Kurumlarının Sosyal Medya Kullanım Düzeyleri: Instagram Örneği</i> .....	316
<i>Social Media Use Levels of Health Institutions Providing Medical Tourism Services in Samsun: Instagram Example</i> .....	316
<b>NS153</b> .....	<b>321</b>
<i>Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Sağlık Kurumlarında Teknoloji Yönetimi Algıları</i> .....	321
<i>Health Management Students' Perceptions of Technology Management in Healthcare Institutions</i> .....	321
<b>SONUÇ BİLDİRGESİ</b> .....	<b>328</b>
<b>FİNAL DECLARATION</b> .....	<b>331</b>

**6<sup>th</sup> International 16th National Health And Hospital Administration Congress**

**6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi  
(NEUSHİK)**

*TAM METİN BİLDİRİLER*

*FULL TEXT ABSTRACTS*

NSI

## Hemşirelerin Etik Anlayışının Örgütsel Adalet Algısı İle İlişkisi

Merve YAYLACI<sup>1</sup>, İbrahim Halil CANKUL<sup>1</sup>, Suat PEKER<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Arel Üniversitesi

Sorumlu Yazar: merve.3467@icloud.com hcankul@gmail.com suatpeker@arel.edu.tr

**Amaç:** Bu çalışmada sürekli gelişen ve yenilenen sağlık sektöründe hemşirelerin demografik özellikleri bakımından etik anlayışları ile örgütsel adalet algıları arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Bu çalışmanın evreni İstanbul ili Anadolu yakasına ait bir kamu hastanesinde çalışan hemşireler oluşturmaktadır. Bu hastanede görev yapan 1044 hemşire için hesaplanan 281 hemşire örneklemini oluşturmak üzere basit tesadüf örnekleme yöntemi ile 315 hemşireye ulaşılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak üç bölümden oluşan anket formu kullanılmıştır. Hemşirelere kişisel bilgi formu, etik duyarlılık düzeylerini değerlendirmek için Ahlaki Duyarlılık Ölçeği (ADA) ve örgütsel adalet algı düzeyini değerlendirmek için Örgütsel Adalet Ölçeği uygulanmıştır. Verilerin analizinde SPSS 28.0 programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ve normallik analizi yapılmıştır. Normal dağılım gösterildiğine karar verilmiştir. Parametrik test varsayımlarını karşıladığı varsayılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında T-testi ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Etik anlayış ve örgütsel adalet arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır.

**Bulgular:** Hemşirelerin görev yaptığı yer açısından yapılan analizde ahlaki duyarlılık bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan post hoc testinde de acil servis çalışanlarının diğer gruptakilerden daha fazla ahlaki duyarlılık sahibi olduğu görülmektedir (p=,000). Yapılan korelasyon analizi sonuçlarına göre örgütsel adalet duygusu ile ahlaki duyarlılık arasında pozitif yönlü düşük düzeyde doğrusal ilişki olduğu görülmüştür. Bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

**Sonuç:** Etik duyarlılıkla örgütsel adalet arasındaki ilişkiyi inceleyen daha fazla çalışma yapılması gerekmektedir. Hemşirelerin ahlaki duyarlılık düzeylerinin artırılması için daha iyi çalışma şartlarının sağlanması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hemşire, Etik, Ahlak, Etik Duyarlılık, Adalet Algısı

## The Relationship of Nurses' Ethical Approach and Organizational Perception of Justice

**Purpose:** In this study, it was aimed to examine the relationship between nurses' ethical understandings and organizational justice perceptions in terms of demographic characteristics in the constantly developing and renewing health sector.

**Method:** The universe of this research consists of nurses working in a public hospital belonging to the Anatolian side of Istanbul. 315 nurses were reached by simple random sampling method to form the sample of 281 nurses calculated for 1044 nurses working in this hospital. A questionnaire consisting of three parts was used as a data collection tool in the research. Personal information form, Moral Sensitivity Scale (ADA) to evaluate ethical sensitivity levels and Organizational Justice Scale to evaluate organizational justice perception level were applied to nurses. SPSS 28.0 program was used in the analysis of the data. Descriptive statistics and normality analysis were performed. It was decided that the normal distribution was shown. It is assumed that the parametric test assumptions are met. T-test was used to compare paired groups and one-way analysis of variance was used for comparisons of more than two groups. Correlation and regression analysis were performed to explain the relationship between ethical understanding and organizational justice.

**Results:** In the analysis made in terms of the place where the nurses work, a significant difference was found in terms of moral sensitivity. In the post hoc test, it is seen that the emergency service workers have more moral sensitivity than the other groups (p=,000). According to the results of the correlation analysis, it was observed that there was a positive low level linear relationship between the sense of organizational justice and moral sensitivity. This relationship was not found statistically significant.

**Conclusion:** More studies are needed to examine the relationship between ethical sensitivity and organizational justice. It is recommended to provide better working conditions in order to increase the moral sensitivity level of nurses.

**Keywords:** Nurse, Ethics, Morality, Ethical Sensitivity, Perception of Justice

## Giriş

Etik kelimesi gelenek, görenek, alışkanlık, karakter anlamlarına gelen Yunanca 'Ethos-Ethikos' kelimesinden türetilmiştir (Doğan, 2009;180). 'Etho' sözcüğü anlam olarak 'adet edinmek, huy edinmiş olmak ve alışkanlık yapma' anlamlarında kullanılırken 'Ethikos' ise farklı bir tabirle 'yaradılıştan, huydan, alışkanlıktan' gelen ahlaki olanla ilgili olan 'ahlaklı veya ahlaklı karakter' anlamını taşımaktadır. (Bodur, 2017; 160).

Etiğin insan davranış ve eylemleriyle ilgili bir yargı veya kanıda bulunabilmesi adına ve bireylerin davranışlarını incelemesi yönüyle insan hayatının başladığı zamanlara kadar dayandırmak mümkündür. Dolayısıyla bir yargıda bulunulabilmesi için bireylerin tutum ve davranışları gözlemlenmektedir (Babadağ, 2010, s. 31).

Etiğin amacı, insanların toplumda beraber yaşadığı diğer insanlarla temelleri sağlam olan ahlaki kararları verebilmeleri açısından düşünmeyi ve bu kararları kendi başlarına verebilmelerini yetkisini sağlamaktır. Bu kararları verebilmek insan eylemlerini ahlaki yönden açıklamak, ahlak bilincinin oluşturulması ve insan eylemlerinin ahlak çerçevesi içerisinde gelişigüzel ve keyfi bir eylem olmadığını öğretmeye dayanmaktadır (Şenturan, 2014: 105).

Etik, problemlere çözüm üreten, karar ve eylemleri yönlendiren, ahlaki ve yaşamsal değerlerle bütünleşen, eylemleri iyi ve doğru olana yönlendiren araştıran, inceleyen ve anlamlandıran bilimsel ve insancıl alanlarla ilgili bir bütündür (Nazan, 2015: s. 10).

Profesyonel bir meslek alanı olan hemşirelik mesleği için de etik, iyi anlaşılması gereken ve üzerinde tartışılan bir kavramdır. Hemşireler, sağlık sistemi içerisinde ve hastalar açısından birçok karmaşık durumla karşı karşıya kalmaktadır. Hemşireler karar verme yönünden çoğunlukla hemşirelik süreçlerini kullanmışlar ve bu süreçte hem mantıksal hem sezgisel bilgiler ışığında hemşirelik mesleği için sistematik bir alan ve yöntem oluşturulması sağlanmıştır. Hemşirelik süreçleri hemşirelik uygulamaları açısından yönlendirici olmakla beraber bakım standardizasyonunun sağlanması ve meslektaşlar arasındaki koordinasyon için belirleyici bir görev üstlenmiştir. (Ecevit ve ark., 2013: s.117-125). Bu anlamda hemşirelik mesleği, diğer sağlık mensuplarının belirlediği etik kuralları esas almaktan ziyade mesleki faaliyet alanlarına giren uygulamalar için bağımsız karar verebilmekte ve sorumluluk almaktadır (Hakko ve Kıvanç, 2018: s. 228).

Sağlık çalışanları, yaptıkları işin doğası gereği sık sık etik ikilemlerle karşılaşmakta ve karar vermek durumunda kalmaktadırlar. Karar verirken mesleklerinin gerekliliği olan etik ilkeler doğrultusunda hareket etmeleri ve verdikleri kararların etik açısından uygun olması gerekmektedir. Bu durum etik duyarlılık düzeylerinin gelişmiş olmasıyla yakından ilgilidir. (Ağaçdiken ve Aydoğan, 2017: 122). Birçok araştırmacının etik duyarlılık konusunda hemfikir olmasına karşın şartların olgunlaşması için gereken koşulların sağlanması için araştırmalar yetersiz kalmış ve ortak bir fikre varılamamıştır. Bu duruma karşın kişilerin etik duyarlılıkları ile ilişkisi olan örgütsel faktörlerden belki de en önemlisi ahlaki niyetin de temel yaklaşımlarından olan örgütsel adalet algısıdır. (Hekim, 2019).

Adalet kavramı, sosyal bilimciler ve felsefeciler tarafından farklı değerlendirilmektedir. Felsefeciler, adalet kavramını için etik kararlar verilirken uyulması gereken ilkeler ve standartlar oluşturmuş, kurallar ve tanımlarla geliştirerek açıklamaya çalışmışlardır. Sosyal bilimciler ise adaletin algısal yönü üzerinde durmuşlardır. (Schminke, 1998: s.23).

Adams'ın Eşitlik Teorisi adalet algısını ele alan ve açıklamaya çalışan ilk teoridir. Eşitlik Teorisi'ne gelen eleştiriler sonucu Folger, Bilişsel Atıf Teorisi'ni geliştirmiştir. Folger gelen eleştiriler sonucunda Bilişsel Atıf Teorisi 'ni gözden geçirmiş ve Adalet Teorisi olarak yeni bir teori ileri sürmüştür. Adalet Teorisine göre herhangi bir durumun adaletsiz olarak nitelendirilebilmesinin üç koşulu bulunmaktadır. İlk olarak kişinin alternatif bir durum karşısında nasıl hissedeceğine dair fikrinin olması gerekir. İkinci olarak adaletsizliğin oluşmasından kimin sorumlu olduğu ve farklı bir davranış gösterebileceğinin değerlendirilmesi gerekir. Adaletsizlik algısının oluşması için üçüncü koşulun varlığı ise etik ilkelerin ihlal edilip edilmediğinin değerlendirilmesidir. Bu maddeye göre kişilerin karşılaştıkları durum etik bir ilkeyi ihlal etmediği sürece adaletsiz olarak algılanmamaktadır. Bireysel hayatımızda karşılaştığımız gibi örgütsel açıdan da karşılaşılan bu adaletsizlik karşısında bir açıklamaya ihtiyaç duyduğumuz gibi etik bir açıklama beklentisine de girmektediriz. Bu gerekçelendirme sonucunda örgüt içerisinde yaşanan durumları etik standartlar çevresinde ahlaki olarak değerlendirmekte ve örgütsel davranışlarımızı şekillendirmekteyiz. (Köksal, 2018: s.482).

Örgütte ki ahlaki inançlardan ötürü adaletin sağlanabilmesi örgütsel adaletin önemini artırmaktadır. Örgütsel adalet ve etik ilişkisi en çok Folger ve Lerner'in çalışmalarına dayanmaktadır. Folger bu durumu Deontolojik Adalet olarak incelerken, Lerner Adalet Güdüsü olarak ele almaktadır. Skitha ise adaletin, inanç olarak görülmesiyle kişiler için psikolojik bir anlam taşıdığını ele almış ve bunu Ahlaki İnanç teorisine dayandırmıştır. Folger çalışmalarında adalet ve etik arasındaki ilişkiyi açıklarken örgütsel adaletin için kullanılan etiğin deontolojik yaklaşımla ele alındığını ifade etmiştir. Deontolojik yaklaşım bir teoriye bağlı olmaktan ziyade, davranışlarımızı belirleyen bir tavsiye, olasılık gibi kavramların yer aldığı yetki ve yasaklara dair anlayış şeklidir. Ayrıca deontolojik etik ile erdem etiği arasındaki farka takılmaksızın, erdem etiğinin doğru şeyin yapılmasını öğütlerken deontolojik etiğin yanlış olanın yapılmaması öğütüyle farklı açılardan da olsa bir yükümlülüğün vurgulanmasıyla deontolojik adaletin bir parçasını içerdiğini ifade etmiştir. (Folger ve ark., 2013: s.216).

## 2. Araştırmanın Yöntemi

### 2.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Sağlık kurumlarının hizmetlerini etkin olarak yerine getirebilmelerindeki en önemli rol, adil ve iyileştirilmiş çalışma şartlarında çalışabilen ve etik duyarlılığı yüksek olan sağlık mesleği mensuplarına ve bu grubun çoğunluğunu oluşturan hemşirelik mesleği çalışanlarına aittir. Bu anlamda etik duyarlılık ve örgütsel adalet arasındaki ilişkinin incelenmesi sürekli yenilenen ve gelişen sağlık sektörü, çalışanları ve sağlık yöneticileri açısından da önem taşıdığı düşünülmektedir. Yapılan bu çalışma ile hemşirelerin etik anlayışları ve örgütsel adalet ilişkileri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Ayrıca elde edilen verilerle anketten elde edilen demografik veriler arasındaki ilişki istatistiksel olarak analiz edilmiştir. Bu araştırma sonucunda görülen ve düzeltilmesinin örgütsel adalet anlayışını güçlendireceğine inanılan sonuçlar, hastane yönetimi ile paylaşılarak mevutta olan durumun değiştirilmesi ve değerlendirilmesine imkan sağlayacaktır.

### 2.2 Araştırmanın Problemi

Sağlık, temel insani bir hak olmakla birlikte sağlık hizmetleri bireylerin yeterli, eşit, ulaşılabilir, kaliteli hizmet alabilmesi açısından sağlık meslek mensupları tarafından sunulması gereken profesyonel bir alandır. Hemşireler, sağlık meslek mensuplarının ve sağlık bakım hizmetlerinin çoğunluğunu oluşturan sağlık profesyonelleridir ve herkes için sağlık hizmetlerini adil olarak sunabilmek açısından mesleki ve politik organizasyonların devam ettirilmesinde etik yükümlülükleri bulunmaktadır. Bu bakımdan hemşirelerin etik anlayışlarının, örgütsel adaletle yakından ilişkisi açısından değerlendirilmesi önemli hale gelmektedir.

Bu çalışmada genel amaç, hemşirelerin etik duyarlılıklarının örgütsel adalet ile olan ilişkisini incelemek olup, bu iki değişken arasındaki anlamlı bir ilişki olup olmadığının tespit edilmesidir. Ayrıca, çalışmaya katılım sağlayan hemşirelerin etik duyarlılık ve örgütsel adalet algılarının sosyo-demografik değişkenlere göre fark gösterip göstermediğinin incelenmesi ise çalışmanın diğer amacını oluşturmaktadır. Diğer yandan, hemşirelerin etik duyarlılık ve örgütsel adalet algısını ele alan çalışmalarla yeterince karşılaşılması sebebiyle literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır.

### 2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini İstanbul ili Anadolu Yakası'nda bulunan bir kamu hastanesinde aktif görev yapan toplamda 1044 hemşire oluşturmaktadır. Yapılan örneklem hesaplamasında, araştırmaya ait örneklem 281 olarak belirlenmiştir. Toplamda 340 hemşireye ulaşılmış fakat toplanan anketlerin 25 tanesi eksik ve hatalı doldurulduğundan çalışma dışı bırakılmış toplam 315 adet anket verisi analizde kullanılmıştır.

#### 2.4. Araştırmanın Modeli ve Hipotezler

Litaratürde adalet kavramının, etik duyarlılıkları etkileyen temel bir etken olduğu belirtilmektedir. Bu anlamda örgütsel adalet algılamasının etik kararların alındığı bağlamın bir parçasını oluşturmaktadır. Bu bağlamda bu iki değişken arasındaki ilişki, sosyo-demeografik değişkenlerle değerlendirilmekte ve farklılık gösterip göstermediği ele alınmaktadır. Yapılan çalışma kapsamında oluşturulan araştırma modeli ve aşağıdaki hipotezler test edilmektedir.

H1.1 Katılımcıların demografik özellikleri açısından örgütsel adalet algı puanları arasında fark vardır.

H1.2 Katılımcıların demografik özellikleri açısından ahlaki duyarlılık düzeyleri arasında fark vardır.

H1.3 Etik/Ahlaki duyarlılık düzeyleri ile örgütsel adalet algı puanları arasında doğrusal bir ilişki vardır.

#### 2.5. Araştırmanın Kısıtlılık ve Varsayımları

Araştırmada elde edilen veriler zaman kısıtı nedeniyle tek merkezli olarak sadece İstanbul ilindeki bir adet kamu hastanesinde ve görev yapan sağlık mensuplardan hemşirelerin anket görüşleriyle sınırlıdır. Katılımcıların anket verilerini objektif bir şekilde doldurduğu varsayılmaktadır.

#### 2.6. Veri Toplama Araçları

Çalışma, 1 Şubat 2023 – 30 Mayıs 2023 tarihleri arasında İstanbul ili Anadolu Yakası'nda bulunan bir kamu hastanesi bünyesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın yapılması için gerekli izinler kapsamında ilk başvuru İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Etik Kuruluna yapılmıştır. Enstitü tarafından 27.01.2023 tarihi itibarı ile çalışma etik kurul onayına uygun görülmüştür. Etik kurul onayı ile çalışmanın gerçekleştirildiği kamu hastanesi için izin sürecinde ise, eğitim birimi aracılığıyla İl Sağlık Müdürlüğü'ne başvurulmuştur ve gerekli izinler alınmıştır. Hastane yöneticileri ile görüşmeler yapıldıktan sonra anket formları gerekli sayıda çoğaltılmış ve hemşirelere ulaşılarak yüzyüze görüşülmüş ve anketlerin kendileri tarafından uygulanması sağlanmıştır.

Veri toplanmasında demografik değişkenler, örgütsel adalet ölçeği ve ahlaki duyarlılık ölçeği kullanılmıştır.

Demografik Bilgiler: konuyla ilgili literatür taraması sonucu (Sündük ve Karakaya, 2014) oluşturulan demografik bilgiler hemşireler ile ilgili; cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, kurumdaki görev yeri, kurumdaki çalışma süresi, aylık gelir düzeyi, çalışma yoğunluğuna göre iş yükünün değerlendirilmesi ile ilgili 8 soruyu kapsamaktadır.

Örgütsel Adalet Ölçeği: Niehoff ve Moorman (1993) tarafından geliştirilen Örgütsel Adalet Ölçeğinin, Türkçe'ye uyarlaması, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları ise 2002 yılında Yıldırım tarafından yapılmıştır. Örgütsel Adalet Ölçeği Adil Dağıtım Boyutu (1.-5.madde), Adil İşlem algısı boyutu (6.-20. Maddeler) olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Adil işlem algısı boyutu kendi içerisinde formal işlem boyutu (6.-11.maddeler) ve adil etkileşim boyutu (12.-20. Maddeler) olmak üzere iki alt boyuttan oluşmaktadır. Bu şekilde Örgütsel Adalet Ölçeği 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçek 5'li Likert tipi ile değerlendirilip 1 'Kesinlikle Katılmıyorum', 2 'Katılmıyorum', 3 'Kısmen Katılıyorum', 4 'Katılıyorum', 5 'Kesinlikle Katılıyorum' şıkları yer almaktadır.

Ahlaki Duyarlılık Ölçeği: Kim Lutzen tarafından geliştirilen Ahlaki Duyarlılık Ölçeği, ilk defa İsveç Karolinska Hemşirelik Enstitüsü Psikiyatri Servisinde 1994 yılında, sonralarında ise başka alanlarda görev yapan hemşire ve doktorlarda etik kararlar vermelerini gerektiren durumlarda etik duyarlılığı belirlemek için kullanılmıştır. Hale Tosun tarafından 2005 yılında Ahlaki Duyarlılık Ölçeğinin (ADA) Türkçeye geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek toplam 30 maddeden oluşmakta ve 7'li Likert tipinin kullanıldığı bir ölçüm aracıdır. Ölçekte 1 puan 'tamamen katılıyorum' ile 7 puan 'tamamen katılmıyorum' arasında değerlendirilmektedir. 1 puan yüksek duyarlılık seviyesini 7 puan ise düşük duyarlılık seviyesini göstermektedir. 30 puan anketten alınabilecek en düşük puanı, 210 puan ise anketten alınan en yüksek puanı ifade eden etik duyarlılığı ölçmektedir. Anketin '10,12,15,16,21,24,27'nci maddeleri 'otonomi', '2,5,8,25'inci maddeleri 'yarar sağlama', '1,6,18,29,30'uncu maddeleri 'bütüncül yaklaşım', '9,11,14'inci maddeleri 'çatışma', '4,17,20,28'inci maddeleri 'uygulama', '7,13,19,22'nci maddeleri 'oryantasyon' ile ilgili olmak üzere toplam 6 tane alt boyutu vardır. Lutzen'in yaptığı faktör analizi sonucu ankette bulunan 3, 23 ve 26'ncı maddeler herhangi bir alt boyutun kapsamında değildir.

#### 2.7. Verilerin Analizi

Anket verileri excel programına işlenmiş ve SPSS 24.0 programına aktarılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler ve normallik analizi yapılmıştır. Elde edilen verilere normal dağılım testi uygulanmış ve anket sonucunda elde edilen verilerin normal dağılım özellikleri gösterdiğine karar verilmiştir. Parametrik test varsayımlarını karşıladığı varsayılmıştır. İkili grupların karşılaştırılmasında T-testi ikiden fazla grup karşılaştırmalarında tek yönlü varyans analizi yapılmıştır. Etik anlayış ve örgütsel adalet arasındaki ilişkiyi açıklayabilmek için korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır.

## 4. Bulgular Ve Değerlendirme

### 4.1. Verilerin Normal Dağılım Testi

Tablo 1 Verilerin Normal Dağılım Testine Ait Tablo

		İstatistik	Std. Hata
Örgütsel ortalama	adalet	Ortalama	2,5068
	Ortalama için %95 güven aralığı	Alt Sınır	2,4184
		Üst Sınır	2,5953
	% 5 Kırılmış Ortalama	2,4974	

	Orta Değer		2,5500	
	Varyans		0,637	
	Std. Sapma		,79803	
	Minimum		1,00	
	Maximum		4,65	
	Aralık		3,65	
	Çeyrek Aralık		1,10	
	Çarpıklık		0,092	0,137
	Basıklık		-0,497	0,274
Etik algı ortalama	Ortalama		4,8815	0,04824
	Ortalama için %95 güven aralığı	Alt Sınır	4,7866	
		Üst Sınır	4,9764	
	% 5 Kırpılmış Ortalama		4,9667	
	Orta Değer		4,9667	
	Varyans		,733	
	Std. Sapma		,85609	
	Minimum		1,00	
	Maximum		6,77	
	Aralık		5,77	
	Çeyrek Aralık		0,90	
	Çarpıklık		-1,246	0,137
	Basıklık		1,132	0,274

Tablo 2 Normallik Testleri

	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>			Shapiro-Wilk		
	İstatistik	df	Sig.	İstatistik	df	Sig.
Örgütsel adalet ortalama	0,037	315	0,200	0,988	315	0,013
Etik algı ortalama	0,100	315	0,000	0,918	315	0,000

Etik algı ve örgütsel adaleti ölçen anket sonuçlarından elde edilen verilere göre yapılacak testi belirtmek amacıyla verilere normal dağılım testi uygulanmıştır. Yukarıda verilen sonuçlar değerlendirildiğinde basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında olması nedeniyle normal dağılım özelliklerini gösterdiği tespit edilmiştir. Bu nedenle hipotezlerin test edilmesinde parametrik testler uygulanmıştır. İkili grup karşılaştırmalarında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi (independent sample t test) ve ikiden çok grup karşılaştırmalarında varyans analizi (One-Way Anova test) uygulanmıştır.

Tablo 3 Faktör Analizi Testi

Kaiser-Meyer-Olkin Örnekleme Yeterliliğinin Ölçüsü		0,914
Bartlett'in Küresellik Testi	Ki-Kare Yaklaşık Değeri	10812,432
	df	1225
	Sig.	0,000

Faktör analizi için örneklem büyüklüğünün yeterli olup olmadığı Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ile test edilmektedir. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi sonucu elde edilen değeri 0,5'ten büyük çıkarsa örneklem büyüklüğü faktör analizi için yeterli demektir. KMO değeri 0.914 > 0.5'tür. Bu durumda örneklem büyüklüğü yeterlidir. Yani faktör analizi yapılabilmektedir.

Toplam Varyans Açıklamaları						
Bileşenler	Başlangıç Özdeğerleri			Karesel Yüklemelerin Çıkarma Toplamaları		
	Toplam	Varyans Yüzdesi	Kümülatif Yüzde	Toplam	Varyans Yüzdesi	Kümülatif Yüzde
1	11,168	22,336	22,336	11,168	22,336	22,336
2	10,277	20,555	42,890	10,277	20,555	42,890
3	33,952	7,903	50,793	3,952	7,903	50,793
4	1,973	3,947	54,740			
5	1,515	3,029	57,769			
6	1,307	2,614	60,383			
7	1,086	2,172	62,555			
8	1,067	2,135	64,690			
9	,946	1,892	66,582			
10	,904	1,808	68,390			
11	856	1,712	70,102			
12	,784	1,568	71,670			
13	,777	1,554	73,224			
14	,736	1,473	74,697			
15	,720	1,440	76,137			
16	,693	1,386	77,524			
17	,654	1,308	78,832			
18	,591	1,182	80,014			
19	,564	1,127	81,142			
20	,559	1,118	82,260			
21	,543	1,085	83,345			
22	,526	1,051	84,396			
23	,495	,989	85,385			
24	,480	,961	86,346			
25	,453	,906	87,253			
26	,438	,876	88,129			
27	,430	,860	88,989			
28	,410	,820	89,809			

29	,403	,806	90,615			
30	,382	,764	91,379			
31	,370	,741	92,119			
32	,340	,680	92,800			
33	,327	,654	93,454			
34	,310	,620	94,073			
35	,289	,578	94,651			
36	,274	,548	95,200			
37	,263	,527	95,726			
38	,242	,485	96,211			
39	,239	,478	96,689			
40	,223	,445	97,134			
41	,204	,408	97,542			
42	,172	,343	97,886			
43	,166	,331	98,217			
44	,156	,313	98,530			
45	,152	,304	98,834			
46	,136	,272	99,106			
47	,128	,256	99,361			
48	,121	,241	99,603			
49	,109	,218	99,821			
50	,090	,179	100,000			

Yukardaki tabloyu yorumlarsak; yaptığımız ölçekte ne kadar çok total değer 1'in üzerindeyse; o kadar çok uygun soru seçildiğini göstermektedir. Öz değeri 1'den büyük 8 tane faktör türemiştir. Bu faktörlerin toplam varyansının yaklaşık 50,793'ünü açıklamaktadır.

Bileşen Matrisi			
	Bileşen		
	1	2	3
Örgütsel Adalet	,488		
Örgütsel Adalet	,442		
Örgütsel Adalet	,501		
Örgütsel Adalet	,508		
Örgütsel Adalet	,632		
Örgütsel Adalet	,701		
Örgütsel Adalet	,743		
Örgütsel Adalet	,823		
Örgütsel Adalet	,784		
Örgütsel Adalet	,740		
Örgütsel Adalet	,654		
Örgütsel Adalet	,822		



Örgütsel Adalet	,842		
Örgütsel Adalet	,815		
Örgütsel Adalet	,846		
Örgütsel Adalet	,848		
Örgütsel Adalet	,825		
Örgütsel Adalet	,860		
Örgütsel Adalet	,875		
Örgütsel Adalet	,840		
Ahlaki Duyarlılık		,713	
Ahlaki Duyarlılık			,510
Ahlaki Duyarlılık		,630	
Ahlaki Duyarlılık		,661	
Ahlaki Duyarlılık		,429	
Ahlaki Duyarlılık		,739	
Ahlaki Duyarlılık		,762	
Ahlaki Duyarlılık		,770	
Ahlaki Duyarlılık			,681
Ahlaki Duyarlılık		,701	
Ahlaki Duyarlılık			,583
Ahlaki Duyarlılık		,677	
Ahlaki Duyarlılık		,773	
Ahlaki Duyarlılık		,467	
Ahlaki Duyarlılık		,522	
Ahlaki Duyarlılık		,726	
Ahlaki Duyarlılık		,547	
Ahlaki Duyarlılık			,437
Ahlaki Duyarlılık		,589	
Ahlaki Duyarlılık			,532
Ahlaki Duyarlılık		,703	
Ahlaki Duyarlılık		,759	
Ahlaki Duyarlılık			,504
Ahlaki Duyarlılık		,541	
Ahlaki Duyarlılık		,648	
Ahlaki Duyarlılık			,714
Ahlaki Duyarlılık		,667	
Ahlaki Duyarlılık			,540
Ahlaki Duyarlılık		,696	
Ahlaki Duyarlılık		,649	

Bu tabloda tüm değişkenlerin üç farklı faktörde toplandığı görülmektedir. Birinci faktörde yer alan faktör yüklerinin yaklaşık 0,442-0,875 aralığında, ikinci faktörde yer alan faktör yüklerinin yaklaşık 0,429-0,773 aralığında, üçüncü faktör yüklerinin de yaklaşık

0,437-0,714 aralığında olduğu tabloda görülmektedir. Ayrıca analiz sonucunda sorulan soruların örgütsel adalet bakımından bir grupta ve ahlaki duyarlılık bakımından ise iki alt grupta toplandıkları tespit edilmiştir.

#### 4.2. Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ait dağılım

Tablo 4 Katılımcıların sosyo-demografik özelliklerine ait dağılım tablosu

Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	255	81
Erkek	60	19
Toplam	315	100
Yaş		
25 ve altı	85	26,6
26-35	177	56,2
36 ve üzeri	54	17,1
Toplam	315	100
Eğitim		
Lise ve Ön lisans	51	16,2
Lisans	241	76,5
Lisansüstü	23	7,3
Toplam	315	100
Medeni durum		
Bekar	174	55,2
Evli	141	44,8
Toplam	315	100
Görev yeri		
Yoğun bakım	197	62,5
Acil servis	49	15,6
Klinik	69	21,9
Toplam	315	100
Çalışma Süresi		
5 yıldan az	200	63,5
6-15 yıl	82	26
16 yıl ve daha fazla	33	10,5
Toplam	315	100
Gelir		
12.001-16.0000 TL	151	47,9
16.001-20.000 TL	134	42,5
20.001 TL ve daha fazla	30	9,5
Toplam	315	100
İş yükü		
Çok ağır	154	48,9
Ağır	127	40,3
Orta	34	10,8
Toplam	315	100

Çalışmanın bu kısmında katılımcılara ait cinsiyet, yaş, eğitim, medeni durum, görev yeri, iş yükü, gelir ve çalışma süresinden oluşan sosyo-demografik veri dağılımlarına ilişkin bulgular yer almaktadır.

Sosyo-demografik veriler incelendiğinde tabloda yer aldığı gibi katılımcıların 255'i kadın (%81) ve 60'ı (%19) erkektir. Kadın katılımcıların çoğunluğu oluşturduğu görülmekte ve oransal açıdan örneklem grubuna uygun olduğu söylenebilmektedir.

Tabloda gösterildiği gibi katılımcılara ait yaş grubu verileri incelendiğinde, 25 yaş ve altı gruba ait 85 (%26,6) katılımcı, 26-35 yaş gruba ait 177 (%56,2) katılımcı, 36 yaş ve üzeri gruba 54 (%17,1) katılımcının kapsadığı yaş grubu analizlerinde yer almaktadır. Bulgulara göre araştırmaya katılan çalışanların en fazla 26-35 yaş grubuna ait olduğu görülmektedir.

Eğitim durumları incelendiğinde, katılımcıların 51'i (%16,2) lise ve ön lisansa ait gruba, 241 (%76,5) katılımcı lisansa ait gruba, 23 (% 7,3) katılımcının ise lisansüstü gruba oluşturduğu görülmektedir. Burada görülen dağılıma göre araştırmaya katılım sağlayan çalışanların en fazla olduğu grubun lisans mezunu katılımcıların oluşturduğu söylenebilir.

Katılımcıların medeni durum verileri incelendiğinde, bekar olanların 174 (% 55,2) kişi ve evli olanların 141 (% 44,8) kişiyi oluşturduğu görülmektedir. Araştırmada bekar olan katılımcıların çoğunluğu oluşturduğu görülmekle birlikte oransal olarak dengeli bir dağılım olduğu söylenebilir.

Katılımcıların görev yeri verileri incelendiğinde, 197'si (%62,5) yoğun bakımda, 49'u (% 15,6) acil serviste, 69'u (%21,9) kliniklerde görev yapan katılımcılara ait verileri içermektedir. Araştırmaya katılan çalışanların çoğunlukta olduğu grubun yoğun bakım çalışanları olduğu söylenebilir.

Katılımcıların kurumdaki çalışma sürelerine göre elde edilen verilerde, 5 yıldan az çalışan 200 (% 63,5) katılımcı, 6-15 yıl aralığında 82 (% 26) katılımcı, 16 yıl ve daha fazla çalışan 33 (% 10 ,5) katılımcı yer almaktadır. Burada görülen sonuca göre araştırmaya dahil olan katılımcıların yarısından fazlasının kurumda 5 yıldan az süredir çalıştığı söylenebilir.

Katılımcıların gelir düzeyleri incelendiğinde, 12.001-16.000 tl arasında gelir düzeyine sahip 151 (%48,9) katılımcı, 16.001-20.000 tl arasında gelir düzeyine sahip 134 (%42,5) katılımcı, 20.001 tl ve daha fazla gelir düzeyine sahip 30 (%9,5) katılımcı yer almaktadır. Bu dağılıma göre, 12.001-16.000 gelir düzeyine sahip katılımcıların çoğunluğu oluşturan grup olduğu söylenebilir.

Araştırmada iş yükü verilerine ait dağılımda, katılımcılardan 154'ü (%48,9) çok ağır iş yükü grubunu, 127'si (%40,3) ağır iş yükü grubunu, 34'ü (%10,8) orta düzeyde iş yükü grubunu oluşturmaktadır. Bu dağılıma göre katılımcıların çoğunluğunun çok ağır iş yükü düzeyinde yer alan grubu oluşturduğu söylenebilir.

#### 4.3. Çalışmaya İlişkin Tanımlayıcı İstatistiksel Sonuçlar

Tablo 5 Katılımcıların Medeni Durumlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Gruplar	Sayı	Ortalama	Std. sapma	Std.hata ortalaması
Örgütsel Adalet Ortalama	Bekar	174	2,4546	0,82894
	Evli	141	2,5713	0,75610
Etik Algı ortalama	Bekar	174	4,8900	0,94061
	Evli	141	4,8709	0,74179

GRUPLAR	F	Sig.	t
Örgütsel Adalet Ortalama	Eşit varyanslar	0,598	0,440
	Eşit farklar		-1,304
Etik Algı Ortalama	Eşit varsaynslar	5,804	0,017
	Eşit farklar		0,202

Medeni durum değişkeni için yapılan T testi sonuçlarına göre örgütsel adalet puanı bakımından anlamlı fark bulunamamış ( $p=0,440$ ), ahlaki duyarlılık puanı bakımından anlamlı fark bulunmuştur ( $p=0,017$ ). Bekar olanların ahlaki duyarlılık puanları evli olanlara göre daha yüksek çıkmış ve anlamlı fark oluşturmuştur. Hipotez örgütsel adalet bakımından red edilmiş, ahlaki duyarlılık bakımından kabul edilmiştir.

Tablo 6 Katılımcıların Yaş grubu Analizlerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.	
Örgütsel Adalet Ortalama	Gruplar Arası Ort.	6,279	2	3,140	5,057	,007
	Grup içi Ortalama	193,694	312	,621		
	Toplam	199,973	314			
Etik Algı Ortalama	Gruplar Arası Ort.	8,593	2	4,296	6,051	,003
	Grup içi Ort.	221,534	312	,710		

	Toplam	230,126	314			
--	--------	---------	-----	--	--	--

Çoklu karşılaştırma		Ortalama fark	Std. hata	Sig.	
Örgütsel Adalet ortalama	25 ve altı yaş	26-35 yaş	0,19040	0,10439	0,207
		36-45 yaş	-0,17778	0,13743	0,590
	26-35 yaş	25 ve altı yaş	-0,19040	0,10439	0,207
		36-45 yaş	-0,36817	0,12249	0,009
	36-45 yaş	25 ve altı yaş	0,17778	0,13743	0,590
		26-35 yaş	0,36817	0,12249	0,009
Etik Algı ortalama	25 ve altı yaş	26-35 yaş	0,26852	0,11164	0,050
		36-45 yaş	0,49872	0,14698	0,002
	26-35 yaş	25 ve altı yaş	-0,26852	0,11164	0,050
		36-45 yaş	0,23021	0,13100	0,240
	36-45 yaş	25 ve altı yaş	-0,49872	0,146698	0,002
		26-35 yaş	-0,23021	0,13100	0,240

Anketten elde edilen verilere uygulanan varyans analizi sonuçlarına göre yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Farkın her iki ortalama için hangi gruptan kaynaklandığını bulmak için yapılan post-hoc (benferroni) testinde örgütsel adalet için 36-45 yaş grubunun diğer gruplardan ayrıldığı görülmektedir. Hipotez kabul edilmiştir.

Tablo 7 Katılımcıların Eğitim düzeyi Analizlerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Grup	F	Sig.
Örgütsel Adalet algısı gruplar arası ortalama	0,038	0,963
Etik Algı grup içi ortalama	0,348	0,706

Eğitim düzeyine göre her iki veri için anlamlı fark yoktur. Bu yüzden hipotez red edilmiştir.

Tablo 8 Katılımcıların Görev Yerleri Analizlerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Örgütsel Adalet Ortalama	Gruplar Arası Ort.	1,201	2	,600	,943	,391
	Grup içi Ortalama	198,772	312	,637		
	Toplam	199,973	314			
Etik Algı Ortalama	Gruplar Arası Ort.	18,452	2	9,226	13,599	,000
	Grup içi Ortalama	211,674	312	,678		
	Toplam	230,126	314			

Bağımlı değişken		Ortalama fark	Std.hata	Sig.	
Örgütsel Adalet Ortalama	Yoğun bakım	Acil servis	-0,15975	0,12742	,633
		Klinik	-0,09267	0,11166	1,000
	Acil servis	Yoğun Bakım	0,15975	0,12742	,633
		Klinik	0,06708	0,14911	1,000
	Klinik	Yoğun Bakım	0,09267	0,11166	1,000
		Acil Servis	-0,06708	0,14911	1,000
	Yoğun Bakım	Acil Servis	0,64880	0,13149	0,000

Etik Algı Ortalama	Acil Servis	Klinik	-0,06026	0,11522	1000
		Yoğun Bakım	-0,64880	0,13149	0,000
	Klinik	Klinik	-0,70906	0,15388	0,000
		Yoğun Bakım	0,06026	0,11522	1000
		Acil Servis	0,70906	0,15388	0,000

Katılımcıların görev yerleri için yapılan analizde ahlaki duyarlılık bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan post hoc testinde de acil servis çalışanlarının diğer gruptakilerden daha fazla ahlaki duyarlılık sahibi olduğu görülmektedir.

Tablo 9 Katılımcıların Çalışma Süresine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Örgütsel Adalet Ortalama	Gruplar Arası Ort.	,786	2	,393	,615	,541
	Grup içi Ortalama	199,187	312	,638		
	Toplam	199,973	314			
Etik Algı Ortalama	Gruplar Arası Ort	6,191	2	3,096	4,313	,014
	Grup içi Ortalama	223,935	312	,718		
	Toplam	230,126	314			

Bağımlı değişken			Ortamala Fark	Std. Fark	Sig.
Örgütsel Adalet ortalama	5 yıldan az	6-15 yıl	0,04596	0,10477	1,000
		16 yıl ve daha fazla	-0,13641	0,15013	1,000
	6-15 yıl	5 yıldan az	-0,04596	0,10477	1,000
		16 yıl ve daha fazla	-0,18237	0,16472	0,807
	16 yıl ve daha fazla	5 yıldan az	0,13641	0,15013	1,000
		6-15 yıl	0,18237	0,16472	0,807
Etik Algı ortalama	5 yıldan az	6-15 yıl	0,02357	0,11109	1,000
		16 yıl ve daha fazla	0,46344	0,15918	0,012
	6-15 yıl	5 yıldan az	-0,02357	0,11109	1,000
		16 yıl ve daha fazla	0,43987	0,17465	0,037
	16 yıl ve daha fazla	5 yıldan az	-0,46344	,15918	0,012
		6-15 yıl	-0,43987	,17465	0,037

Katılımcılara ait çalışma süreleri için yapılan analizde ahlaki duyarlılık bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan post hoc testinde de 16 yıldan daha uzun süreli çalışanların diğer gruptakilerden daha fazla ahlaki duyarlılık sahibi olduğu görülmektedir.

Tablo 10 Katılımcıların Gelir Düzeyine Bağlı Tanımlayıcı İstatistikler

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Örgütsel Adalet ortalama	Gruplar Arası Ort.	1,342	2	,671	1,054	,350
	Grup içi Ortalama	198,631	312	,637		
	Toplam	199,973	314			
Etik Algı ortalama	Gruplar Arası Ort.	4,420	2	2,210	3,055	,049
	Grup içi Ortalama	225,707	312	,723		

Toplam	230,126	314			
--------	---------	-----	--	--	--

Bağımlı değişken		Ortalama fark	Std. hata	Sig.	
Örgütsel Adalet ortalama	12.001-16.000 TL	16.001-20.000 TL	-0,06158	0,09470	1,000
		20.001 TL ve daha fazla	-0,22773	0,15949	0,463
	16.001-20.000 TL	12.001-16.000 TL	0,06158	0,09470	1,000
		20.001 TL ve daha fazla	-0,16614	0,16116	0,910
	20.0001 TL ve daha fazla	12.001-16.000 TL	0,22773	0,15949	0,463
		16.001-20.000 TL	0,16614	0,16116	0,190
Etik Algı ortalama	12.001-16.000 TL	16.001-20.000 TL	0,07979	0,10094	1,000
		20.001 TL ve daha fazla	0,41985	0,17001	0,042
	16.001-20.000 TL	12.001-16.000 TL	-0,07979	0,10094	1,0000
		20.001 TL ve daha fazla	0,34007	0,17179	0,146
	20.0001 TL ve daha fazla	12.001-16.000 TL	-0,41985	0,17001	0,042
		16.001-20.000 TL	-0,34007	0,17179	0,146

Katılımcılara ait gelir düzeyi için yapılan analizde ahlaki duyarlılık bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan post hoc testinde de 20.000 tl ve daha fazla kazananların diğer gruptakilerden daha fazla ahlaki duyarlılık sahibi olduğu ya da daha fazla önem verdikleri görülmektedir.

Tablo 11 Katılımcıların İş Yükü Analizlerine Ait Tanımlayıcı İstatistikler

		Kareler Toplamı	df	Ortalama Kare	F	Sig.
Örgütsel Adalet ortalama	Gruplar Arası Ort.	26,644	2	13,322	23,981	,000
	Grup içi Ortalama	173,328	312	,556		
	Toplam	199,973	314			
Etik Algı ortalama	Gruplar Arası Ort.	,206	2	,103	,140	,869
	Grup içi Ortalama	229,920	312	,737		
	Toplam	230,126	314			

Bağımlı değişken		Ortalama fark	Std. hata	Sig.	
Örgütsel Adalet ortalama	Çok ağır	Ağır	-0,43714	0,08934	0,000
		Orta	-0,86087	0,14123	0,000
	Ağır	Çok ağır	0,43714	0,08934	0,000
		Orta	-0,42373	0,14392	0,010
	Orta	Çok ağır	0,86087	0,14123	0,000
		Ağır	0,42373	0,14392	0,010
Etik Algı ortalama	Çok ağır	Ağır	-0,1744	0,10290	1,000
		Orta	0,07027	0,16266	1,000
	Ağır	Çok ağır	0,01744	0,10290	1,000
		Orta	0,08771	0,16576	1,000

	Orta	Çok ağır	-0,07027	0,16266	1,000
		Ağır	-,08771	,16576	1,000

Katılımcıların iş yüküne ait yapılan analizinde örgütsel adalet bakımından anlamlı fark bulunmuştur. Yapılan post hoc testinde de çok ağır ve ağır iş yükü olanların orta düzeyde iş yükü olanlardan daha fazla örgütsel adaletle önem verdikleri görülmektedir.

#### 4.4. Verilere İlişkin Korelasyon Analizi Sonuçları

Tablo 12 Korelasyon Analizi

Tanımlayıcı istatistikler	Ortalama	Std. sapma	Sayı
Örgütsel Adalet algısı ortalama	2,5068	,79803	315
Etik Algı ortalama	4,8815	,85609	315

Korelasyon		Örgütsel Adalet ortalama	Etik Algı Ortalama
Örgütsel Adalet ortalama	Pearson korelasyonu		0,008
	Sig.(2-tailed)		0,891
	Kareler ve çarpımlar toplamı		1,670
	Kovaryans		0,005
	Sayı		315
Etik Algı ortalama	Pearson korelasyonu	0,008	
	Sig.(2-tailed)	0,891	
	Kareler ve çarpımlar toplamı	1,670	
	Kovaryans	0,005	
	Sayı	315	

Elde edilen veriler üzerinden yapılan korelasyon analizine göre görülmektedir ki örgütsel adalet duygusu ile ahlaki duyarlılık arasında pozitif yönlü ama çok düşük düzeyde bir ilişki vardır. Bu iki parametre arasındaki düşük pozitif ve düşük doğrusal ilişki istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki değildir. Bu nedenle örgütsel adalet duygusu arttıkça ahlaki duyarlılığın arttığını söyleyemeyiz. Hipotez red edilmiştir. Korelasyon analizi sonucu ahlaki duyarlılık ve adalet duygusu arasında pozitif yönlü ama çok düşük düzeyde bir ilişkinin saptanmış olması ve bu ilişkinin istatistiksel olarak anlamlı görülmemesine rağmen ilerleyen dönemde bu ilişkinin daha fazla incelenmesi gerektiği kanısındayız.

#### 4.Sonuç ve Öneriler

Hemşirelerin etik anlayışlarının örgütsel adaletle ilgisinin tespit edilmesi amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen bulgulara göre cinsiyet değişkeni üzerinde yapılan analizlerde etik algı ve örgütsel adalet algısı açısından anlamlı fark olmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Medeni durum analizi incelendiğinde bekar olanların ahlaki duyarlılıklarının daha yüksek çıktığı sonucu elde edilmiştir. Ahlaki duyarlılık algısını kurum içerisindeki her çalışanın eşit nitelikte değerlendirilebilmesi için adil çalışma koşullarının oluşturulması, nöbet ve vardiya gibi mesai saatlerinin eşit sayıda düzenlenmesi, etik ilke ve kodların çalışanlar ve yöneticiler arasında standart bir presedür haline getirilmesi ve haksız rekabetin önüne geçilmesi, çalışmalarını karşılığında hak ettiklerini alabilecekleri düzenlemelerin yapılması söylenebilir.

Çalışma süresi için yapılan analizlerde 16 yıldan daha uzun çalışanların ahlaki duyarlılık düzeylerinin daha yüksek olduğu ve yaş grubu analizlerinden elde edilen bulgularda 36-45 yaş aralığındaki çalışanların hem ahlaki duyarlılık hemde örgütsel adalet algılarını itibarıyla diğer yaş gruplarından ayrıldığı görülmektedir. Bu durum mesleki yaşamları ve tecrübeleri, etik ve adalet algılarını itibarıyla daha yüksek beklenti içerisinde oldukları, olaylara daha hassas ve farkında yaklaşımlarına yolculuğudur. Bu açıdan yaptıkları işin bireysel ve mesleki yaşamları boyunca daha sürdürülebilir şartlarda olmasını sağlamak, kurum içi düzenlemelere daha çok önem vermek ve sürekli iyileştirmeye yönelik eğitim programlarının hazırlanması için gerekli çabanın gösterilmesi gerektiği önerilebilir.

Etik anlayış ve örgütsel adalet için yapılan analizlerde eğitim durumu için anlamlı bir fark bulunmazken, çalışanların görev yeri dağılımlarına bakıldığında acil servis çalışanlarının daha yüksek ahlaki duyarlılık sahibi olduğu tespit edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda ise şüphesiz ki yoğun emek gösteren hemşireler toplumdaki bireylerin sağlıklarının korunması, sürdürülebilirliği ve iyileştirilebilmesinde en etken rolde yer almaktadır. Bu açıdan acil servis gibi duyarlılığı ve farkındalığı yüksek olan çalışma birimlerindeki örgüt değerlerini diğer birim ve kurumlardaki çalışanlarda da oluşturmak son derece önemlidir. Bu anlamda klinik sorumlu hemşirelerine büyük görevler düşmektedir. Klinik sorumlu hemşireleri hizmet sunumunda çalışanların daha verimli ve etkin rol almalarını sağlamak adına liderlik göstermesi, rehberlik yapmaları ve meslektaşlarına yaptıkları işin zorlukları karşısında motivasyonlarını yüksek tutmalarını sağlayacak ortamı oluşturmaları önem göstermektedir. Ayrıca etik duyarlılık için yapılan sınırlı sayıda çalışmaya karşın acil serviste çalışan hemşirelerin etik duyarlılık düzeylerine ait neredeyse hiçbir çalışma

bulunmamaktadır. Bu anlamda farklı etkenleri inceleyebilmek adına daha geniş çalışma grupları ile yapılacak yeni çalışmaların önemli olduğu düşünülmektedir.

Gelir düzeylerine yönelik yapılan analizlerde 20.000 TL ve daha fazla kazanan çalışanların daha fazla ahlaki duyarlılık sahibi oldukları tespit edilmiştir. Bu durum özellikle çalışanlar arasında ödül ve ceza anlayışı, kurum içi rekabet, terfi ve hak edenlerin kazançlarını alabildikleri bir çalışma kültürünün sağlanabilmesi açısından oldukça önemlidir. Bu anlamda yöneticiler, kaynak ve kazançların adil ve paylaşımlı dağıtımı, haksız kazancın önlenmesi, ücret ve terfilerde gelişmiş ve iyileşmiş planlamalar gibi gerekli düzenlemeleri yapmaları önerilebilir.

İş yükü analizlerine göre çok ağır ve ağır iş yükü olanların orta düzeyde iş yükü olanlara göre daha fazla ahlaki duyarlılık sahibi çalışanlar olduğu tespit edilmiştir. Bu durum çalışma koşullarında gerekli fiziksel ve psikolojik olarak gerekli düzenlemelerin yapılmasını önemli hale getirmektedir. Vardiya saatlerinin kısa mesailer halinde dönüşümlü olarak planlanması, birimde çalışan sayısında artırılmaya gidilmesi, iş akışının yaşanan zorlukların çalışanlara olan yükünün hafifletilebilmesi için yapılan işlerin görev dağılımının iyi planlanması gibi hemşirelik mesleğine insancıl bir boyut kazandırılması çabası sürdürülebilir.

Hemşireler üzerinde gerçekleştirilen bu çalışma, etik anlayış ve adalet ilişkisi için literatürde sınırlı sayıda yapılan çalışmalara destek niteliğinde ve araştırmalara yeni bir pencere oluşturması açısından önemli bir yer tutacağı düşünülmektedir. Çalışanların mesleklerini icrası sırasında ideal çalışma anlayışına uygun bir ortamın sağlanabilmesi, işlerinde daha verimli ve aktif olabilmeleri açısından kurumlara ve yönetici birimlere yol gösterici olması beklenmektedir.

Bu çalışma tek merkezli olarak yapılmış olsa da Anadolu Yakası'nın en büyük ve evren grubunun geniş olduğu bir hastanede gerçekleştirilmiş olması açısından önemlidir. Sağlık sektöründe genel tablonun ne olduğunun daha iyi tespit edilebilmesi açısından adalet ve etik ilişkisi üzerinde yeni yapılacak araştırmalar için yüksek sayıda katılımcıyı kapsayan birden fazla kamu ve özel kuruluşların, daha geniş kapsama sahip evren-örneklem grubunun planlanmasının faydalı olacağı düşünülebilir.

#### Seçili Kaynaklar

1. Ağaçdiken, S., & Aydoğan, A. (2017). Hemşirelerde empatik beceri ve etik duyarlılık ilişkisi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(2), 122-129.
2. Babadağ, K. (2010). *Hemşirelik ve değerler*. Alter Yayıncılık, Ankara
3. Bodur, H. (2017). Etiğin alet çantasına bakmak: Ahlak, etik ve ilintili temel kavramlar üzerine notlar. *Temaşa Erciyes Üniversitesi Felsefe Bölümü Dergisi*, 155-190.
4. Doğan, N. (2009). İş etiği ve işletmelerde etik çöküşü. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 8(16), 179-200.
5. Ecevit, Ş., Bahçecik, N. ve Karabacak, Ü. (2013). *Çağdaş Hemşirelikte Etik*, İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
6. Folger, R., Cropanzano, R. ve Goldman, B. (2013). Adalet ve ahlak arasındaki ilişki nedir?. *El kitabında örgütsel adalet (s. 215-245)*. Psikoloji Basın.
7. Hakkı, A., & Kıvanç, M. M. (2018). Hemşirelik hizmetleri yönetiminde etik davranışlar oluşturma. *Journal of Health and Nursing Management*, 5(3), 227-232.
8. Hekim, S. (2019). *Sağlık çalışanlarının örgütsel adalet algıları ile etik duyarlılıkları arasındaki ilişki (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi (Turkey))*.
9. Köksal, K. (2018). Örgüt Kültürünün Örgütsel Adalet Algısına Etkisinde Etik İlkelerle İlişkin Alguların Aracılık Rolü. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 14(2), 479-504.
10. Nazan, T. U. N. A. (2015). Kültürlerarası Hemşirelik ve Etik. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 1(3), 7-13.
11. Schminke, M. (Ed.). (1998). *Managerial ethics: Moral management of people and processes*. Psychology Press.
12. Şenturan, Ş. (2014). *Örnek Olaylarla Örgütsel Davranış*. 1.Baskı. İstanbul. Beta Yayınları



## Sağlık Hizmetlerine Erişim Ölçeği'nin Türkçe Geçerlik Çalışması: Dil/Kültürel Geçerlilik Aşaması

Metin ATEŞ<sup>1</sup>, Salim YILMAZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Arel Üniversitesi*

*Sorumlu Yazar: salimyilmaz142@gmail.com*

Sağlık hizmetlerine erişim, bireylerin gerekli tıbbi bakımı alabilmesi için elzem olmakla birlikte coğrafi konum, maliyet, kültürel ve dil engelleri ve sigorta kapsamı gibi faktörler sağlık hizmetlerine erişimi etkileyebilmektedir. Kırsal bölgeler veya küçük kasabalar, sağlık personeli eksikliği veya sağlık tesislerine ulaşmak için uzun mesafeler katetme ihtiyacı nedeniyle sağlık hizmetleri sağlayıcılarına ve tesislerine sınırlı erişime sahip olabilmektedir. Ayrıca, kültürel ve dil engelleri, farklı kültürel inançlara sahip olan veya hâkim dili konuşmayan bireyler için sağlık hizmetlerine erişimde zorluklar yaratabilme riski bulunmaktadır. Bunun sonucunda ise sağlık hizmetlerine erişim algısı, bireylerin sağlık hizmetlerini arama ve kullanma istekliliğini etkileyerek; önemli sosyal, ekonomik ve politik sonuçlara neden olabilmektedir.

Türkçe literatür incelendiğinde sağlık hizmetlerine erişimi çeşitli boyutlarıyla ölçen bir ölçüm aracına rastlanmamıştır. Varsa dahi çeşitli ölçüm araçlarının varlığının konuya önemi göz önüne alındığında katkı sağlayacak farklı ölçüm araçlarının değerli olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle, Türkiye'deki sağlık hizmetlerine erişimi kapsamlı bir şekilde ölçmek için, "Algılanan Sağlık Hizmetlerine Erişim Anketi" Türkçeye uyarlama çalışmasının ilk aşaması olan dil/kültürel geçerlilik kısmından elde edilen bulgular çalışmada paylaşılmaktadır. Bu çalışma, anketin anlaşılabilirliğini 55 birey üzerinde inceleyerek, biyopsikososyodemografik özelliklere göre heterojeniteyi test etmeyi hedeflemiştir. Sınıfıçı korelasyon katsayısı güvenilir cevap tespitinde kullanılmış, hipotez testinde ise Fisher Exact Test, Cochran Armitage ve Likelihood Ratio kullanılmıştır. Hipotezler gelir, cinsiyet ve eğitim düzeyi açısından benzer anlaşılabilirlik sonuçları elde edilmesi amacıyla uygulanmıştır. 5'li likert tipi dil anlaşılabilirliği indeksi hesaplanmıştır Genel indeks skoru %93.7, kabul edilebilir bir orandır. Ancak, cinsiyet ve gelir düzeyi için hipotezleri karşılamayan bazı maddeler saptanmıştır. 30 maddelik ölçüm aracında Gelir düzeyi için Madde 12 ve Madde 26 için doğrulanmamıştır. Cinsiyetle ilgili olarak, Madde 14 ve Madde 26 için ayırım gözlenmiş olup, bu iki madde için hipotezler doğrulanmamıştır. Bu maddelerin revize edilmesi için uzmanlarla görüşülecek, bu iki madde için süreç tekrarlanacak ve yeni bireyler için pilot çalışma yeniden gerçekleştirilecektir. Anketin geçerlilik çalışması, Türkiye'deki sağlık hizmetlerine erişim sorunlarını belirlemek, yönetmek ve çözmek için önemlidir. Ölçüm aracı, toplumun genel sağlık düzeyini iyileştirmeye ve daha eşitlikçi sağlık hizmeti sunumunu teşvik etmeye katkıda bulunacağı düşünülmektedir. Hipotezleri karşılamayan maddelerin gözden geçirilmesinin ardından hipotezler sağlanırsa çalışmanın, yapısal geçerlik aşamasına geçecektir. Bu çalışmanın önemi ve geniş kapsamı, sağlık hizmetlerine erişimin ve bu hizmetlerin bireylerin yaşamları üzerindeki etkisini ve çeşitli konularla ilişkisini inceleyebileceği bir aracın literatüre kazandırılmasını oluşturmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerine erişim engelleri, insanların sağlık hizmetlerini kullanma kabiliyetlerini ve bu hizmetlerden ne ölçüde faydalandıklarını büyük ölçüde etkileyebilmektedir. Bu yüzden, "Algılanan Sağlık Hizmetlerine Erişim Anketi" gibi araçların kullanılması, sağlık hizmetlerine erişimle ilgili sorunları belirlemek ve çözmek için önemli bir adım olabilir. Bu tür bir çalışma, sağlık hizmetlerinin herkese eşit ve adil bir şekilde sunulmasının önemini vurgulamaktadır.

*Anahtar Kelimeler: Sağlık hizmetlerine erişim, sağlığa algılanan erişim, dil/kültürel geçerlilik*

### Perceived Access to Health Care Scale's Turkish Validation Study: Stage of Language/Cultural Validity

Access to healthcare services is essential for individuals to receive necessary medical care, but it can be affected by factors such as geographical location, cost, cultural and language barriers, and insurance coverage. Rural areas or small towns can have limited access to healthcare providers and facilities due to the lack of healthcare personnel or the need to travel long distances to access healthcare facilities. Furthermore, cultural and language barriers can create challenges in accessing healthcare services for individuals who have different cultural beliefs or do not speak the dominant language. This can, in turn, influence the perception of access to healthcare services, affecting individuals' willingness to seek and use health services and potentially leading to significant social, economic, and political consequences.

A review of Turkish literature revealed no existing measurement tools that assess access to health services in various dimensions. Even if such tools exist, considering the importance of the topic, it is believed that different measurement tools could be valuable. Therefore, this study shares the findings from the first stage of adapting the "Perceived Access to Healthcare Survey" to Turkish to comprehensively measure access to health services in Turkey. This study aimed to test the survey's understandability on 55 individuals and test heterogeneity based on biopsychosociodemographic characteristics. Intra-class correlation coefficient was used to detect reliable answers, and Fisher's Exact Test, Cochran Armitage Trend Test, and Likelihood Ratio were used for hypothesis testing. The hypotheses were applied to achieve similar understandability results in terms of income, gender, and education level. A 5-point Likert-type language understandability index was calculated, and the overall index score was 93.7%, which is an acceptable rate. However, some items that did not meet the hypotheses for gender and income level were identified. In the 30-item measurement tool, Item 12 and Item 26 were not confirmed for the income level. Regarding gender, a distinction was observed for Item 14 and Item 26, and the hypotheses were not confirmed for these two items. Consultations will be held with experts to revise these items, the process will be repeated for these two items, and a pilot study will be conducted again for new individuals.

The validity study of the survey is essential for identifying, managing, and solving access problems to healthcare services in Turkey. The measurement tool is expected to contribute to improving the general health level of the community and promoting more equitable healthcare service provision. If the hypotheses are met after the review of the items that did not meet the hypotheses, the

study will move on to the structural validity stage. The importance and broad scope of this study lie in introducing a tool to the literature that can examine access to health services and the impact of these services on individuals' lives and their relationship with various issues. Because barriers to accessing health services can significantly affect people's ability to use health services and how much they benefit from these services. Therefore, using tools like the "Perceived Access to Healthcare Survey" can be an important step in identifying and solving problems related to access to health services. Such a study emphasizes the importance of providing health services to everyone equally and fairly.

**Keywords:** *Access to health care, perceived access to health, language/cultural validity*

## Introduction

Access to health services refers to the ease with which individuals can obtain the health services they need. Factors that can affect access to health services include geographic location, cost, cultural and linguistic barriers, and insurance coverage. With the significant impact of urbanization, access to healthcare for individuals in rural areas can be challenging when they need it. Healthcare services require elements such as trained and qualified personnel, physical space, and technology, which are expensive (Wang et al., 2019). Thus, individuals living in rural areas or small towns may have limited access to healthcare providers and facilities, which can make it difficult for them to receive the care they need. This can be due to a lack of healthcare providers or a need to travel a distance to reach a healthcare facility. Emergency healthcare services or specific needs can also make it difficult to access healthcare (Kohlenberger et al., 2019).

Another factor that can affect access to healthcare is cost. Individuals who cannot pay for healthcare services may have limited access to services, even if they are available in their region. This may be due to a lack of insurance coverage or high out-of-pocket costs (Burger and Christian, 2020). However, access to healthcare is important both socially and individually. First and foremost, healthcare is a fundamental human right, and access to it is essential for all individuals. Additionally, being unable to work due to illness or having a risk to public health due to infections can also harm the country's economy. The cost of healthcare services includes items such as examinations, medications, diagnoses, tests, treatments, and hospital stays (Xia et al., 2019). Individuals who have to pay these costs out of pocket or those without health insurance can be in a difficult situation. As a result, individuals may tend to postpone their healthcare needs and face untreated conditions that may become untreatable (Njagi et al., 2020).

Cultural and linguistic barriers, especially in countries where refugees, migrants, and people speaking different languages live together, can also create problems in accessing healthcare services. People who do not speak the dominant language in the region or who have different cultural beliefs than the majority may have difficulty accessing healthcare services. Refusal of healthcare services and communication problems are common problems in this regard. Another important issue is insurance coverage. Individuals without health insurance coverage may have limited access to healthcare services because they cannot afford the costs of services (Zhao et al., 2021).

Another important issue that should not be ignored is the perception of accessibility. The perception of being unable to access healthcare services can have serious political, economic, and social consequences. Unequal access to healthcare services can damage the relationships between healthcare providers, healthcare facility managers, and patients. It can lead people to turn to the private sector, increase out-of-pocket spending, and increase catastrophic risks. In a society where confidence in healthcare is undermined, individuals may be less inclined to engage in activities that protect their health, such as seeking health checks (Macpherson et al., 2022).

The importance of public perception of access to healthcare services can have a significant impact on individuals' willingness to seek and use healthcare services. If a household perceives a specific healthcare provider or facility to be unsafe or of low quality, they are less likely to seek services from that provider or facility (Ahorsu et al., 2022). Conversely, if the public perceives a particular healthcare provider or facility to be of high quality and trustworthy, they are more likely to seek services from that provider or facility. Therefore, it is essential for healthcare service providers and facilities to maintain a positive public perception to ensure that individuals are willing to access their services (Al-Neyadi et al., 2018).

In the study, the "Perceived Access to Healthcare Services Survey," which had been previously validated and deemed reliable in a foreign language due to the lack of a measurement tool in Turkish literature to measure access to healthcare services, was adapted into Turkish to share the findings of the linguistic and cultural validity stage in the first phase.

## Material & Method

Due to the aim of conducting the Turkish validation of the scale developed in Hoseini-Esfidarjani et al.'s (2021) study titled "Psychometric evaluation of the perceived access to health care questionnaire," the study has a methodological design. The first stage of validation, which is the language/cultural validity study, focuses on the pilot stage. The pilot study was conducted in a cross-sectional style using a survey method.

In this study, it is important for the "Perceived Access To Health Questionnaire" to be understood by the entire Turkish population without being influenced by variables such as gender, income level, educational level, and age. Therefore, in general, the comprehensibility index of the questionnaire, the comprehensibility of the items, and whether the comprehensibility varies according to these variables are investigated in the language/cultural validity stage for the success of the scale in this study.

## Data Collection Tool

After the language study of the questionnaire named "Perceived access to health questionnaire," which was included in Hoseini-Esfidarjani et al.'s (2021) study, the pilot application form prepared for the pilot study was used. The form provides a 5-point response option for the 30 questions included in the original scale (1: Not at all understandable - 5: Completely understandable). The form is an adaptation of the pilot study form recommended by Byrne et al. (2009). Moreover, according to Seçer (2015), at least 50 individuals are suggested to be reached for language validity in pilot application for the mentioned form. In addition to the questions asked in the questionnaire administered to the participants, gender, income, educational level, and age were asked to measure heterogeneity according to sociodemographic characteristics.

### Characteristics and Limitations of the Research Sample

A total of 55 individuals were included in the study. The aim was to exceed the minimum sample size of 50 individuals recommended by authors such as Seçer (2015) in the literature for a pilot study to ensure strong findings. However, it is widely reported in the literature that reaching a certain number is not a requirement (Hertzog, 2008). Therefore, a specific population or sample calculation was not used. In addition, the participants were reached through personal connections. The sample group was aimed to be composed of individuals over 18 years of age and under 65 years of age. Since access to healthcare covers all citizens, quota sampling was used to achieve a heterogeneous structure in terms of variables such as gender, educational level, income level, and age as much as possible.

### Language/Cultural Validity Studies

The study began with obtaining permission from the authors of the scale, originally named "Perceived access to health care questionnaire," on December 11, 2022. Then, two independent language experts were consulted in the language/cultural validity stage. One of them was an academic from the field, while the other was a language expert from outside the field. The terminological and semantic evaluations of the two translations were compared and merged into a single form. In the third step, the evaluations of the experts were rated using intraclass correlation. The translations were evaluated by a team of 5 individuals and revised according to expert recommendations. After the revision was completed, the translations were sent back to the experts for back-translation. The suitability of the translations compared to the English version was rated using intraclass correlation values. Then, a Turkish translation was made for the final translation and language suitability. After the translation, 55 individuals were reached for the pilot study. The heterogeneity of biopsychosociodemographic characteristics was tested. The main aim here is to evaluate the comprehensibility of the expressions. After all stages were completed, detailed information about the steps was provided to the authors of the original study. If there were any items that needed to be re-evaluated before proceeding to construct validity, the aim was to identify these items to ensure heterogeneity.

### Research Hypothesis

The research primarily aims to examine the comprehensibility of the questions through a pilot study of biopsychosociodemographic characteristics. Accordingly, the hypotheses of the study are as follows:

- H<sub>1</sub>: The responses given by gender are similar.
- H<sub>2</sub>: The responses given by income level are similar.
- H<sub>3</sub>: The responses given by educational level are similar.
- H<sub>4</sub>: There is no relationship between the responses given and age.

### Data Analysis

Microsoft Office Excel 2016 and SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 22.0 were used in the data analysis. Descriptive statistics, including frequency, percentage analyses, and measures of central tendency, were used in presenting the results. The 5-point Likert type structure was reduced to a 3-point scaling before conducting the analysis of the data, and was normalized for matrix index calculation. This was done because it was recognized that the items "Understandable" and "Completely Understandable" were appropriate for the participants. The intra-class correlation coefficient was explained using a one-way random model, and Cronbach's Alpha coefficient was used. The analytical results were interpreted with a 95% confidence level and a 5% margin of error, and Likelihood Ratio, Fisher Exact, and Cochran's Armitage analyses were used in comparing categorical variables. Kendall's tau-b test was used in analyzing rank-based correlations.

### Permissions for the Research

Permission was obtained from Reza Negarandeh, one of the authors of the article, on 11.12.2022 to conduct the research. In addition, a second permission was obtained from the author on 10.01.2023 for the subject related to the ability to extract and modify scale items without losing their meaning after identifying cultural differences for the items to be suitable for the local population, and for a re-factor analysis to be conducted. Before moving on to the pilot study, the current findings were presented and ethical approval was obtained from the Istanbul Arel University Ethics Committee on 15.03.2023 for the subsequent stages.

### RESULTS

A total of 55 participants were included in the pilot study. The characteristics of the participants, along with descriptive statistics, were presented in Table 1.

#### Characteristics of pilot study participants

	n	%
<b>Gender</b>		
Female	20	36.4
Male	35	63.6
<b>Income relative to expenses</b>		
Less	11	20.0
Equal	20	36.4
Greater	24	43.6
<b>Education Level</b>		
Below high school	4	7.3

High School	9	16.4		
Associate's and Bachelor's degree	31	56.4		
Graduate degree	11	20.0		
<i>Total</i>	55	100.0		
	<b>Minimum</b>	<b>Maximum</b>	<b>Mean</b>	<b>Std. Dev.</b>
<b>Age</b>	18.00	65.00	31.3091	13.38306

Twenty (36.4%) of the pilot study participants were female and 35 (63.6%) were male. In terms of income level, 11 (20.0%) had an income lower than their expenses, 20 (36.4%) had equal income and expenses, and 24 (43.6%) had a high income level. In terms of education level, 4 (7.3%) had a high school education or lower, 9 had a high school diploma, 31 (56.4%) had an associate's or bachelor's degree, and 11 (20.0%) had a graduate degree. The participants' ages ranged from 18 to 65 years with a mean of 31.3091  $\pm$  13.38306 (Table 1).

Intraclass correlation and alpha coefficient values of the questions

	<b>Intraclass Correlation</b>	<b>Lower</b>	<b>Upper</b>	<b>F</b>	<b>P</b>
<b>Single Measures</b>	0.327	0.249	0.432	<b>15.592</b>	<b>&lt;0.001</b>
<b>Average Measures</b>	0.936	0.909	0.958		

*Cronbach's Alpha: 0.940; N:30*

When class-level correlations were calculated for responses to items, consistency in single measures was found to be 0.327, while it was 0.936 for average measures. Consistency of responses was measured by the alpha coefficient, and it was determined to be highly consistent ( $>0.9$ ). Additionally, the model has a significant degree of consistency (F:15.592;  $p<0.001$ ) (Table 2).

Proportional comparison of question comprehensibility by gender

Items	Gender		Total Item Index (%)	P	Test
	Female	Male			
I1	100.0	88.6	97.58	0.285	FE
I2	100.0	97.1	99.39	0.636	FE
I3	100.0	97.1	99.39	0.636	FE
I4	100.0	97.1	99.39	0.636	FE
I5	80.0	97.1	96.97	0.053	FE
I6	100.0	100.0	100.00	-	-
I7	80.0	97.1	97.58	0.053	FE
I8	80.0	91.4	96.97	0.242	FE
I9	80.0	91.4	95.76	0.242	FE
I10	80.0	91.4	95.15	0.185	LH
I11	80.0	74.3	86.06	0.244	LH
I12	80.0	80.0	90.91	0.088	LH
I13	80.0	80.0	93.33	1.000	FE
<b>I14</b>	100.0	80.0	94.55	<b>0.032*</b>	LH
I15	100.0	82.9	94.55	0.054	LH
I16	100.0	82.9	94.55	0.054	LH
I17	80.0	85.7	92.73	0.081	LH
I18	80.0	82.9	91.52	0.053	LH
I19	80.0	85.7	94.55	0.709	FE

I20	80.0	88.6	92.73	0.857	CA
I21	80.0	80.0	89.70	0.442	CA
I22	80.0	85.0	90.91	0.082	LH
I23	80.0	85.7	92.12	0.111	CA
I24	80.0	94.3	96.36	0.175	FE
I25	80.0	94.3	95.15	0.495	CA
<b>I26</b>	100.0	68.6	90.91	<b>0.010*</b>	CA
I27	80.0	77.1	92.12	0.632	LH
I28	80.0	77.1	89.09	0.542	CA
I29	100.0	100.0	86.67	1.000	FE
I30	80.0	71.4	85.45	0.093	CA

N:55; \*:p<0,05; FE: Fisher Exact; LH: Likelihood Ratio; CA: Cochran's Armitage

Table 3 shows the proportional comparison of question comprehensibility by gender. For each question, the percentage rates of female and male participants and the total item index (%) are shown. It was found that there were statistically significant differences by gender in item 14 and item 26, and these items received lower comprehensibility scores from male participants.

#### Proportional comparison of question comprehensibility by income level

Items	Income relative to expenses			Total Index	Item p	Test
	Less	Equal	Greater			
I1	90.9	85.0	100.0	97.58	0.080	LH
I2	100.0	95.0	100.0	99.39	0.358	LH
I3	90.9	100.0	100.0	99.39	0.193	LH
I4	90.9	100.0	100.0	99.39	0.193	LH
I5	100.0	75.0	100.0	96.97	0.471	CA
I6	100.0	100.0	100.0	100.00	-	-
I7	100.0	80.0	100.0	97.58	0.523	CA
I8	100.0	75.0	100.0	96.97	0.471	CA
I9	100.0	75.0	91.7	95.76	0.059	LH
I10	100.0	75.0	91.7	95.15	0.171	LH
I11	100.0	70.0	70.8	86.06	0.210	CA
<b>I12</b>	63.6	80.0	87.5	90.91	<b>0.011*</b>	CA
I13	100.0	60.0	87.5	93.33	0.861	CA
I14	100.0	100.0	70.8	94.55	0.012	LH
I15	100.0	85.0	87.5	94.55	0.758	CA
I16	100.0	85.0	87.5	94.55	0.171	CA
I17	100.0	70.0	87.5	92.73	0.294	CA
I18	100.0	70.0	83.3	91.52	0.155	CA
I19	100.0	70.0	87.5	94.55	0.679	CA
I20	100.0	75.0	87.5	92.73	0.324	CA
I21	100.0	70.0	79.2	89.70	0.793	CA
I22	100.0	65.0	91.7	90.91	0.902	CA
I23	100.0	80.0	79.2	92.12	0.554	CA
I24	100.0	80.0	91.7	96.36	0.127	LH

I25	100.0	80.0	91.7	95.15	0.405	CA
<b>I26</b>	100.0	80.0	70.8	90.91	<b>0.028*</b>	CA
I27	100.0	75.0	70.8	92.12	0.139	CA
I28	72.7	70.0	87.5	89.09	0.260	CA
I29	100.0	70.0	79.2	86.67	0.293	CA
I30	100.0	55.0	79.2	85.45	0.331	CA

N:55; \*:p<0,05; LH: Likelihood Ratio; CA: Cochran's Armitage

Table 4 presents the proportional comparison of question comprehensibility by income level. For each question, the percentage rates of participants with lower, equal, and greater income relative to expenses are shown. Item 12 and item 26 were found to have statistically significant differences in comprehensibility scores by income level. These items received higher comprehensibility scores among participants with greater income relative to expenses and lower scores among those with lower income levels.

#### Proportional comparison of question comprehensibility by education level

Items	Educational Level				Total Item Index	p	Test
	Below high school	High School	Associate's and Bachelor's degree	Graduate degree			
I1	100.0	88.9	90.3	100.0	97.58	0.444	LH
I2	100.0	100.0	96.8	100.0	99.39	0.762	LH
I3	100.0	88.9	100.0	100.0	99.39	0.294	LH
I4	100.0	88.9	100.0	100.0	99.39	0.294	LH
I5	100.0	100.0	83.9	100.0	96.97	0.106	LH
I6	100.0	100.0	100.0	100.0	100.00	-	LH
I7	100.0	100.0	87.1	100.0	97.58	0.185	LH
I8	100.0	100.0	83.9	100.0	96.97	0.106	LH
I9	100.0	88.9	80.6	100.0	95.76	0.159	LH
I10	100.0	88.9	80.6	100.0	95.15	0.479	LH
I11	100.0	66.7	67.7	100.0	86.06	0.838	CA
I12	100.0	66.7	87.1	63.6	90.91	0.076	CA
I13	100.0	66.7	74.2	100.0	93.33	0.736	CA
I14	100.0	77.8	83.9	100.0	94.55	0.487	CA
I15	100.0	66.7	90.3	100.0	94.55	0.711	CA
I16	100.0	88.9	83.9	100.0	94.55	0.443	CA
I17	100.0	88.9	74.2	100.0	92.73	0.133	LH
I18	100.0	88.9	71.0	100.0	91.52	0.104	LH
I19	100.0	100.0	71.0	100.0	94.55	0.552	CA
I20	100.0	77.8	80.6	100.0	92.73	0.169	LH
I21	100.0	77.8	71.0	100.0	89.70	0.065	LH
I22	100.0	77.8	77.4	100.0	90.91	0.219	LH
I23	100.0	77.8	77.4	100.0	92.12	0.164	LH
I24	100.0	77.8	87.1	100.0	96.36	0.210	LH
I25	100.0	77.8	87.1	100.0	95.15	0.058	LH
I26	100.0	100.0	66.7	74.2	90.91	0.074	LH

I27	100.0	77.8	67.7	100.0	92.12	0.144	LH
I28	100.0	66.7	80.6	72.7	89.09	0.506	CA
I29	100.0	77.8	71.0	100.0	86.67	1.000	CA
I30	100.0	44.4	71.0	100.0	85.45	0.331	CA

N:55; LH: Likelihood Ratio; CA: Cochran's Armitage

Table 5 presents the proportional comparison of question comprehensibility by education level. The table shows the percentage rates of participants with below high school, high school, associate's and bachelor's degree, and graduate degree for each question and the total item index (%) of the questions. No statistically significant differences in comprehensibility scores were found by education level for any of the items.

The relationship between age and questionnaire form index

		Form Average Index		
	$\bar{x} \pm s$ (Min-Max)	r	p	
Age	31.3091±13.38306	-0.017	0.869	
	$\bar{x} \pm s$ (Min-Max)	Index	Lower	Upper
Form	2.8121±0.2992 (2.00-3.00)	93.7 (91.0%-96.4%)	2.7312 (-0.0809)	2.8930 0.0809

r: Kendall's tau-b correlation

Table 6 shows the analysis of the correlation, based on ranking, between the index obtained from the average score of the form and age, and no statistically significant relationship was found. In addition, the significance of the index scores ranges from 91.0% to 96.4% with a confidence level of 95%, and it is observed that the form responses provide a total comprehensibility rate of 93.7%.

## Conclusion

The pilot study findings of the "Perceived Access to Health Questionnaire," which was developed to measure perceived access to health, were shared in the first stage of the Turkish validation study. The main goal is to examine whether the index obtained from all 30 items is above 70% and does not differ or have a relationship with variables such as gender, income, education, and age. Thus, it will be possible to measure the perceived level of access to healthcare services for all citizens accurately, regardless of cultural and linguistic differences. For this purpose, separate indices were calculated for each item besides the general index, and it was found that the lowest index was 89.09 (Item 28). The overall index score was 93.7%, which is an acceptable rate. Additionally, the highest item score was obtained from Item 6, which received a perfect score from 55 participants.

While the study's hypotheses were confirmed for age and education level, they were not confirmed for gender and income level. For income level, it was not confirmed for Item 12 and Item 26. Regarding gender, differentiation was observed for Item 14 and Item 26, and the hypothesis was not confirmed for these two items. Experts will be consulted to revise these items, and the process will be repeated for these two items, and the pilot study will be repeated for new individuals.

After the reapplication of the language/cultural validity section for the mentioned three items and achieving suitable results, the study will proceed to the construct validity phase. The following steps are planned for the construct validity phase:

Data collection from at least 300 individuals for the 30 items, which is at least 10 times the number of items, and the use of collected data in exploratory construct validity methods,

The use of collected data from different individuals from the ones used in exploratory methods for confirmatory methods, which will involve at least 300 additional individuals,

The use of item analysis and exploratory factor analysis in exploratory methods,

The use of confirmatory factor analysis, discriminant validity, and convergent validity (using the Outpatient Satisfaction Scale) in confirmatory methods,

The use of Alpha coefficient in reliability analysis in the pre-test and the splitting technique into 27% percentiles in the final test.

Access to healthcare is extremely important for reducing societal problems and achieving equality, especially in meeting the needs of individuals with different demographic characteristics. Therefore, it is necessary to measure and understand access to healthcare through a measurement tool, particularly since no similar measurement tool has been found in the Turkish literature. It is believed that validating this questionnaire will contribute to society. The validation of this tool is expected to help identify, manage, and resolve access to healthcare issues, improve the overall health level of the community, and contribute to a more equitable healthcare service delivery.

## References

- Ahorsu, D. K., Lin, C. Y., Yahaghai, R., Alimoradi, Z., Broström, A., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2022). The mediational role of trust in the healthcare system in the association between generalized trust and willingness to get COVID-19 vaccination in Iran. *Human vaccines & immunotherapeutics*, 18(1), 1-8.

2. Al-Neyadi, H. S., Abdallah, S., & Malik, M. (2018). *Measuring patient's satisfaction of healthcare services in the UAE hospitals: Using SERVQUAL*. *International Journal of Healthcare Management*, 11(2), 96-105.
3. Burger, R., & Christian, C. (2020). *Access to health care in post-apartheid South Africa: availability, affordability, acceptability*. *Health Economics, Policy and Law*, 15(1), 43-55.
4. Byrne B. M., Oakland T., Leong F. T. L., van de Vijver F. J. R., Hambleton R. K., Cheung F. M., & Bartram D. (2009). *A critical analysis of cross-cultural research and testing practices: Implications for improved education and training in psychology*. *Training and Education in Professional Psychology*, 3, 94-105.
5. Hertzog, M. A. (2008). *Considerations in determining sample size for pilot studies*. *Research in nursing & health*, 31(2), 180-191.
6. Hoseini-Esfidarjani, S. S., Negarandeh, R., Delavar, F., & Janani, L. (2021). *Psychometric evaluation of the perceived access to health care questionnaire*. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1-10.
7. Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, I., Rengs, B., Leitner, S., & Landesmann, M. (2019). *Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: Evidence from a cross-sectional survey*. *Health Policy*, 123(9), 833-839.
8. Macpherson, K., Cooper, K., Harbour, J., Mahal, D., Miller, C., & Nairn, M. (2022). *Experiences of living with long COVID and of accessing healthcare services: a qualitative systematic review*. *BMJ open*, 12(1), e050979.
9. Njagi, P., Arsenijevic, J., & Groot, W. (2020). *Cost-related unmet need for healthcare services in Kenya*. *BMC health services research*, 20, 1-12.
10. Seçer, İ. (2015). *Psikolojik Test Geliştirme Ve Uyarlama Süreci: SPSS ve LISREL Uygulamaları. (1st Edition) Anı Publishing*.
11. Wang, L., Guruge, S., & Montana, G. (2019). *Older immigrants' access to primary health care in Canada: A scoping review*. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 38(2), 193-209.
12. Xia, K., Zhong, X., Zhang, L., & Wang, J. (2019). *Optimization of diagnosis and treatment of chronic diseases based on association analysis under the background of regional integration*. *Journal of medical systems*, 43, 1-8.
13. Zhao, Y., Segalowitz, N., Voloshyn, A., Chamoux, E., & Ryder, A. G. (2021). *Language barriers to healthcare for linguistic minorities: The case of second language-specific health communication anxiety*. *Health communication*, 36(3), 334-346.



NS6

## İl Acil Servis Hizmetlerinde Teknik Verimlilik Ölçümü

Şuayip BİRİNCİ<sup>2</sup>, Simten MALHAN<sup>3</sup>, Şahin KAVUNCUBAŞI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Başkent Üniversitesi

<sup>2</sup>Sağlık Bakanlığı

<sup>3</sup>Güven Futures

Sorumlu Yazar: sahin@baskent.edu.tr

Acil sağlık hizmetleri, acil yardıma ihtiyaç duyan hastalara yerinde müdahale edilmesini ve hastanın güvenli ve kısa sürede bir sağlık kurumuna ulaştırılmasıyla ilgili hizmetler zincirini ifade etmektedir. Türkiye’de acil sağlık hizmetlerinin alt yapısının geliştirilmesine yönelik son 5 yılda önemli adımlar atılmış; istasyon ve ambulans sayısı artmıştır.

Bu makalenin amacı, iller (karar alma birimi) referans alınarak acil yardım hizmetlerinin teknik verimliliğinin incelenmesidir. Araştırmada girdi yönelimli veri zarflama analizi kullanılmıştır. İlde bulunan ambulans sayısı ve acil hizmetlerde görevli personel sayısı girdi değişkenlerini oluştururken, müdahale edilen hasta sayısı ve kentsel ve kırsal alanda ortalama müdahale süreleri de çıktı değişkenleri olarak seçilmiştir. Kentsel ve kırsal alanda müdahale süresinin kısa olması istenildiği için bu iki değişken minimize edilmesi gereken değişkenler ve istenmeyen çıktılar olarak tanımlanmıştır. Araştırma sonucunda Türkiye’de 20 ildeki acil sağlık hizmetleri organizasyonunun görece olarak diğer illerden teknik olarak daha verimli işlediği saptanmıştır.

Teknik olarak verimli ve verimsiz illerin girdi ve çıktı bileşimleri analiz edildiğinde, verimli illerde acil servis hizmetleri kapsamında müdahale edilen hasta sayısının, diğer illere göre yaklaşık iki kat fazla, kentsel ve kırsal müdahale sürelerinin de kısa olduğu saptanmıştır. Çalışmada ayrıca teknik olarak verimsiz görülen illerin verimli olabilmesi için kendine örnek alması gereken iller ve bu illere ait verimlilik göstergelerine yer verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Acil sağlık hizmetleri, technical efficiency

### Technical Efficiency Measurement in Province Emergency Health Services

Emergency health services refer to the chain of services that comprise provision of medical assistance and first aid, and the transport patients safely. In the last 10 years, important measures have been taken to improve the infrastructure of emergency health services in Turkey and the number of stations and ambulances has doubled.

The purpose of this article is to examine the technical efficiencies of province (decision making unit) emergency services. Input-oriented data envelopment analysis was employed. While the number of ambulances in the province and the number of personnel working in the emergency services were the input variables, the number of patients treated and the average response times in urban and rural areas were selected as output variables. Since the intervention times is desired to be short, these variables are defined undesirable output that should be minimized. As a result of the research, it was determined that the organization of emergency health services in 20 provinces in Turkey is technically more efficient than other provinces. The input and output combinations of technically efficient and inefficient provinces are also analyzed. Results showed that the number of patients treated in efficient provinces is approximately two times higher than that of other provinces operating inefficiently. Also the response times in urban and rural areas are shorter in efficient provinces than their inefficient counterparts. The study provides province health authorities with valuable information that should be used to decide optimal input output combinations.

**Keywords:** Emergency health services, technical efficiency

#### Giriş

Acil sağlık hizmetleri, acil hastalık ve yaralanma hallerinde, konusunda özel eğitim almış ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde, nakil sırasında, sağlık kurum ve kuruluşlarında sunulan tüm sağlık hizmetlerini içerir. Acil yardım hizmetleri ise konusunda özel eğitim görmüş ekipler tarafından, tıbbi araç ve gereç desteği ile olay yerinde ve hastaneye nakil sırasında verilen hizmetlerin bütünü anlamına gelmektedir. Acil yardım hizmetleri, sağlık hizmetleri içinde kritik önemi bulunan hizmet türüdür. Acil hastalık veya yaralanma durumlarında, olay yerine en kısa sürede bir sağlık ekibiyle ulaşmak, yerinde ilk müdahaleyi yapmak ve kişiyi gerekiyorsa en kısa sürede ihtiyacı olan tıbbi yardımı alabileceği bir merkeze götürmek acil yardım hizmetlerinin özünü oluşturur (Akdağ, 2012, s. 181).

Hastane acil servislerine başvuran hasta sayısı giderek artmaktadır. 2016 yılında 92,6 milyon olan acil servise başvuran toplam hasta sayısı 2021 yılında 129,6 milyona ulaşmıştır (Baştemir, Aydın, 2022). Acil servise başvuran hastaların yaklaşık % 6’sının (7,2 milyon hasta) acil yardım istasyonları aracılığı ile bu hizmetlerden yararlandığı söylenebilir (Şimşek ve diğ.,2019).

Bu çalışmanın amacı, bir ildeki acil yardım hizmetleri organizasyonunun teknik verimliliklerinin ölçülmesidir. Teknik verimlilik ölçümünde temel amaç, karar alma birimlerinin göreceli verimliliğini veya verimsizliğini ölçmek ve göreceli olarak verimsiz karar alma birimlerinin verimli olabilmesi için optimum girdi çıktı bileşimlerini kararlaştırmaları için kanıt veya bilgi sağlamaktır.

Sağlık hizmetlerinde veri zarflama analizi Nunamaker (1983) uygulaması olan hemşirelik hizmetleri performansın ölçülmesine odaklanan çalışmasıyla başlamış; zamanla hastane, ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırılması, halk sağlığı hizmetleri ve tedavi hizmetlerinin etkinliklerinin ölçülmesi gibi sağlık hizmetlerinin her alanına yayılmıştır (Çayırtepe, Esatoğlu, Aral ve Kavuncubaşı, 2023; Kacak, 2022; Ozcan ve Khushalani, 2017; Özgen Narcı, Ozcan, Şahin, Tarcan ve Narcı, 2015). Acil sağlık hizmetleri alanında da veri zarflama analizi kullanılmıştır.

Lambert, Min ve Srinivasan (2009), Amerika Birleşik Devletlerindeki şehirlerin acil yardım hizmetlerinin etkinliğini Veri Zarflama Analizi ve Tobit Regresyon metodlarını kullanarak ölçmüşlerdir. Çalışmaları sonucunda nüfus yoğunluğu yüksek, coğrafi olarak büyük ve yüksek gelirli şehirlerdeki acil yardım hizmetlerinin daha verimli olduğu sonucuna varmışlardır.

## Metodoloji

### Evren ve Örneklem

Araştırmada analiz birimi, bir ildeki acil istasyonlarının bütünü oluşturmaktadır. Başka bir anlatımla bir ildeki tüm acil yardım istasyonlarının bütünü o ilin acil yardım hizmetleri organizasyonunu oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan veriler tüm illerdeki acil yardım istasyonları, o ilin acil yardım organizasyonu olarak ele alınmıştır. İl bazında bir örneklemeye başvurulmaksızın, tüm iller araştırma kapsamına (tam sayım) alınmıştır.

### Değişkenler

Araştırmada kullanılan girdi ve çıktı değişkenlerini, araştırmanın kavramsal çerçevesi içinde Şekil 1’de verilmiştir.

Şekil 1. Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi



### Girdi Değişkenleri:

Ambulans sayısı: Bir ilde Sağlık Bakanlığı'na bağlı olarak çalışan toplam ambulans sayısı

Personel sayısı: Bir ilde acil yardım istasyonlarında çalışan toplam personel (çoğunlukla paramedik) sayısı

### Çıktı Değişkenleri:

Müdahale sayısı: Bir yıl içinde acil yardım istasyonları vasıtasıyla müdahale edilen toplam vaka sayısı

Kentsel alan müdahale süresi: Kentsel alandan çağrı alındıktan sonra ekibin hastaya müdahale etmesine kadar geçen süre.

Kırsal alan müdahale süresi: Kırsal alandan çağrı alındıktan sonra ekibin hastaya müdahale etmesine kadar geçen süre.

### Verilerin Analizi

Bu çalışmada girdi yönelimli, ölçeğe göre değişken getirili veri zarflama analizi kullanılmıştır. Veri zarflama analizi, girdi-çıkıtı bileşimlerini esas alarak benzer karar alma birimlerinin (bu çalışmada il ambulans hizmetleri organizasyonu) göreceli verimliliklerini ölçmeye yarayan parametrik olmayan bir tekniktir (Charnes, Cooper, Rhodas, 1978; Kaçak, 2023). Bu çalışmada girdi yönelimli, ölçeğe göre değişken getirili model kullanılmıştır. Çıktı yönelimli model, mevcut girdilerle maksimum çıktının elde edilip edilmediğini araştırır. Kuşkusuz bazı çıktıların değerinin minimize edilmesi gerekebilir. Bu tür çıktılar, istenmeyen çıktılar (undesirable output) olarak kabul edilir ve bu çıktıların minimizasyonu hedeflenir. Bu çalışmada kentsel alan müdahale süresi ile kırsal alan müdahale süresi, istenmeyen çıktılar olarak seçilmiştir.

### Bulgular Ve Tartışma

#### Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırma değişkenlerine ait tanımlayıcı istatistikler Tablo 1’de verilmiştir. Türkiye’de 5792 acil yardım ambulansı mevcut olup, il başına (ortalama) 72 ambulans düşmektedir. İller bazında incelendiğinde, il nüfusu ile orantılı biçimde ambulans sayısının değiştiği saptanmıştır. Benzer sonuç, personel sayısı için de söz konusudur.

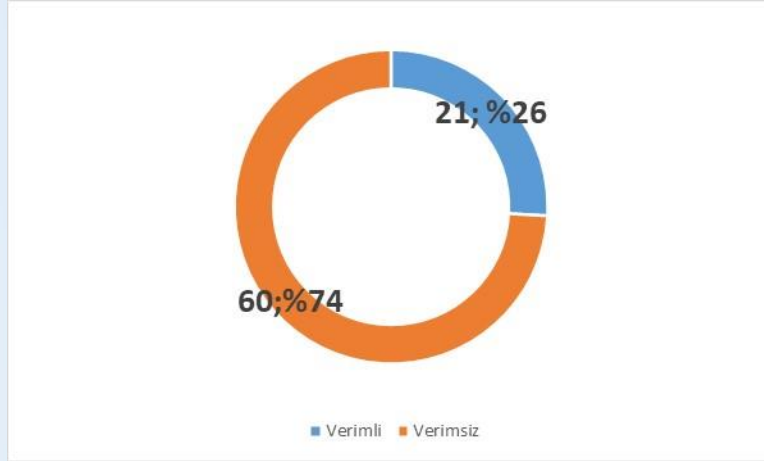
Tablo 1. Tanımlayıcı İstatistikler

	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	St Sapma
Ambulans Sayısı	81	32	545	72	65
Personel Sayısı	81	93	3.732	462	483
Vaka Sayısı	81	12659	978	93753	126.8
Müdahale Süresi-Kent	81	3,7	8,1	4,9	0,8
Müdahale Süresi-Kır	81	7,2	24,1	15,2	3,4

### Verimlilik Ölçümü

İl acil yardım organizasyonlarının Teknik verimlilikleri ile ilgili bulgular Şekil 2’de verilmiştir. Türkiye’de 21 (% 26) ilin acil yardım organizasyonu göreceli olarak verimli olarak bulunmuştur. Teknik (göreceli) olarak verimli bulunan iller Tablo 2’de verilmiştir.

Şekil 2. İl Acil Yardım Organizasyonlarının Verimlilik Durumuna Göre Dağılımı



Veri zarflama analizi, girdi ve çıktı bileşimlerini esas alarak verimli illerden oluşan bir verimlilik sınırını belirler ve diğer illerin göreceli verimlilik düzeyini bu sınıra olan uzaklıklarına göre değerlendirir. Başka bir anlatımla verimlilik sınırı üzerinde yer almayan illerin göreceli verimlilikleri, verimlilik sınırı üzerinde yer alan il veya illere göre belirlenir. Verimli çalışmayan bir birimin verimlilik sınırını oluşturan il veya iller referans iller olarak kabul edilir. Tablo 2’nin ikinci sütununda verimli bir ilin, kaç il için referans oluşturduğu gösterilmiştir. Referans iller, teknik olarak verimsiz illere, verimli olabilmesi için girdi ve çıktılarını ne derece artırıp azaltması gerektiği konusunda örnek oluştururlar. Diğer illere en fazla referans olan il, Sakarya olup, bu ili Yalova Nevşehir ve Bartın illeri izlemektedir.

Tablo 2. Verimli iller ve referans sayıları

Referans (Verimli) iller	Referans sayısı
Adana	8
Ardahan	2
Aydın	11
Bartın	24
Bayburt	0
Bursa	1
Gaziantep	6
İğdır	1
İstanbul	2
İzmir	1
Karaman	3
Kırıkkale	1
Kırşehir	0
Kilis	0
Manisa	0
Nevşehir	24
Sakarya	57
Tekirdağ	0
Tunceli	0
Uşak	1
Yalova	30

Verimli ve verimsiz acil yardım hizmetleri organizasyonlarının girdi ve çıktı değişkenleri ile ilgili istatistikler Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Verimli ve Verimsiz illerin Girdi ve Çıktı Bileşimleri

Değişkenler	Verimlilik Durumu	N	Ortalama	St Sapma
Ambulans sayısı	Verimsiz	60	67	36
	Verimli	21	86	112
Personel Sayısı	Verimsiz	60	424	295
	Verimli	21	564	812
Müdahale Sayısı	Verimsiz	60	78.427	70.768
	Verimli	21	137.540	216.487
Kentsel Müdahale Süresi	Verimsiz	60	5,1	0,8
	Verimli	21	4,8	0,7
Kırsal Alan Müdahale Süresi	Verimsiz	60	15,8	3,3
	Verimli	21	13,5	3,2

Tablo 3’de verilerden hareketle verimli illerin ölçek itibariyle verimsiz illere göre daha fazla üretken kapasiteye sahip oldukları anlaşılmaktadır. Daha fazla girdi kullanmalarına karşın, verimli illerin bu kapasiteyi diğer illere göre daha iyi harekete geçirdikleri gözlenmektedir. Zira verimli iller, verimsiz illere göre % 42 oranında daha fazla acil müdahale hizmeti sunarken, kentsel alanda %6, kırsal alanda %15 oranında daha hızlı yanıt vermiştir. Bu noktada bir hususu da açmakta yarar vardır: Bu çalışmada illerin ulaşım alt yapısı, sağlık hizmeti kullanım dinamikleri gibi çevresel faktörler göz ardı edilmiş; başka bir anlatımla illerin çevresel koşullarının aynı olduğu varsayılmıştır. Benzer çalışmaları yapacak bilim adamlarının, Aday ve Anderson’ın (1975) Anderson (1995) sağlık hizmeti kullanım modeli ile illerin ulaşım alt yapısı, trafik yoğunluğu gibi değişkenleri içeren modeller geliştirmeleri önerilmektedir.

Tablo 4’de azaltılabilir (atıl) girdi miktarları ile üretilme /geliştirme potansiyeli bulunan çıktı miktarları ile ilgili sonuçlar verilmiştir. Bu sonuçları yorumlarken araştırmanın kesitsel olduğunu dikkate almak gerekir. Tablo 4’de verilen atıl girdi miktarları, kesinlikle azaltılması veya başka alanlara tahsis edilmesi gereken girdi düzeyleri olarak yorumlanmamalıdır. Zira çalışma 2022 yılı verileri kullanılarak gerçekleştirilmiş olup, o yıla özgü şartların bir sonucu olarak çıkmıştır. Verimli duruma gelmek için kaynak azaltmak, gelecek dönemlerde karşılanamayan sağlık hizmeti ihtiyacı sorununa da zemin hazırlamaması gerekir. Gelecek yıllarda hizmet talebinin ne olacağı yönünde sağlıklı tahminler yapılmadan kaynak azaltma kararlarının alınmaması gerekir.

Tablo 4. Azaltılabilir Girdi ve Artırılabilir Çıktı Miktarları

	Ortalama	Min	Max	St Sapma
Verimlilik skoru	0,71	0,51	0,91	0,09
Ambulans sayısı	13	0	60	12
Personel sayısı	101	0	406	92
Kentsel ulaşım süresi	0,38	0	3,35	0,66
Kırsal ulaşım süresi	3,15	0	12,39	2,69
Müdahale sayısı	5.430	0	38.114	10.013

### Öneriler

Acil yardım sağlık hizmetleri organizasyonlarının teknik verimlilikleri girdi çıktı bileşimleri dikkate alınarak ölçülmektedir. Bununla birlikte verimlilik ölçüm sonuçlarını etkileyebilecek çevresel ve kurumsal faktörleri (toplumun sağlık hizmeti kullanım eğilimleri, ambulansların marka ve özellikleri, sürücü performansı vb) dikkate alan kapsamlı araştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Diğer yandan kentsel ve kırsal alandaki yapılaşma ve nüfus hareketleri dikkate alınarak acil istasyonların konumlarının da gözden geçirilmesi yararlı olabilir.

### Kaynaklar

1. Aday, L. A., & Andersen, R. (1974). A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res*, 9, 208–220.
2. Akdağ, R. (2012). *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
3. Andersen, R. M. (1995). Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav*, 36, 1–10.
4. Aslan, Ş. (2018). Türkiye’deki Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri. *International Journal of Social Humanities Sciences Research (JSHSR)*, 5(31), 4995–5002. doi:10.26450/jshsr.856
5. Çayırtepe, Z., Esatoğlu, A. E., Aral, A. ve Kavuncubaşı, Ş. (2023). Coronary Artery Bypass Graft Surgery Clinical Quality : A Network-DEA approach. *Qeios*, 1–22. doi:doi.org/10.32388/XUS2FE
6. Charnes, A., Cooper, WW., Rhodes, E (1978) Measuring the efficiency of decision making units, *European Journal of Operational Research* 2 (6), 429–444
7. Kaçak, H. (2023). *Sağlık Hizmetlerinde Performans Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

8. Lambert, T. E., Min, H. ve Srinivasan, A. K. (2009). *Benchmarking and measuring the comparative efficiency of emergency medical services in major US cities. Benchmarking: An International Journal*, 16(4), 543–561. doi:10.1108/14635770910972450
9. Mohd Hassan, N. Z. A., Bahari, M. S., Aminuddin, F., Mohd Nor Sham Kunusagaran, M. S. J., Zaimi, N. A., Mohd Hanafiah, A. N. ve Kamarudin, F. (2023). *Data envelopment analysis for ambulance services of different service providers in urban and rural areas in Ministry of Health Malaysia. Frontiers in Public Health*, 10. doi:10.3389/fpubh.2022.959812
10. Moore, A., Nolan, J. ve Segal, G. F. (2005). *Putting Out The Trash. Urban Affairs Review*, 41(2), 237–259. doi:10.1177/1078087405279466
11. Nunamaker, T. R. (1983). *Measuring routine nursing service efficiency: a comparison of cost per patient day and data envelopment analysis models. Health Services Research*, 18(2 Pt 1), 183–208.
12. Ozcan, Y. A. ve Khushalani, J. (2017). *Assessing efficiency of public health and medical care provision in OECD countries after a decade of reform. Central European Journal of Operations Research*, 25(2), 325–343. doi:10.1007/s10100-016-0440-0
13. Narci, H., Ozcan, Y. A., Şahin, İ., Tarcan, M. ve Narci, M. (2015). *An examination of competition and efficiency for hospital industry in Turkey. Health Care Management Science*, 18(4), 407–418. doi:10.1007/s10729-014-9315-x
14. Şimşek, P. , Günaydın, M. & Gündüz, A. (2019). *Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetleri: Türkiye Örneği . Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi , 8 (1) , 120-127 . Retrieved from https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/43947/418283*

NS10

## Sağlık Temalı Bir Üniversitede Akademik Başarıyı Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Tükenmişliğe Etkisi: Sağlık Yönetimi Öğrencileri Üzerinde Bir Araştırma

Sefanur BURUNKAYA<sup>1</sup>, Özlem GEDİK<sup>1</sup>, Mustafa CANBAZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi  
Sorumlu Yazar: nursef.1905@gmail.com

**Amaç:** Toplumun her kesiminin maruz kalabileceği bir problem halini alan tükenmişlik, akademik hayatta öğrencinin öğrenime başladığı bölüme olan kariyer beklentisinin ve umudunun sonraki süreçlerde istenildiği gibi karşılanmaması durumunda ortaya çıkabilmekte ve akademik başarının düşmesi ile okulu bırakmaya kadar gidebilmektedir. Kaliteli bir eğitim verme, başarılı bir öğrenci profili oluşturma, öğrenciyi alanında uzman bir birikimle mezun etme, öğrencinin yapacağı işlerde ve bulunacağı sosyal ve kurumsal çevrede her anlamda hazırlıklı olmasını sağlama gibi genel amaçları olan üniversitelerin bu kriterleri sağlamada kurum kültürü, yönetim anlayışı, kurumun fiziksel ortam ve donanımı gibi niteliklere ek olarak görev yapan öğretim üyelerinin iletişim ve insan ilişkileri becerisi, öğretim stratejisi ve yöntemleri, öğrenme kuramları ve motivasyon, ölçme ve değerlendirme, alan yeterliliği ve alandaki yeni gelişmeleri izleme gibi bireysel, çevresel ve kurumsal birçok faktörden söz etmek mümkündür. Bu çalışmada akademik başarıyı etkileyen örgütsel faktörlerin mevcut durumu tükenmişliği ne düzeyde etkilemektedir sorusundan hareketle sağlık yönetimi bölümü öğrencileriyle bir çalışma gerçekleştirilmiş olup alan yazınına katkı sunulması amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Kolayda örneklem yöntemi ile Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde araştırmaya katılmayı kabul eden 172 sağlık yönetimi bölümü öğrencisi ile 3 bölümden oluşan anket gerçekleştirilmiştir. Anketin birinci bölümünde demografik sorular, ikinci bölümünde "tükenme, duyarsızlaşma ve yetkinlik" şeklinde 3 boyut ve 13 ifadeden oluşan tükenmişlik ölçeği ve son bölümde ise "mesleki yeterlilik ve uygulama, yönetsel hizmet ve uygulamalar, iletişim, fiziksel ortam ve donanım" şeklinde 4 boyut ve 22 ifadeden oluşan başarıyı etkileyen örgütsel faktörler ölçeği yer almıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte hazırlanan bu çalışmada veriler nicel yöntemlerle analiz edilmiştir. Akademik başarıyı etkileyen örgütsel faktörlerin tükenmişlik üzerindeki etkisini araştırmak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

**Bulgular:** Çalışmada yapılan regresyon analizleri sonucu mesleki yeterlilik ve uygulamanın tükenme ( $R^2=0,260$ ; Beta=  $-0,522$ ;  $p=,035$ ), duyarsızlaşma ( $R^2=0,302$ ; Beta=  $-0,548$ ;  $p=,000$ ) ve yetkinlik ( $R^2=0,250$ ; Beta=  $-0,502$ ;  $p=,039$ ) düzeyleri üzerinde, yönetsel hizmet ve uygulamaların tükenme ( $R^2=0,230$ ; Beta=  $-0,472$ ;  $p=,000$ ) ve duyarsızlaşma ( $R^2=0,202$ ; Beta=  $-0,442$ ;  $p=,000$ ) düzeyleri üzerinde, iletişimin duyarsızlaşma ( $R^2=0,262$ ; Beta=  $-0,524$ ;  $p=,001$ ) düzeyi üzerinde ve fiziksel ortam ve donanımın tükenme ( $R^2=0,251$ ; Beta=  $-0,503$ ;  $p=,003$ ) ve duyarsızlaşma ( $R^2=0,267$ ; Beta=  $-0,531$ ;  $p=,000$ ) düzeyleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Tükenmişliğin birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkabileceği gerçeği, özellikle sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinde bölümün atama problemleri gibi sebepler nedeniyle meslek hayatına başlamadan evvel daha üniversite hayatındayken yaşanmaktadır. Var olan olumsuz tutumları içeren tükenmişliği üniversite hayatında bir nebze de olsa azaltmayı sağlayacak olan unsurların bilinmesi bu anlamda oldukça önem taşımaktadır. Mesleki yeterlilik ve uygulama, yönetsel hizmet ve uygulamalar, iletişim, fiziksel ortam ve donanım ile ilişkili örgütsel faktörlerin mevcut durumuna yönelik iyileştirmeler öğrencilerin tükenmişlik düzeyinin daha fazla azalmasını sağlayabilecektir. Üniversite yönetimlerinin söz konusu unsurlara ehemmiyet göstererek buna uygun stratejiler geliştirmesi önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Tükenmişlik, başarıyı etkileyen örgütsel faktörler, sağlık yönetimi

### The Effect of Organizational Factors Affecting Academic Achievement on Burnout in a Health-Themed University: An Application with Healthcare Management Students

**Aim:** Burnout, which has become a problem that all segments of the society may be exposed to, may occur if the student's career expectation and hope for the department in which he/she started in academic life are not met as desired in the following processes. This situation can go as far as dropping out of school with the decrease in academic success. Universities have general objectives such as providing a quality education, creating a successful student profile, graduating the student with an expert knowledge in the field, and ensuring that the student is prepared in every sense for the jobs he/she will do and the social and institutional environment he/she will be in. In addition to the qualifications such as corporate culture, management understanding, physical environment and equipment of the institution, the communication and human relations skills of the faculty members, teaching strategies and methods, learning theories and motivation, measurement and evaluation, field proficiency and monitoring new developments in the field in order to meet these criteria. It is possible to talk about many individual, environmental and institutional factors such as In this study, a study was conducted with the students of the healthcare management department, based on the question of how the current state of organizational factors affecting academic achievement and how much burnout affects burnout, and it is aimed to contribute to the literature.

**Method:** In this study, a 3-part questionnaire was conducted with 172 healthcare management students who agreed to participate in the research at Afyonkarahisar Health Sciences University, Faculty of Health Sciences. In the first part of the questionnaire, demographic questions, in the second part the burnout scale consisting of 3 dimensions and 13 expressions as "burnout, depersonalization and competence", and in the last part 4 dimensions as "professional competence and practice, managerial services and practices, communication, physical environment and equipment". The scale of organizational factors affecting success, which

consists of 22 statements, was included. This descriptive and cross-sectional study was analyzed using quantitative methods. A simple linear regression analysis was performed on the effect of organizational factors affecting academic achievement on burnout. **Results:** It was determined that professional competence and practice had a significant effect on burnout ( $R^2=0,260$ ;  $Beta=-,522$ ;  $p=,035$ ), depersonalization ( $R^2=0,302$ ;  $Beta=-,548$ ;  $p=,000$ ) and competence levels ( $R^2=0,250$ ;  $Beta=-,502$ ;  $p=,039$ ). It has been determined that administrative services and practices have a significant effect on burnout ( $R^2=0,230$ ;  $Beta=-,472$ ;  $p=,000$ ) and depersonalization levels ( $R^2=0,202$ ;  $Beta=-,442$ ;  $p=,000$ ). It has been determined that communication has a significant effect on the level of depersonalization and the physical environment and equipment have a significant effect on the levels of burnout ( $R^2=0,251$ ;  $Beta=-,503$ ;  $p=,003$ ) and depersonalization ( $R^2=0,267$ ;  $Beta=-,531$ ;  $p=,000$ ).

**Conclusion:** The fact that burnout can occur due to many factors is experienced while in university life before starting professional life, especially in healthcare management department students due to reasons such as assignment problems of the department. In this sense, it is very important to know the elements that will reduce the burnout, which includes the existing negative attitudes, even a little bit in university life. Improvements to the current state of organizational factors related to professional competence and practice, administrative services and practices, communication, physical environment and equipment will be able to reduce students' burnout level more. It is recommended that university administrations pay attention to these factors and develop strategies accordingly.

**Keywords:** Burnout, organizational factors affecting success, healthcare management

## Giriş

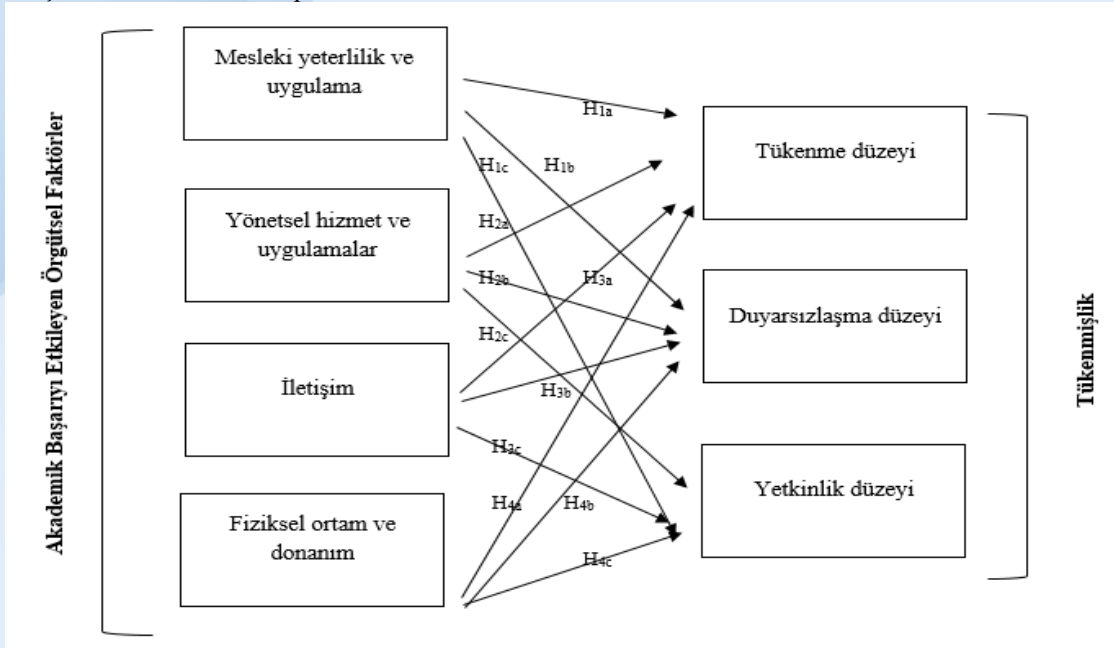
Akademik açıdan bireyin kendini bulma, evrensel olguları değerlendirme ve kavramaya ilişkin birtakım unsurlarla daha çok karşılaştığı yer olan üniversite yaşamı, kimi zaman stres, kaygı ve tükenmişliği beraberinde getirebilmektedir (Şahin, 2018; Hancıoğlu, 2017; Aşçı vd., 2015; Savcı ve Aysan, 2014; Durna, 2010). “Bireyde ortaya çıkan fiziksel bitkinlik, uzun süren yorgunluk, çaresizlik ve umutsuzluk duyguları ile birlikte bireyin işe, hayata ve diğer insanlara karşı gösterdiği olumsuz tutumları kapsayan fiziksel ve zihinsel boyutu bir sendrom” olarak tanımlanan tükenmişlik, toplumun her kesiminin maruz kalabileceği bir problem halini almıştır (Hoşgör vd., 2021; Albar ve Ofluoğlu, 2017; Işıkhana, 2017; Budak ve Sürgevil, 2015; Tetik, 2011; İkiz, 2010; Akbolat ve Işık, 2008; Sağlam Arı ve Çına Bal, 2008; Cemaloğlu ve Şahin, 2007; Maslach ve Jackson, 1981). Tükenmişliğin bu türden bir problem halini alması, akademik hayatta öğrencinin öğrenime başladığı bölüme olan kariyer beklentisinin ve umudunun sonraki süreçlerde istenildiği gibi karşılanmaması durumunda ortaya çıkabilmekte ve akademik başarının düşmesi ile okulu bırakmaya kadar gidebilmektedir (Denat vd., 2018; Seçer ve Yazıcı, 2018; Duru vd., 2014; Tansel, 2015). “Belli bir dersin ve programın sonucunda, programın hedefleri ile ilgili sergilenen yeterlilik düzeyi” olarak tanımlanan akademik başarı, öğrencileri ilgilendirdiği gibi üniversiteleri de ilgilendirmektedir (Cevizci, 2010). Kaliteli bir eğitim verme, başarılı bir öğrenci profili oluşturma, öğrenciyi alanında uzman bir birikimle mezun etme, öğrencinin yapacağı işlerde ve bulunacağı sosyal ve kurumsal çevrede her anlamda hazırlıklı olmasını sağlama gibi genel amaçları olan üniversitelerin bu kriterleri sağlamada kurum kültürü, yönetim anlayışı, kurumun fiziksel ortam ve donanımı gibi niteliklere ek olarak görev yapan öğretim üyelerinin iletişim ve insan ilişkileri becerisi, öğretim stratejisi ve yöntemleri, öğrenme kuramları ve motivasyon, ölçme ve değerlendirme, alan yeterliliği ve alandaki yeni gelişmeleri izleme gibi bireysel, çevresel ve kurumsal birçok faktörde etkin olmak için çaba sarf etmesi gerektiğini ifade etmek mümkündür (Memduhoğlu ve Tanhan, 2013). Bu çalışmada akademik başarıyı etkileyen örgütsel faktörlerin mevcut durumu tükenmişliği ne düzeyde etkilemektedir sorusundan hareketle sağlık yönetimi bölümü öğrencileriyle bir çalışma gerçekleştirilmiş olup alan yazınına katkı sunulması amaçlanmaktadır.

## Yöntem

Kolayda örneklem yöntemi ile Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde araştırmaya katılmayı kabul eden 172 sağlık yönetimi bölümü öğrencisi ile 3 bölümden oluşan anket gerçekleştirilmiştir. Anketin birinci bölümünde demografik sorular, ikinci bölümünde “tükenme, duyarsızlaşma ve yetkinlik” şeklinde 3 boyut ve 13 ifadeden oluşan “Maslach Tükenmişlik Envanteri-Öğrenci Formu” (Çapri, Gündüz ve Gökçakan, 2011) ve son bölümde ise “mesleki yeterlilik ve uygulama, yönetsel hizmet ve uygulamalar, iletişim, fiziksel ortam ve donanım” şeklinde 4 boyut ve 22 ifadeden oluşan “Öğrencilerin Akademik Başarılarını Etkileyen Kurumsal Faktörler Ölçeği” (Memduhoğlu ve Tanhan, 2013) yer almıştır. Çalışmanın gerçekleştirilmesi için “Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu”nun 02/06/2023 tarih ve 2023/6 sayılı kararı ile etik kurul onayı alınmıştır. Tanımlayıcı ve kesitsel tipte hazırlanan bu çalışmada veriler nicel yöntemlerle analiz edilmiştir. Akademik başarıyı etkileyen örgütsel faktörlerin tükenmişlik üzerindeki etkisini araştırmak için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.



## Araştırmanın Modeli ve Hipotezler



Şekil 1. Araştırmanın modeli

H<sub>1</sub>, H<sub>2</sub>, H<sub>3</sub> ve H<sub>4</sub> çatı hipotezleri altında yer alan hipotezler aşağıda yer almaktadır.

H<sub>1</sub>: Mesleki yeterlilik ve uygulamanın tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>1a</sub>: Mesleki yeterlilik ve uygulamanın tükenme düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>1b</sub>: Mesleki yeterlilik ve uygulamanın duyarsızlaşma düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>1c</sub>: Mesleki yeterlilik ve uygulamanın yetkinlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>2</sub>: Yönetsel hizmet ve uygulamaların tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>2a</sub>: Yönetsel hizmet ve uygulamaların tükenme düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>2b</sub>: Yönetsel hizmet ve uygulamaların duyarsızlaşma düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>2c</sub>: Yönetsel hizmet ve uygulamaların yetkinlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>3</sub>: İletişimin tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>3a</sub>: İletişimin tükenme düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>3b</sub>: İletişimin duyarsızlaşma düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>3c</sub>: İletişimin yetkinlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>4</sub>: Fiziksel ortam ve donanımın tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>4a</sub>: Fiziksel ortam ve donanımın tükenme düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>4b</sub>: Fiziksel ortam ve donanımın duyarsızlaşma düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>4c</sub>: Fiziksel ortam ve donanımın yetkinlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

## Bulgular

Araştırmanın bu kısmında elde edilen bulgulara ilişkin tablolar bulunmaktadır.

Tablo 1. Demografik Özelliklere İlişkin Bulgular (n=172)

Yaş	Sayı	Yüzde (%)
18-21 yaş	104	60,5
22-25 yaş	68	39,5
Cinsiyet	Sayı	Yüzde (%)
Kadın	92	53,5
Erkek	80	46,5
Sınıf Düzeyi	Sayı	Yüzde (%)
1. Sınıf	16	9,3
2. Sınıf	44	25,6
3. Sınıf	45	26,2
4. Sınıf	67	39,0

Sağlık Yönetimi bölümünü tavsiye etme	Sayı	Yüzde (%)
Evet	66	38,4
Hayır	106	61,6
Toplam	172	100,0

Tabloda araştırmaya katılan bireylerin %53,5 (92)'i kadın, %46,5 (80)'i erkektir. Katılımcıların %60,5 (104)'ü 18-21 yaş aralığında, %39,5 (68)'i 22-25 yaş aralığındadır. Sınıf düzeyi incelendiğinde %9,3 (16)'ü 1. sınıf, %25,6 (44)'sı 2. sınıf, %26,2 (45)'si 3. sınıf ve %39 (67)'u 4. sınıftır. Katılımcılara yöneltilen sağlık yönetimi bölümünü tavsiye etme sorusuna %61,6 (106)'sı hayır yanıtı verirken %38,4 (66)'ü evet yanıtı vermiştir.

Tablo 2. Ölçeklerin Güvenilirlik Analizine İlişkin Bulgular

Boyutlar	Cronbach' Alfa Katsayısı	Madde Sayısı
Tükenme Boyutu	0,940	5
Duyarsızlaşma Boyutu	0,914	4
Yetkinlik Boyutu	0,761	4
Mesleki Yeterlilik ve Uygulama Boyutu	0,927	8
Yönetimsel Hizmet ve Uygulamalar Boyutu	0,869	7
İletişim Boyutu	0,807	5
Fiziksel Ortam ve Donanım Boyutu	0,784	2

Tabloda boyutlara ilişkin "Cronbach" Alfa katsayıları'nın 0,70 ve üzerinde olduğu görülmektedir. Bu sonuç, ölçeklerin alt boyutlarının yeterli düzeyde güvenilir olduğunu ifade etmektedir (Kılıç, 2016).

Tablo 3. Ölçeklerin Boyutlarına İlişkin Tanımlayıcı Bulgular

	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Mesleki Yeterlilik ve Uygulama Boyutu	2,81	,850	,194	-,534
Yönetimsel Hizmet ve Uygulamalar Boyutu	2,68	,750	,308	-,354
İletişim Boyutu	2,89	,787	,229	-,649
Fiziksel Ortam ve Donanım Boyutu	3,10	,969	-,353	-1,017
Tükenme Boyutu	3,37	,996	-,260	-,893
Duyarsızlaşma Boyutu	3,23	,963	-,145	-,798
Yetkinlik Boyutu	3,51	,676	-,846	,703

Araştırma kapsamında verilere "parametrik ya da non parametrik" testlerin hangisinin uygulanacağına karar verebilmek için "normallik testi" yapılmıştır. Bu testte çarpıklık ve basıklık değerlerinin "-1.5 ile +1.5 aralığı"nda olması, verilerin normal dağılıma sahip olduğu koşulunu yerine getirmektedir (Tabachnick ve Fidell, 2013). Tablodaki ifadeler, çarpıklık (-,846/ ,308) ve basıklık (-1,017/ ,703) değerlerinin istenen değerler arasında olduğunu ve verilerin normal dağıldığını göstermektedir. Tabloda ayrıca ölçekteki boyutların ortalamasına göre katılımcıların akademik başarıyı etkileyen örgütsel faktörlerin mevcut durumuna yönelik algısının orta seviyede olduğu, tükenmişlik düzeyinin ise yükseğe yakın seviyede olduğu görülmektedir.

H<sub>1</sub>: Mesleki yeterlilik ve uygulamanın tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

H<sub>1</sub> çatı hipotezi kapsamında oluşturulan H<sub>1a</sub>, H<sub>1b</sub> ve H<sub>1c</sub> hipotezlerine ait regresyon analizleri ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

H<sub>1a</sub>: Mesleki yeterlilik ve uygulamanın tükenme düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 4. Mesleki yeterlilik ve uygulamanın tükenme düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	R <sup>2</sup>	Beta	F	p
Mesleki yeterlilik ve uygulama	Tükenme düzeyi	,260	-,522	120,519	,035

Tabloda mesleki yeterlilik ve uygulamanın tükenme düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan "basit doğrusal regresyon analizi" sonuçlarında "anlamlılık (p) değeri" incelendiğinde; p<0,05 olduğundan tükenme düzeyi anlamlı düzeyde mesleki yeterlilik ve

uygulamadan etkilenmektedir ( $F=120,519$   $p=,035$ ). Mesleki yeterlilik ve uygulamadaki bir birimlik artış, tükenme düzeyi üzerinde 0,522 birimlik azalış sağlamaktadır.  $R^2$  determinasyon katsayısı değerine göre, tükenme düzeyinin % 26'sı ( $R^2=0,260$ ), mesleki yeterlilik ve uygulama değişkeni tarafından açıklanabilmektedir. Buna göre hipotez kabul edilmiştir.

$H_{1b}$ : Mesleki yeterlilik ve uygulamanın duyarsızlaşma düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 5. Mesleki yeterlilik ve uygulamanın duyarsızlaşma düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	$R^2$	Beta	F	p
Mesleki yeterlilik ve uygulama	Duyarsızlaşma düzeyi	,302	-,548	169,469	,000

Tabloda mesleki yeterlilik ve uygulamanın duyarsızlaşma düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde;  $p<0,05$  olduğundan duyarsızlaşma düzeyi anlamlı düzeyde mesleki yeterlilik ve uygulamadan etkilenmektedir ( $F=169,469$   $p=,000$ ). Mesleki yeterlilik ve uygulamadaki bir birimlik artış, duyarsızlaşma düzeyi üzerinde 0,548 birimlik azalış sağlamaktadır.  $R^2$  determinasyon katsayısı değerine göre, duyarsızlaşma düzeyinin % 30'u ( $R^2=0,302$ ), mesleki yeterlilik ve uygulama değişkeni tarafından açıklanabilmektedir. Buna göre hipotez kabul edilmiştir.

$H_{1c}$ : Mesleki yeterlilik ve uygulamanın yetkinlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 6. Mesleki yeterlilik ve uygulamanın yetkinlik düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	$R^2$	Beta	F	p
Mesleki yeterlilik ve uygulama	Yetkinlik düzeyi	,250	-,502	115,335	,039

Tabloda mesleki yeterlilik ve uygulamanın yetkinlik düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde;  $p<0,05$  olduğundan yetkinlik düzeyi anlamlı düzeyde mesleki yeterlilik ve uygulamadan etkilenmektedir ( $F=115,335$   $p=,039$ ). Mesleki yeterlilik ve uygulamadaki bir birimlik artış, yetkinlik düzeyi üzerinde 0,502 birimlik azalış sağlamaktadır.  $R^2$  determinasyon katsayısı değerine göre, yetkinlik düzeyinin % 25'i ( $R^2=0,250$ ), mesleki yeterlilik ve uygulama değişkeni tarafından açıklanabilmektedir. Buna göre hipotez kabul edilmiştir.

$H_2$ : Yönetmelik hizmet ve uygulamaların tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Araştırmada  $H_2$  çatı hipotezi kapsamında oluşturulan  $H_{2a}$ ,  $H_{2b}$  ve  $H_{2c}$  hipotezlerine ait regresyon analizleri ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

$H_{2a}$ : Yönetmelik hizmet ve uygulamaların tükenme düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 7. Yönetmelik hizmet ve uygulamaların tükenme düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	$R^2$	Beta	F	p
Yönetmelik hizmet ve uygulamalar	Tükenme düzeyi	,230	-,472	110,571	,000

Tabloda yönetmelik hizmet ve uygulamanın tükenme düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde;  $p<0,05$  olduğundan tükenme düzeyi anlamlı düzeyde yönetmelik hizmet ve uygulamadan etkilenmektedir ( $F=110,571$   $p=,000$ ). Yönetmelik hizmet ve uygulamadaki bir birimlik artış, tükenme düzeyi üzerinde 0,472 birimlik azalış sağlamaktadır.  $R^2$  determinasyon katsayısı değerine göre, tükenme düzeyinin %23'ü ( $R^2=0,230$ ), yönetmelik hizmet ve uygulama değişkeni tarafından açıklanabilmektedir. Buna göre hipotez kabul edilmiştir.

$H_{2b}$ : Yönetmelik hizmet ve uygulamaların duyarsızlaşma düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 8. Yönetmelik hizmet ve uygulamaların duyarsızlaşma düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	$R^2$	Beta	F	p
Yönetmelik hizmet ve uygulamalar	Duyarsızlaşma düzeyi	,202	-,442	99,706	,000

Tabloda yönetmelik hizmet ve uygulamanın duyarsızlaşma düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde;  $p<0,05$  olduğundan duyarsızlaşma düzeyi anlamlı düzeyde yönetmelik hizmet ve uygulamadan etkilenmektedir ( $F=99,706$   $p=,000$ ). Yönetmelik hizmet ve uygulamadaki bir birimlik artış, duyarsızlaşma düzeyi üzerinde 0,442 birimlik azalış sağlamaktadır.  $R^2$  determinasyon katsayısı değerine göre, duyarsızlaşma düzeyinin %20'si ( $R^2=0,202$ ), yönetmelik hizmet ve uygulama değişkeni tarafından açıklanabilmektedir. Buna göre hipotez kabul edilmiştir.

$H_{2c}$ : Yönetmelik hizmet ve uygulamaların yetkinlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 9. Yönetmelik hizmet ve uygulamaların yetkinlik düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	$R^2$	Beta	F	p
Yönetmelik hizmet ve uygulamalar	Yetkinlik düzeyi	,206	-,076	,981	,323

Tabloda yönetmelik hizmet ve uygulamaların yetkinlik düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde;  $p>0,05$  olduğundan hipotez kabul edilmemiştir.

H<sub>3</sub>: İletişimin tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Araştırmada H<sub>3</sub> çatı hipotezi kapsamında oluşturulan H<sub>3a</sub>, H<sub>3b</sub> ve H<sub>3c</sub> hipotezlerine ait regresyon analizleri ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

H<sub>3a</sub>: İletişimin tükenme düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 10. İletişimin tükenme düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	R <sup>2</sup>	Beta	F	p
İletişim	Tükenme düzeyi	,020	-,143	3,547	,061

Tabloda iletişimin tükenme düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde; p>0,05 olduğundan hipotez kabul edilmemiştir.

H<sub>3b</sub>: İletişimin duyarsızlaşma düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 11. İletişimin duyarsızlaşma düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	R <sup>2</sup>	Beta	F	p
İletişim	Duyarsızlaşma düzeyi	,262	-,524	122,032	,001

Tabloda iletişimin duyarsızlaşma düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde; p<0,05 olduğundan duyarsızlaşma düzeyi anlamlı düzeyde iletişimden etkilenmektedir (F=122,032 p=,001). İletişimdeki bir birimlik artış, duyarsızlaşma düzeyi üzerinde 0,524 birimlik azalış sağlamaktadır. R<sup>2</sup> determinasyon katsayısı değerine göre, duyarsızlaşma düzeyinin %26’sı (R<sup>2</sup>=0,262), iletişim değişkeni tarafından açıklanabilmektedir. Buna göre hipotez kabul edilmiştir.

H<sub>3c</sub>: İletişimin yetkinlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 12. İletişimin yetkinlik düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	R <sup>2</sup>	Beta	F	p
İletişim	Yetkinlik düzeyi	,002	-,039	,259	,611

Tabloda iletişimin yetkinlik düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde; p>0,05 olduğundan hipotez kabul edilmemiştir.

H<sub>4</sub>: Fiziksel ortam ve donanımın tükenmişlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Araştırmada H<sub>4</sub> çatı hipotezi kapsamında oluşturulan H<sub>4a</sub>, H<sub>4b</sub> ve H<sub>4c</sub> hipotezlerine ait regresyon analizleri ve sonuçlar aşağıdaki tablolarda yer almaktadır.

H<sub>4a</sub>: Fiziksel ortam ve donanımın tükenme düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 13. Fiziksel ortam ve donanımın tükenme düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	R <sup>2</sup>	Beta	F	p
Fiziksel ortam ve donanım	Tükenme düzeyi	,251	-,503	116,970	,003

Tabloda fiziksel ortam ve donanımın tükenme düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde; p<0,05 olduğundan tükenme düzeyi anlamlı düzeyde fiziksel ortam ve donanımdan etkilenmektedir (F=116,970 p=,003). Fiziksel ortam ve donanımdaki bir birimlik artış, tükenme düzeyi üzerinde 0,503 birimlik azalış sağlamaktadır. R<sup>2</sup> determinasyon katsayısı değerine göre, tükenme düzeyinin %25’i (R<sup>2</sup>=0,251), fiziksel ortam ve donanım değişkeni tarafından açıklanabilmektedir. Buna göre hipotez kabul edilmiştir.

H<sub>4b</sub>: Fiziksel ortam ve donanımın duyarsızlaşma düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 14. Fiziksel ortam ve donanımın duyarsızlaşma düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	R <sup>2</sup>	Beta	F	P
Fiziksel ortam ve donanım	Duyarsızlaşma düzeyi	,267	-,531	125,157	,000

Tabloda fiziksel ortam ve donanımın duyarsızlaşma düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde; p<0,05 olduğundan duyarsızlaşma düzeyi anlamlı düzeyde fiziksel ortam ve donanımdan etkilenmektedir (F=125,157 p=,000). Fiziksel ortam ve donanımdaki bir birimlik artış, duyarsızlaşma düzeyi üzerinde 0,531 birimlik azalış sağlamaktadır. R<sup>2</sup> determinasyon katsayısı değerine göre, duyarsızlaşma düzeyinin yaklaşık %27’si (R<sup>2</sup>=0,267), fiziksel ortam ve donanım değişkeni tarafından açıklanabilmektedir. Buna göre hipotez kabul edilmiştir.

H<sub>4c</sub>: Fiziksel ortam ve donanımın yetkinlik düzeyi üzerinde etkisi vardır.

Tablo 15. Fiziksel ortam ve donanımın yetkinlik düzeyine etkisi

Bağımsız Değişken	Bağımlı değişken	R <sup>2</sup>	Beta	F	p
Fiziksel ortam ve donanım	Yetkinlik düzeyi	,004	-,067	,762	,384

Tabloda fiziksel ortam ve donanımın yetkinlik düzeyine etkisini belirlemeye yönelik yapılan “basit doğrusal regresyon analizi” sonuçlarında “anlamlılık (p) değeri” incelendiğinde;  $p > 0,05$  olduğundan hipotez kabul edilmemiştir.

### Tartışma ve Sonuç

Afyonkarahisar’da sağlık temalı bir üniversitenin sağlık yönetimi bölümü öğrencileri ile yapılan bu çalışmada, akademik başarıyı etkileyen örgütsel faktörlerin tükenmişliğe olan etkisi incelenmiştir. Toplamda 172 öğrenciye ulaşılan çalışmada katılımcıların %53,5 (92)’i kadın, %60,5 (104)’ü 18-21 yaş aralığında ve %39 (67)’u 4. sınıftır. Katılımcıların %61,6 (106)’sı sağlık yönetimi bölümünü tavsiye etmediğini belirtmiştir. Yapılan regresyon analizleri sonucu mesleki yeterlilik ve uygulamanın tükenme, duyarsızlaşma ve yetkinlik düzeyleri üzerinde, yönetsel hizmet ve uygulamaların tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri üzerinde, iletişimin duyarsızlaşma düzeyi üzerinde ve fiziksel ortam ve donanımın tükenme ve duyarsızlaşma düzeyleri üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir.

Analizler detaylı bir şekilde değerlendirildiğinde, öğrencilerin ders aldığı ortamda sınıfın yönetimini, ders verilirken kullanılan yöntem ve stratejileri, alandaki yenilik ve gelişmelerin izlenmesini, sorumluluk verilmesini ve hazırlık yapılmasını ifade eden “mesleki yeterlilik ve uygulama”nın; psikolojik danışma ve rehberlik hizmetlerini, sosyal ve kültürel etkinliklerin desteklenmesini, sorunların çözümünde görüşlerinin dikkate alınmasını ve kararlara katılımı ve öğrencilerine bilimsel bir ortam sağlanmasını ifade eden “yönetsel hizmet ve uygulamalar”ın; öğrencilerin yönetim ve öğretim üyeleri ile rahatça iletişim kurabilmeleri ve sorunlarını çekinmeden anlatabilmelerini ifade eden “iletişim”in; mekân, ısı, mevcut, ışık, estetik, araç ve gereci ifade eden “fiziksel ortam ve donanım”ın öğrenciler üzerinde tükenme durumunu oluşturan yıpranma, yorulma, tahammül duygusunun azalması, olaylara negatif duygularla yaklaşılması; duyarsızlaşma durumunu oluşturan yalnızlaşma, devamsızlık, sürekli tartışma hali ve aşağılama ve yetkinliğini yerine getirememe durumunu ifade eden ödevlerin istenildiği gibi yapılamaması, basit hatalara düşülmesi ve başarıda düşüşleri önemli ölçüde azalttığı ve örgütsel faktörlerin her birinde meydana gelen iyileşmenin tükenmişlikte azalış sağladığı ifade edilebilir. Bunlara ek olarak “mesleki yeterlilik ve uygulama”nın “yetkinlik düzeyi”ne etkisinde anlamlılık gözlendiği  $H_{1c}$  hipotezinde, “mesleki yeterlilik ve uygulama”nın öğrencilerin “yetkinlik düzeyi”nde bir azalışa neden olması ise derse donanımlı şekilde gelen öğretim elemanının kendisine sorumluluk verilen ve derse hazırlıklı gelmesi beklenen öğrencinin bu beklentiyi olması gerektiği gibi karşılama anlamındaki bir eksiklikten/kaşılama durumundan veya bilgi asimetrisinden kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuç, ilk bakışta olumsuzmuş gibi görünse de anlam itibarıyla öğrencilerin beklentilerin karşılanması noktasında çaba gösterdiği ve karşı tarafta tatmin etme duygusunun oluşturulmaya çalışıldığı yorumu yapılabilir.

Literatürde akademik başarı ile tükenmişliğin bir arada değerlendirildiği birçok çalışma bulunmakla birlikte akademik başarıyı etkileyen örgütsel faktörlerin tükenmişliğe olan etkisini ele alan çalışmalar sınırlı düzeydedir. Bu açıdan akademik başarıyı etkileyen örgütsel faktörlerin boş zaman yönetimi (Yaşartürk vd, 2018), akademik benlik (Cantekin, 2020), kariyer kararlılığı (İrge vd., 2020), sağlıklı yaşam biçimi davranışı (Yoldaş, 2016) gibi kavramlarla değerlendirildiği görülmektedir. Tüm bu çalışmaların odak noktası, başarıya ilişkin kurumun üstleneceği etkin rolün açıkça görülmesidir. Nitekim yapılan bu çalışmada da üniversite yönetimlerine söz konusu geri bildirim yapıldığı düşünülmektedir.

Tükenmişliğin birçok faktöre bağlı olarak ortaya çıkabileceği gerçeği, özellikle sağlık yönetimi bölümü öğrencilerinde bölümün atama problemleri gibi sebepler nedeniyle meslek hayatına başlamadan evvel daha üniversite hayatındayken yaşanmaktadır. Var olan olumsuz tutumları içeren tükenmişliği üniversite hayatında bir nebze de olsa azaltmayı sağlayacak olan unsurların bilinmesi bu anlamda oldukça önem taşımaktadır. Mesleki yeterlilik ve uygulama, yönetsel hizmet ve uygulamalar, iletişim, fiziksel ortam ve donanım ilişkin örgütsel faktörlerin mevcut durumuna yönelik iyileştirmeler öğrencilerin tükenmişlik düzeyinin daha fazla azalmasını sağlayabilecektir. Üniversite yönetimlerinin söz konusu unsurlara ehemmiyet göstererek buna uygun stratejiler geliştirmesi önerilmektedir.

### Kaynaklar

1. Akbolat, M., & Işık, O. (2008). Sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeyleri: Bir kamu hastanesi örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 11(2), 229-254.
2. Albar, B.Ö., & Ofloğlu, G. (2017). Çalışma Hayatında Mobbing ve Tükenmişlik İlişkisi. *Hak İş Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi*, 6(16), 538-550.
3. Aşçı, Ö., Hazar, G., Kılıç, E., & Korkmaz, A. (2015). Üniversite öğrencilerinde stres nedenlerinin ve stresle başa çıkma biçimlerinin belirlenmesi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(4), 213-232.
4. Budak, G., & Sürgevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerinde bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 95-108.
5. Cantekin, Ö.F. (2020). The effects of academic self-concept and organizational factors on academic achievement. *Bartın University Journal of Faculty of Education*, 9(1), 26-35.
6. Cemaloğlu, N., & Şahin, D.E. (2007). Öğretmenlerin mesleki tükenmişlik düzeylerinin farklı değişkenlere göre incelenmesi. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 15(2), 463-484.
7. Cevizci, A. (2010). *Eğitim sözlüğü*. Say Yayınları.
8. Çapri, B., Gündüz, B., & Gökçakan, Z. (2011). Maslach Tükenmişlik Envanteri-Öğrenci Formu'nun (MTE-ÖF) Türkçeye Uyarlanması: Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Cukurova University Faculty of Education Journal*, 40(1), 134-147.

9. Denat, Y., Dikmen, Y., Yılmaz, G., & Karalar, D. (2018). Hemşirelik öğrencilerinin tükenmişlik düzeyi ve etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 11(3), 218-223.
10. Durna, U. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Stres Düzeylerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 20(1), 319-343.
11. Duru, E., Duru, S., & Balkıs, M. (2014). Tükenmişlik, akademik başarı ve öz düzenleme arasındaki ilişkilerin analizi. *Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimleri*, 14(4), 1263-1284.
12. Hancıoğlu, Y. (2017). Üniversite öğrencilerinin algıladıkları stres düzeyleri ile stresle başa çıkma tarzları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 15(1), 130-149.
13. Hoşgör, D.G., Tanyel, T.Ç., Cin, S., & Demirsoy, S.B. (2021). COVID-19 pandemisi döneminde sağlık çalışanlarında tükenmişlik: İstanbul ili örneği. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 8(2), 372-386.
14. Işıkkhan, V. (2017). Özel Eğitim Alanında Çalışan Personelin Tükenmişlik Düzeylerine Etkide Bulunan Faktörlerin İncelenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(1), 7-26.
15. İkiz, E. (2010). Psikolojik danışmanların tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi*, 11(2), 25-43.
16. İrge, N.T., Pamuk, M.M., & Kaynak, Ö.M. (2020). Üniversite Öğrencilerinin Akademik Başarılarını Etkileyen Örgütsel Faktörleri n Kariyer Kararlılığına Etkisi: İstanbul'daki Vakıf Üniversitesi Öğrencileri Üzerine Bir Araştırma. *Beykoz Akademi Dergisi*, 8(2), 138-157.
17. Kılıç, S. (2016). Cronbach'ın alfa güvenilirlik katsayısı. *Journal of Mood Disorders*, 6(1), 47-48.
18. Maslach, C., & Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of organizational behavior*, 2(2), 99-113.
19. Memduhoğlu, H.B., & Tanhan, F. (2013). Üniversite öğrencilerinin akademik başarılarını etkileyen örgütsel faktörler ölçeğinin geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 10(1), 106-124.
20. Sağlam Arı, G., & Çına Bal, E. (2008). Tükenmişlik kavramı: Birey ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(1), 131-148.
21. Savcı, M., & Aysan, F. (2014). Üniversite öğrencilerinde algılanan stres düzeyi ile stresle başa çıkma stratejileri arasındaki ilişki. *Uluslararası Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 2014(3), 44-56.
22. Seçer, B., & Yazıcı, M.O. (2018). Üniversite Öğrencilerinde İş Umudu ve Tükenmişlik İlişkisi. *Çalışma İlişkileri Dergisi*, 9(2), 48-60.
23. Şahin, A. (2018). Üniversite öğrencilerinin algılanan stres düzeylerinin fakülte türü ve cinsiyet değişkenlerine göre incelenmesi. *Kilis 7 Aralık Üniversitesi Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 2(1), 28-35.
24. Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics (sixth ed.)*. Pearson, Boston.
25. Tansel, B. (2015). Üniversite öğrencilerinin tükenmişlik düzeylerinin incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 44(2), 241-268.
26. Tetik, S. (2011). Öğretim elemanlarının tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi: Salihli Meslek Yüksekokulu örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*, 7(13), 339-350.
27. Yaşartürk, F., Akyüz, H., & Karataş, İ. (2018). Rekreasyon Bölümü Öğrencilerinin Boş Zaman Yönetimi ile Akademik Başarılarını Etkileyen Örgütsel Faktörler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Spor Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 3(2), 233-243.
28. Yoldaş, G. (2017). Üniversite Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları, Uyku Kalitesi ve Akademik Başarıları Arasındaki İlişki. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara*.

## Türkiye Kamu Hastane Yöneticilerinin Biyografilerinin İncelenmesi

Fatmanur GÜLER<sup>1</sup>, Mustafa NAL<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Kütahya İl Sağlık Müdürlüğü

<sup>2</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Sorumlu Yazar: fatmanur.kokbudak@gmail.com

Sağlık yöneticileri sağlık kurumlarında kaynakların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasından birinci derecede sorumlu olan kişilerdir. Bu nedenle sağlık yöneticilerinin yönetim konusunda bilgi ve beceriye sahip olmaları son derece önemlidir. Bu araştırmanın amacı Türkiye’de kamu hastaneleri yöneticilerinin biyografilerini incelemek ve yönetici planlaması için önerilerde bulunmaktır. Ayrıca araştırmanın, sağlık politikası belirleyicileri ve araştırmacılar için önemli olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaların verileri, 13.2.2023 ve 2.4.2023 tarihleri arasında Türkiye’deki kamu hastanelerin web sayfasında yer alan bilgilerden faydalanarak hastane yöneticilerinin bibliyografyası incelenerek oluşturulmuştur. Araştırmanın evrenini Türkiye’deki kamu hastane yöneticileri (n=3105) oluşturmaktadır. Örneklemi ise evren içinde hastane web sayfasında biyografisi yayınlanmış olan yöneticileri (n=2040) oluşturmaktadır. Kamu hastane yöneticileri olan; başhekim, başhekim yardımcısı, sağlık bakım hizmetleri müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, idari ve mali işler müdürü ve destek ve kalite hizmetleri müdürünün biyografileri (öğrenim durumu, yönetim ve sağlık yönetimi ile ilgili eğitim durumu) incelenmiştir. Araştırma verileri Excel programına aktarılmış veriler frekans ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

Araştırmada, başhekimlerin sağlık yönetimi alanındaki öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; toplam 639 başhekimin, %7’sinin sağlık yönetimi eğitiminin olduğu (n=42), %5’inin sağlık yönetimi dışında yönetim eğitiminin olduğu (n=35) ancak başhekimlerin %88’inin (n=562) yönetim alanında eğitiminin olmadığı belirlenmiştir. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin lisans öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 502 sağlık bakım hizmetleri müdürünün, %24’ünün hemşirelik mezunu olduğu (n=123), %5’inin ebelik mezunu (n=24), %5’inin sağlık yönetimi mezunu olduğu (n=27) olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin yüksek lisans öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 502 sağlık bakım hizmetleri müdürünün, %19’unun sağlık yönetimi (n=94), %2’sinin hemşirelik (n=10), %1’inin işletme mezunu olduğu (n=7) belirlenmiştir. Başhekim ve başhekim yardımcısı toplamı 1612’dir. Sağlık bakım hizmetleri müdürü ve müdür yardımcısı, idari mali hizmetler müdürü, destek ve kalite hizmetleri müdürü sayıları toplamı 1493’dür. Hastanelerdeki tüm yöneticilerin sayısı 3105’dir. %51,91’i başhekim ve başhekim yardımcısı iken, %48,19’u hastanelerdeki diğer yöneticilerin oranı olduğu belirlenmiştir.

Hastanelerin başhekimler yerine hastane yöneticileri tarafından yönetilebilmesi ve diğer sağlık mesleği mensupları içinden gerekli liyakate sahip kişilerin hastane yöneticisi olabilmesinin önü açılarak hem hastanelerin profesyonel yöneticiler tarafından yönetilmesi sağlanabilir hem de hekim açığının kısmen de olsa kapatılması sağlanabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Hastane yöneticileri, bibliyografi, sağlık yönetimi, eğitim.

### Examination of Biographies of Public Hospital Administrators in Turkey

Healthcare administrators are primarily responsible for the effective and efficient use of resources in healthcare institutions. Therefore, it is crucial for health administrators to possess knowledge and skills in management. The purpose of this research is to examine the biographies of public hospital administrators in Turkey and provide recommendations for administrative planning. Furthermore, the research is considered necessary for health policymakers and relevant non-governmental organizations.

The data of the research was collected by utilizing information available on the websites of public hospitals in Turkey between the dates of 13<sup>th</sup> February 2023 and 2<sup>nd</sup> April 2023. The bibliography of hospital administrators (n=3105) was examined based on this data. The scope of the research consists of public hospital administrators (n=2040) in Turkey. The sample comprises administrators whose biographies have been published on hospital websites. Public hospital managers: The biographies of the chief physician, assistant chief physician, health care services manager, health care services deputy director, administrative and financial affairs manager, and support and quality services manager (educational status, education level related to management and health management) were examined. The research data was transferred to an Excel program and evaluated in terms of frequency and percentage.

In the study, when the distribution of chief physicians according to their education in the field of health management is examined; It was determined that 7% of the 639 chief physicians had health management training (n=42), 5% had management training other than health management (n=35), but 88% (n=562) of the chief physicians had no training in management. In contrast, 88% of CEOs (n=562) had no training in management. When the distribution of Health Care Services Managers according to their undergraduate education levels is analyzed: of the total 502 health care services managers, 24% are nursing graduates (n=123), 5% are midwifery graduates (n=24), 5% are health management graduates (n=27). When considering their postgraduate education, 19% had a health management degree (n=94), 2% had a nursing degree (n=10), and 1% had a business degree (n=7). The total of the chief physician and assistant chief physician is 1612. The total number of healthcare services manager and assistant manager, administrative financial services managers, support and quality services manager is 1493. The number of all managers in hospitals is 3105. While 51.91% were chief physicians and assistant chief physicians, 48.19% were found to be the proportion of other managers in hospitals. It is recommended to eliminate the obligation of appointing physicians as administrators, as this would allow hospitals to be managed by professional administrators and open the way for other qualified healthcare professionals to become hospital administrators. This approach can ensure hospitals are run by professional administrators and partially address the shortage of physicians.

**Keywords:** Hospital administrators, biographies, health management, education.

## Bölüm I: Giriş

Sağlık sektörünün gelişmesiyle birlikte, sağlık kurumlarının profesyonel yöneticiler tarafından idare edilmesi gerekliliği konusunda önemli tartışmalar ortaya çıkmıştır. Bu tartışmalar, Amerika'da 1926 yılında Milwaukee Marquette Üniversitesi'nde açılan ilk sağlık yönetimi lisans programının etkisiyle daha da güçlenmiştir. Türkiye'de ise 1963 yılında başlayan sağlık yönetimi eğitimi, sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte önem kazanmış ve son yıllarda lisans programlarının sayısı hızla artmıştır. Ancak dünyada olduğu gibi Türkiye'de de sağlık yönetimi ve eğitimi konusunda hala devam eden tartışmalar mevcuttur (Akdoğan, 2023).

Sağlık, Dünya Sağlık Örgütü tarafından kabul edilen tanımda, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden iyi olma durumu olarak vurgulanmıştır. Günümüz demokratik sistemleri ve kurumları, temel olarak sağlıklı bireylerden oluşan bir toplumun oluşturulmasını hedeflemektedir. Bu nedenle, sağlık sektörü tarafından gerçekleştirilen tüm faaliyetler sağlık hizmetleri olarak adlandırılmaktadır. Sağlık hizmetleri, herkesi kapsayan bir niteliğe sahiptir ve temel olarak toplumda etkisini gösterir. Amacı, toplumun içinde bulunduğu sağlık koşullarını iyileştirmek ve gelişmesini sağlamaktır. Dolayısıyla, sağlık hizmetleri bireysel değil, toplumsal bir boyut taşır (Doğru, 2021).

Yönetim ve yönetim süreci, insanlığın var oluşuyla birlikte ortaya çıkan bir kavramdır. İnsanlar, ortak hedeflerini gerçekleştirmek ve güvenli bir şekilde var olabilmek için yönetimi oluşturmuşlardır. Bu ortak amaçların gerçekleştirilmesi için bireylerin koordineli bir şekilde çalışması gerekmektedir. Yönetim, birçok farklı tanıma sahip olup bazen süreci, bazen insanları sürecin parçaları olarak ve bazen de karar verenlerle ilişkili olarak anlandırılmaktadır (Arslan, 2022).

Sağlık hizmetleri, toplumun sağlığını geliştirmeyi, koruyucu tedbirler almayı ve hastaların tedavi edilmesini sağlayan sağlık kurumları tarafından sunulan hizmetlerdir. Sağlık Bakanlığı, toplum sağlığının korunması ve geliştirilmesi için hizmet türlerini, kurallarını ve kapsamını belirleme sorumluluğuna sahiptir. Aynı zamanda belirlenen kurallar ve prensipler çerçevesinde çalışan sistemin denetimini yapmaktadır (Aydın, 2019).

Hastane yönetimi, hastane içindeki süreçlerin düzenlenmesi, sınırlı kaynakların verimli ve etkili bir şekilde kullanılması, aynı zamanda merkezi otoriteye karşı sorumluluk taşıyan bir alt birimdir (Aydın, 2019).

İnsan kaynakları yönetimi, işletmelerin gelişimine katkıda bulunmak ve çalışanların işten tatmin sağlamlarını, aynı zamanda işletmeye tam zamanlı fayda sağlayacak çalışmaları yürütmek için insan odaklı bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım, insan gücünün etkin ve verimli bir şekilde kullanılmasını, uzmanlığı gerektiren alanlarda nitelikli çalışanların doğru pozisyonlarda istihdam edilmesini ve bu çalışanların etkili bir şekilde yönetilmesini hedefler. Sağlık sektörü, birçok ülkede kamu harcamalarının önemli bir kısmını oluşturmaktadır ve bu harcamaların büyük bir bölümü insan kaynaklarına ayrılmaktadır. Sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için İK planlamasının yeterli düzeyde yapılması ve olası sorunlar göz önünde bulundurularak tasarlanması büyük önem taşır. Sağlık yönetimi ve organizasyonu, sağlık hizmeti sunacak işgücünün boyutunu, yapısını ve düzenlenmesini amaçlar. İK planlamasının yeterli olmadığı durumlarda, sağlık hizmeti sunan ülkelerde toplumda hastalık ve ölüm oranları artma eğilimi gösterir. Bu nedenle, sağlık sektöründe İK planlaması mevcut ve olası tüm sorunları göz önünde bulundurularak tasarlanmalıdır (İrvül, 2022). Bu araştırmanın amacı Türkiye'de kamu hastanelerinde yönetim için ayrılan insan kaynaklarının durumunu ortaya koymak ve yönetici planlaması için önerilerde bulunmaktır. Konuyla ilgili daha önce herhangi bir araştırma yapılmamış olup bu araştırma ile literatüre katkı sağlanması hedeflenmiştir. Ayrıca araştırmanın, sağlık politikası belirleyicileri ve ilgili sivil toplum kuruluşları için önem arz ettiği düşünülmektedir.

"Türkiye Kamu Hastane Yöneticilerinin Bibliyografyasının İncelenmesi" araştırması, bu alanda bilgi sağlamak, mevcut durumu değerlendirmek, eksiklikleri belirlemek ve politika/uygulama geliştirmek için önemli bir çalışmadır.

## Bölüm II: Kuramsal Çerçeve Ve İlgili Araştırmalar

### 2.1. Yönetim ve Yönetici

Yönetim kavramı, kökeni itibarıyla oldukça eski bir kavramdır. Yöneten ve yönetilenlerin ortaya çıktığı çok eski zamanlardan beri yönetimden bahsedebiliriz. 19. yüzyılın sonlarına doğru bu kavram bilim olarak adlandırılmaya başlandı (Tengilimoğlu vd., 2020, s.36).

Yönetim, belirli hedeflerin gerçekleştirilmesi için insan çabalarının ve fiziksel kaynakların etkili bir şekilde elde edilmesini, dağıtılmasını ve kullanılmasını sağlamak amacıyla yapılan organize faaliyetlerin bütünüdür (Gün ve Söyük, 2018, s. 97).

Yönetici, amaçlara ulaşmak için başkalarını etkin bir şekilde yönlendiren bir kişidir. İşletmecilik bağlamında ise, belirli bir ücret karşılığında işletmenin yönetim sorumluluğunu üstlenen ve bu yolla hedeflere ulaşmayı hedefleyen bir kişidir (Aktaş, 2020, s.81).

### 2.2. Hastane ve Hastane Yönetimi

Hastaneler, sağlık sektörünün en büyük ve vazgeçilmez kurumları arasında yer almaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından yapılan tanıma göre, hastaneler müşahede, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon gibi sağlık hizmetlerini sunan, hastaların uzun veya kısa süreli tedavi gördükleri yataklı kuruluşlardır. Hastaneler, hizmet verdikleri tür, mülkiyet, büyüklük ve ortalama kalış süresi gibi faktörlere göre çeşitli şekillerde sınıflandırılabilir. Özellikle mülkiyetine bağlı olarak ayrılan hastaneler, kamu ve özel hastaneler olarak kategorize edilmektedir. Kamu hastaneleri, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin yanı sıra eğitim ve araştırma faaliyetlerini kâr amacı gütmeksizin yerine getiren sağlık kurumları olarak tanımlanmaktadır (Boğa ve Kayahan, 2021).

Hastane yönetimi, hastane süreçlerinin verimli bir şekilde yönetilmesi ve kaynakların etkin kullanımıyla birlikte geliştirilmesinden sorumlu olan merkezi bir birimdir. Yöneticiler, yetkili makamın kararlarının uygulanmasını sağlayan ve denetleyen kişiler olarak görev yaparlar. Sağlık hizmetlerinin anayasal olarak korunan bir hak olması, yönetimin düzenlenmesinin önemini daha da vurgulamaktadır (Aydın, 2019, s.22).

Hastane yönetimi, hastanelerin karmaşık yapılarına uygun olarak, farklı uzmanlık alanlarından personel istihdamını planlamalı, finansal planlamayı gerçekleştirmeli, personel atamasını doğru şekilde yapmalı, gerekli ekipmanların teminini sağlamalı ve uyumlu



bir çalışma ortamı oluşturmak için gerekli planlamaları yapmalıdır. Hastaneler, insan ve toplum odaklı oldukları için diğer hizmet sektörü kuruluşlarından daha fazla halk, kamu grupları ve diğer grupların baskısına maruz kalırlar. Bu nedenle hastaneler, doğru ve zamanında ihtiyaçları karşılayacak planlamalar yapmak durumundadırlar. Bu bağlamda, hastane yönetimi, sınırlı öz sermaye ve dış kaynakların etkili bir şekilde kullanılabilmesi için planlama, organizasyon, yönlendirme ve koordinasyonu sağlamaktan sorumludur. Başarı için önemli olan nokta, kaynakların doğru ve verimli bir şekilde kullanılmasıdır (Aydın, 2019, s.22).

Hastane yönetiminin öncelikli hedefi, yönetim birimlerinin kusursuz bir şekilde entegre olmasını sağlayarak, süreçlerin ve hizmet gereksinimlerinin zamanında ve etkili bir şekilde planlanmasını ve düzenlenmesini temin etmektir. Aynı zamanda, toplum ve birey sağlığını korumak ve olası riskleri önceden belirleyerek ortadan kaldırmak için risk raporları hazırlama ve öngöründe bulunma da önemli bir görevdir (Aydın, 2019, s.23).

### **Bölüm İii: Yöntem**

#### **3.1. Araştırma Modeli**

Bu araştırmanın gerçekleştirilmesi sürecinde nitel araştırma yönteminden yararlanılmıştır. Türkiye'deki kamu hastanelerinde görev yapan yöneticilerinin görev yaptıkları hastanelerin web sayfalarında ilan edilmiş bibliyografya verileri incelenmiştir.

#### **3.2. Evren ve Örneklem/Çalışma Grubu/Katılımcılar**

Araştırmada evren hastane yöneticileridir. Örneklem ise Türkiye'deki tüm kamu hastane yöneticileri oluşturmaktadır. Kamu hastane yöneticileri olan; başhekim, başhekim yardımcısı, sağlık bakım hizmetleri müdürü, sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısı, idari ve mali işler müdürü ve destek ve kalite hizmetleri müdürünün bibliyografyaları (öğrenim durumu, yönetim ve sağlık yönetimi ile ilgili eğitim durumu, cinsiyet ve yaş) incelenmiştir. Hastane web sayfalarındaki bilgilerin doğru olduğu varsayılmıştır.

#### **3.3. Veri Toplama Aracı/Araçları**

13.2.2023 ve 2.4.2023 tarihleri arasında Türkiye'deki hastanelerin web sayfasında yer alan bilgilerden faydalanarak hastane yöneticilerinin bibliyografyası incelenmiştir.

#### **3.4. Verilerin Toplanması**

Türkiye'deki tüm kamu hastane yöneticilerinin bibliyografyası ilgili web sayfalarından alınmış ve incelenmiştir. Kamu hastane web sitelerinde özgeçmişleri ilan edilmiş tüm hastane yöneticileri araştırmaya dahil edilmiş, özgeçmişleri bulunmayan hastane yöneticilerinin bibliyografyası araştırmaya dahil edilmemiştir.

#### **3.5. Verilerin Analizi**

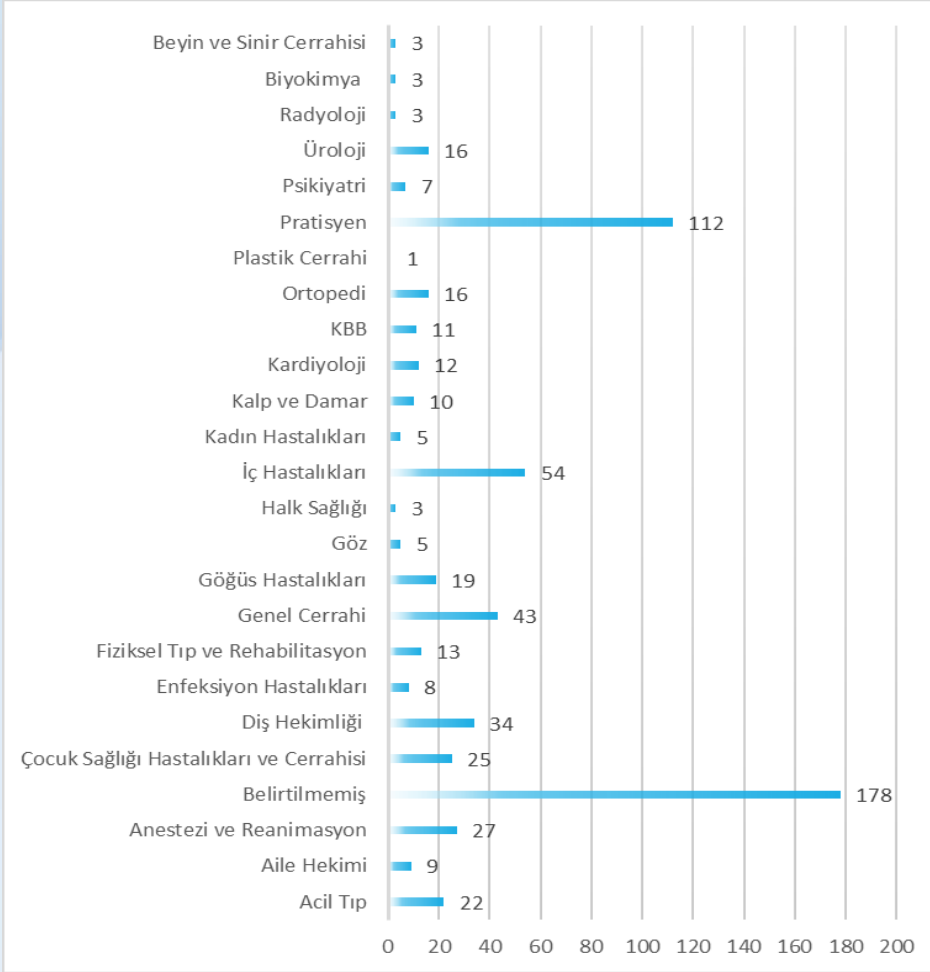
Hastane yöneticilerini öğrenim durumu, yönetim ve sağlık yönetimi ile ilgili eğitim durumu, cinsiyet ve yaş bilgileri excel'e aktarılmış veriler frekans ve yüzde olarak değerlendirilmiştir.

### **Bölüm İv: Bulgular**

Çalışmanın yöntemi olarak nitel araştırma kapsamında yapılan kurumsal hastane web sayfalarında paylaşılan yöneticilerin bibliyografyaları ele alınmış ve ortak bazı sonuçlara varılmıştır.

#### **Başhekim Statüsündeki Hekimlerin Branş Dağılımı**

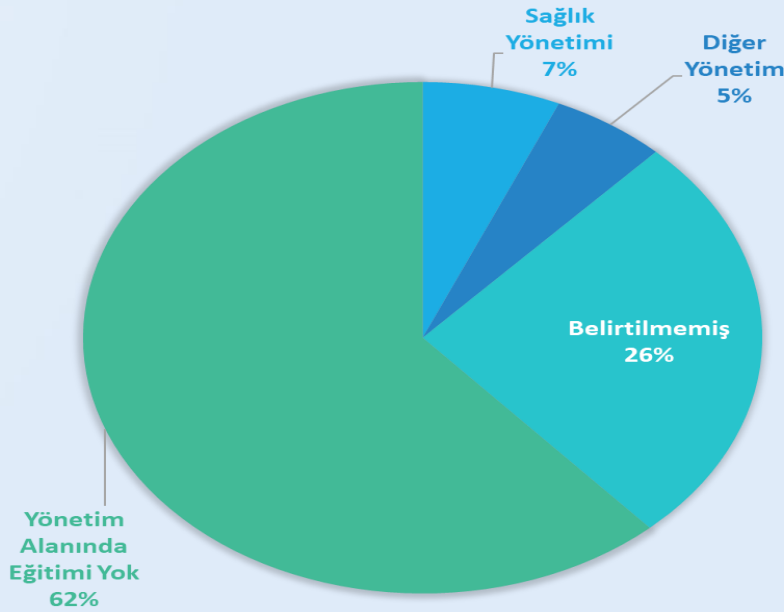
Başhekimlerin uzmanlık durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 639 başhekim olduğu ve bunların %17,52'sinin pratisyen hekim (n=112), %8,45'inin iç hastalıkları (n=54), %6,72'sinin genel cerrahi (n=43) olduğu belirlenmiştir. Ancak başhekimlerin %27,85'inin (n=178) hastane web sayfasında uzmanlık branşları belirlenmiştir.



Şekil 1. Hekimlerin branş dağılımı

### Başhekimin Sağlık Yönetimindeki Öğrenim Durumu Dağılımı (Lisans, Yüksek Lisans ve Doktora Düzeyinde)

Başhekimlerin sağlık yönetimindeki öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 639 başhekimin, %7'sinin sağlık yönetimi eğitimi olduğu (n=42), %5'inin sağlık yönetimi dışında yönetim eğitimi olduğu (n=35) belirtilmiştir. Ancak başhekimlerin %62'sinin (n=397) yönetim alanında eğitiminin olmadığı belirlenmiştir.



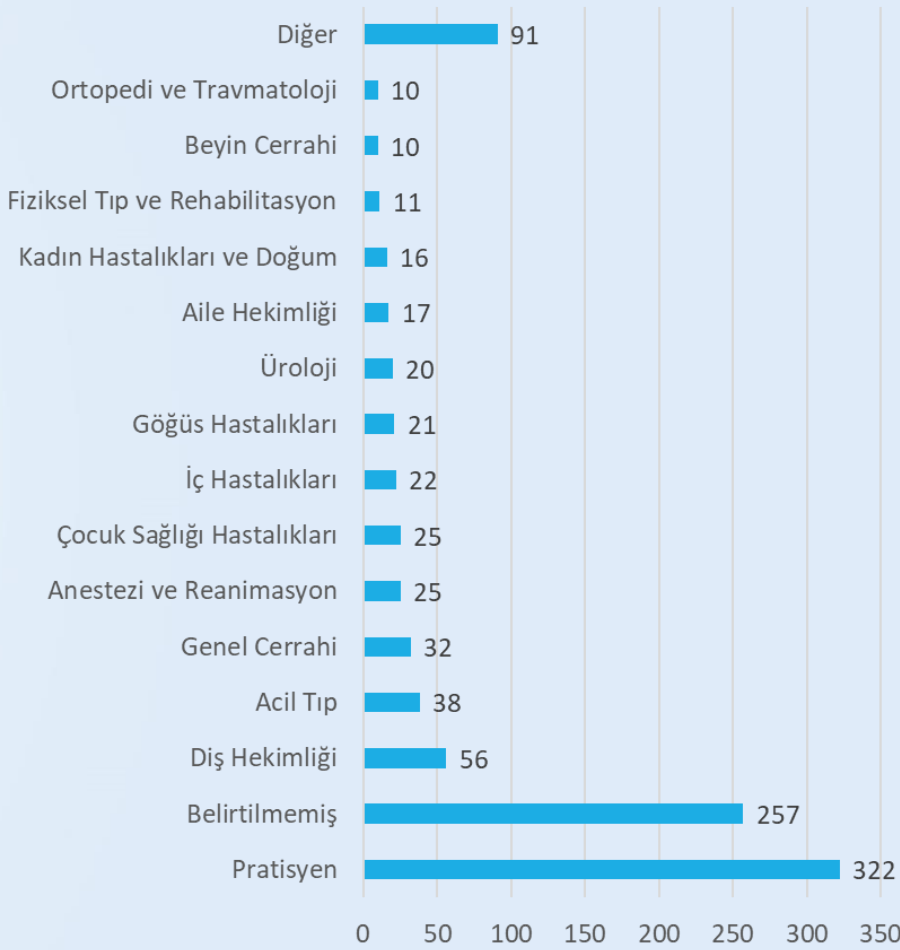
Şekil 2. Başhekimlerin sağlık yönetimindeki öğrenim durumu dağılımı

Tablo 1. Başhekimlerin Yönetim ve Sağlık Yönetimi ile ilgili eğitim durumu

Yönetim ve Sağlık Yönetimi ile ilgili eğitim durumu	Sayı
Sağlık Yönetimi	42
Diğer Yönetim	35
Yönetim Alanında Eğitimi Yok	397
Belirtilmemiş	165
<b>Toplam</b>	<b>639</b>

### Başhekim Yardımcısı Statüsündeki Hekimlerin Branş Dağılımı

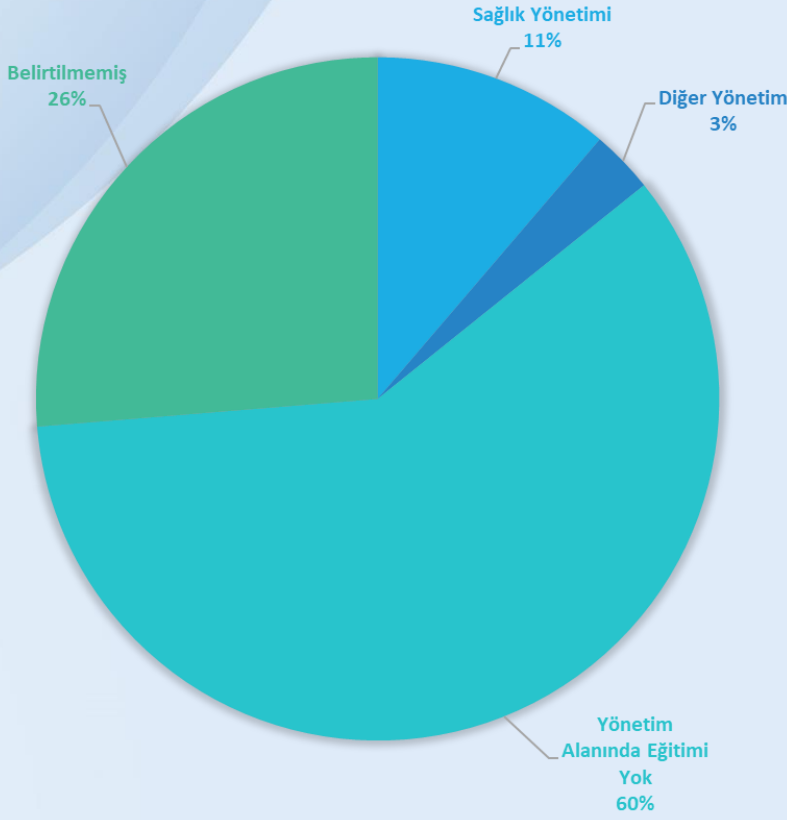
Başhekim yardımcılarının uzmanlık durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 973 başhekim yardımcısı olduğu ve bunların %33,09'unun pratisyen hekim (n=322), %5,75'inin diş hekimliği mezunu (n=56), %3,90'mının Acil Tıp mezunu (n=38) olduğu belirlenmiştir. Ancak başhekim yardımcılarının %26,41'inin (n=257) hastane web sayfasında uzmanlık branşları belirtilmemiştir.



Şekil 3. Başhekim yardımcılarının branş dağılımı

### Başhekimin Yardımcısı Sağlık Yönetimindeki Öğrenim Durumu Dağılımı

Başhekim yardımcılarının sağlık yönetimindeki öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 973 başhekim yardımcısının, %11'inin sağlık yönetimi eğitimi olduğu (n=107), %3'ünün sağlık yönetimi dışında yönetim eğitimi olduğu (n=29) belirlenmiştir. Ancak başhekimlerin %60'ının (n=585) yönetim alanında eğitiminin olmadığı belirtilmiştir.



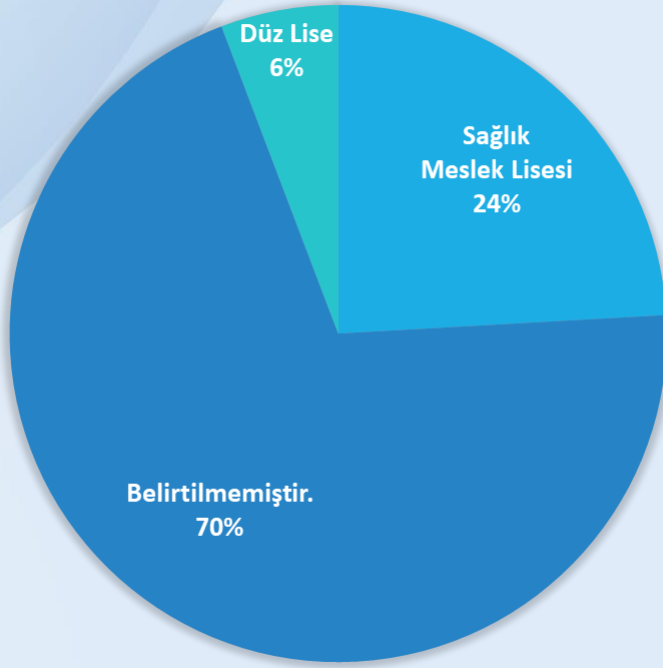
Şekil 4. Başhekim yardımcılarının yönetim ile ilgili öğrenim durumu dağılımı

Tablo 2. Başhekim Yrd. Yönetim ve Sağlık Yönetimi ile ilgili eğitim durumu

Yönetim ve Sağlık Yönetimi ile ilgili eğitim durumu	Sayı
Sağlık Yönetimi	107
Diğer Yönetim	29
Yönetim Alanında Eğitimi Yok	585
Belirtilmemiş	252

#### Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Ortaöğretim Öğrenim Durumu Dağılımı

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin ortaöğretim öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 502 sağlık bakım hizmetleri müdürünün, %24'ünün sağlık meslek lisesi mezunu olduğu (n=121), %6'sının düz lise mezunu olduğu (n=29) belirlenmiştir. Ancak sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin %70'inin (n=352) ortaöğretim mezuniyet bilgisi hastane web sitesinde belirtilmemiştir.



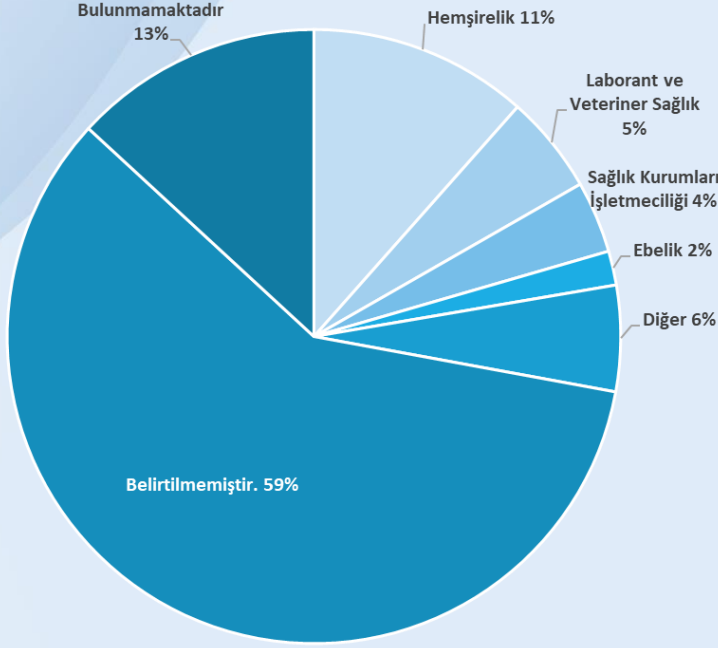
Şekil 5. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Ortaöğretim Öğrenim Durumu Dağılımı

Tablo 3. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Ortaöğretim Öğrenim Durumu Dağılımı Tablosu

Öğrenim Durumu (Lise)	Sayı
Sağlık Meslek Lisesi	121
Belirtilmemiştir.	352
Düz Lise	29

#### Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Ön Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin ön lisans öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 502 sağlık bakım hizmetleri müdürünün, %11'inin hemşirelik mezunu olduğu (n=58), %5'inin laborant ve veteriner sağlık mezunu olduğu (n=26), %13'ünün ön lisans eğitiminin (n=66) olmadığı belirlenmiştir. Ancak sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin %59'unun (n=296) ön lisans mezuniyet bilgisi hastane web sitesinde belirtilmemiştir.



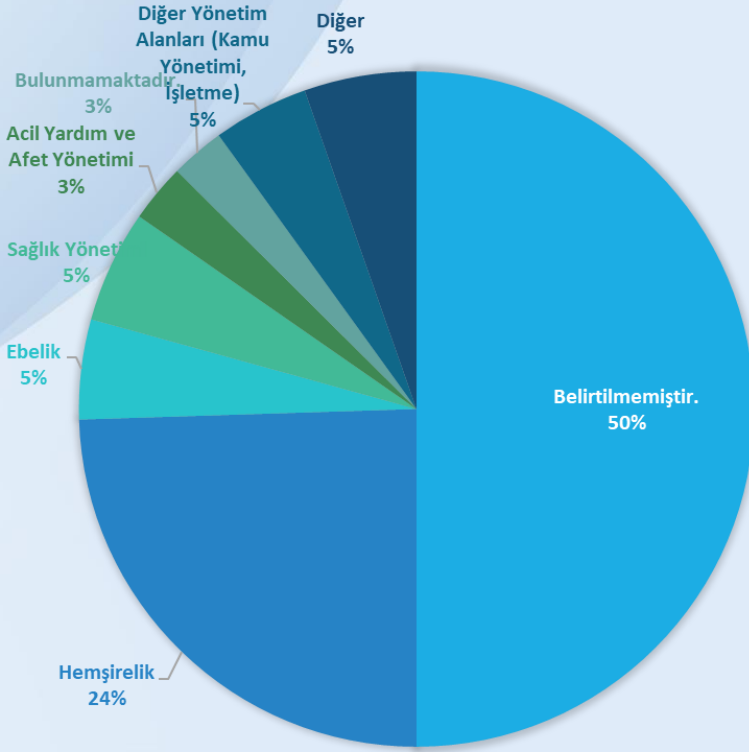
Şekil 6. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Ön Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı

Tablo 4. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Ön Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı Tablosu

Öğrenim Durumu (Ön Lisans Bölüm)	Sayı
Hemşirelik	58
Laborant ve Veteriner Sağlık	26
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	19
Ebelik	9
Diğer	28
Belirtilmemiştir.	296
Bulunmamaktadır	66

#### Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin lisans öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 502 sağlık bakım hizmetleri müdürünün, %24'ünün hemşirelik mezunu olduğu (n=123), %5'inin ebelik mezunu olduğu (n=24), %5'inin sağlık yönetimi mezunu olduğu (n=27) olduğu belirlenmiştir. Ancak sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin %50'sinin (n=251) lisans mezuniyet bilgisi hastane web sitesinde belirtilmemiştir.



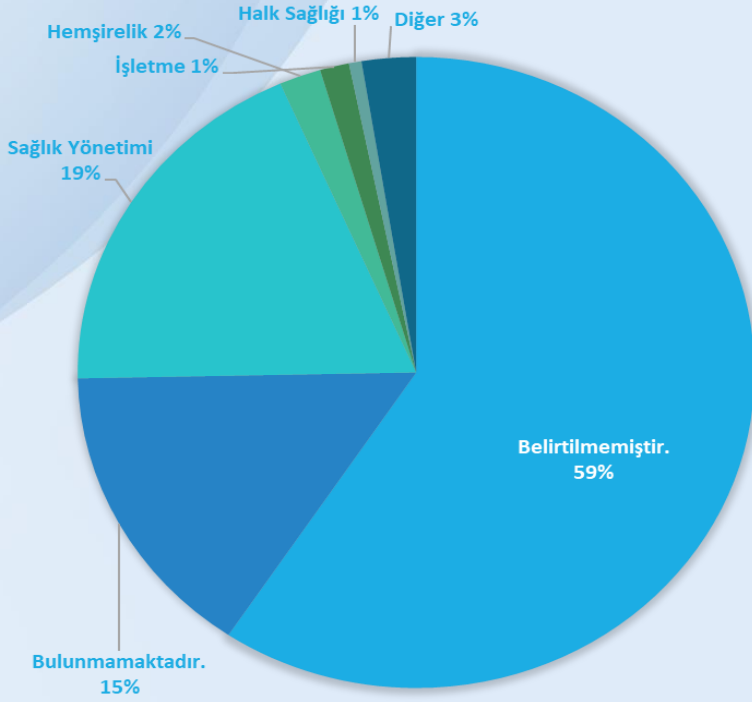
Şekil 7. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı

Tablo 5. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı Tablosu

Öğrenim Durumu (Lisans Bölüm)	Sayı
Belirtilmemiştir.	251
Hemşirelik	123
Ebelik	24
Sağlık Yönetimi	27
Acil Yardım ve Afet Yönetimi	14
Bulunmamaktadır.	13
Diğer Yönetim Alanları (Kamu Yönetimi, İşletme)	23
Diğer	27

#### Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Yüksek Lisans Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin yüksek lisans öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 502 sağlık bakım hizmetleri müdürünün, %19'unun sağlık yönetimi mezunu olduğu (n=94), %2'sinin hemşirelik mezunu olduğu (n=10), %1'inin işletme mezunu olduğu (n=7) olduğu belirlenmiştir. Ancak sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin %59'unun (n=298) yüksek lisans mezuniyet bilgisi hastane web sitesinde belirtilmemiştir.



Şekil 8. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Yüksek Lisans Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu

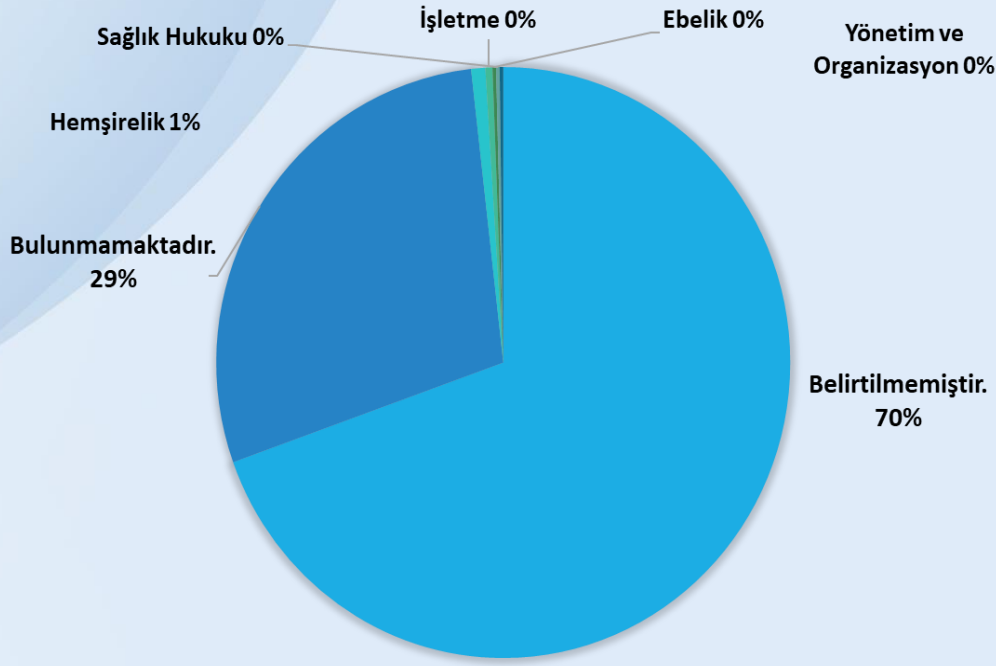
Tablo 6. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Yüksek Lisans Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu Tablosu

Öğrenim Durumu (Yüksek lisans bölüm)	Sayı
Belirtilmemiştir.	298
Bulunmamaktadır.	77
Sağlık Yönetimi	94
Hemşirelik	10
İşletme	7
Halk Sağlığı	3
Diğer	13

#### Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Doktora Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin doktora öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 502 sağlık bakım hizmetleri müdürünün, %0,79'unun hemşirelik mezunu olduğu (n=4), %1'inin hemşirelik, işletme, ebelik, sağlık hukuku ve yönetim organizasyon mezunu olduğu (n=5), belirlenmiştir. Ancak sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin %70'inin (n=349) doktora mezuniyet bilgisi hastane web sitesinde belirtilmemiştir.





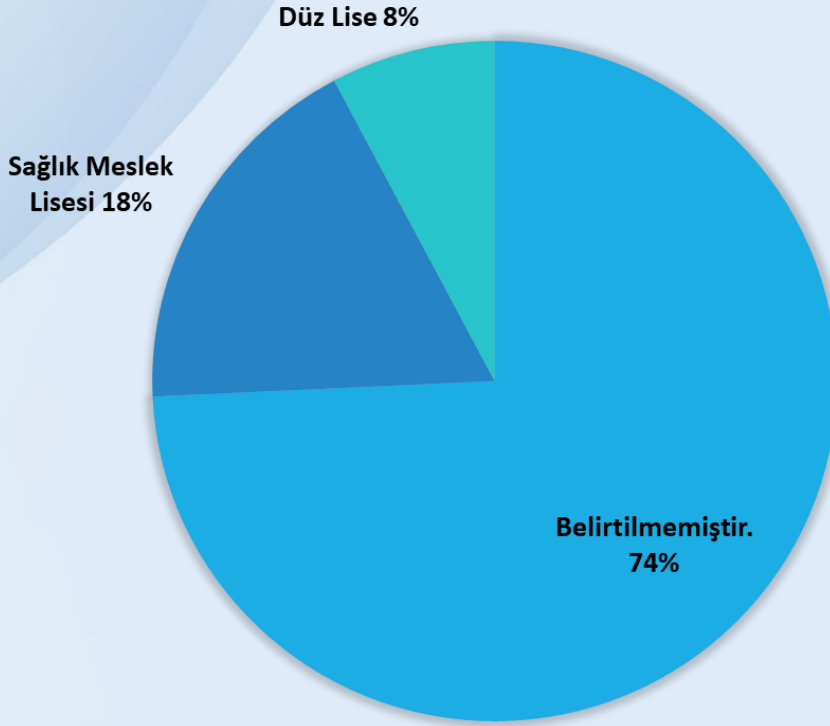
Şekil 9. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Doktora Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu

Tablo 7. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Doktora Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu Tablosu

Öğrenim Durumu (Doktora Bölüm)	Sayı
Belirtilmemiştir.	349
Bulunmamaktadır.	144
Hemşirelik	4
İşletme	2
Ebelik	1
Sağlık Hukuku	1
Yönetim ve Organizasyon	1

#### Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Ortaöğretim Öğrenim Durumu Dağılımı

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcılarının ortaöğretim öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 206 sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısının, %18'inin sağlık meslek lisesi mezunu olduğu (n=37), %8'inin düz lise mezunu olduğu (n=16) belirlenmiştir. Ancak sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin %74'ünün (n=153) ortaöğretim mezuniyet bilgisi hastane web sitesinde belirtilmemiştir.



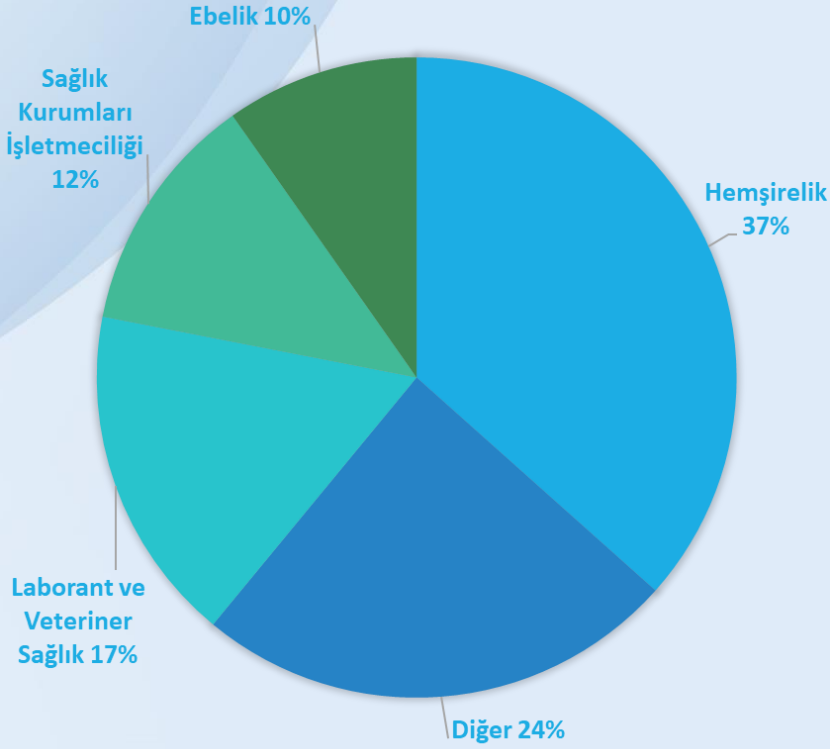
Şekil 10. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Ortaöğretim Öğrenim Durumu Dağılımı

Tablo 8. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Ortaöğretim Öğrenim Durumu Dağılımı Tablosu

Öğrenim Durumu (Lise Bölüm)	Sayı
Belirtilmemiştir	153
Sağlık Meslek Lisesi	37
Düz Lise	16

#### Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Ön Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcılarının ön lisans öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 41 sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısının, %37'sinin hemşirelik mezunu olduğu (n=15), %17'sinin laborant ve veteriner sağlık mezunu olduğu (n=7), %12'sinin sağlık kurumları işletmeciliği mezunu olduğu (n=5) belirlenmiştir.



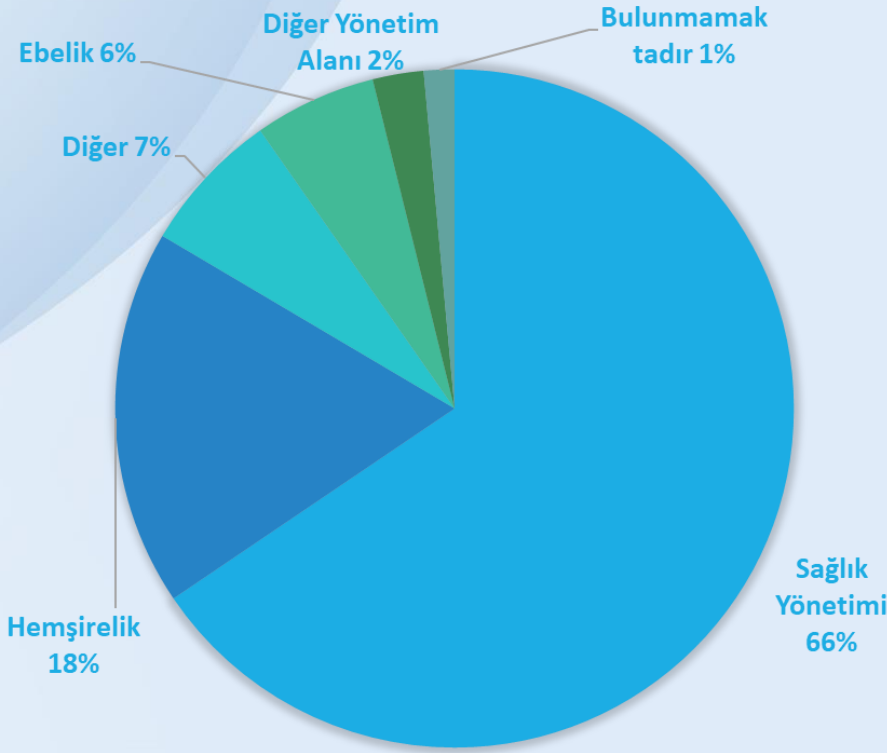
Şekil 11. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Ön Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı

Tablo 9. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Ön Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı Tablosu

Öğrenim Durumu (Ön Lisans Bölüm)	Sayı
Hemşirelik	15
Diğer	10
Laborant ve Veteriner Sağlık	7
Sağlık Kurumları İşletmeciliği	5
Ebelik	4

#### Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısının Pozisyonundakilerin Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcılarının lisans öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 206 sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısının, %66'sının sağlık yönetimi mezunu olduğu (n=135), %18'inin hemşirelik mezunu olduğu (n=37), %6'sının ebelik mezunu olduğu (n=12) olduğu belirlenmiştir.



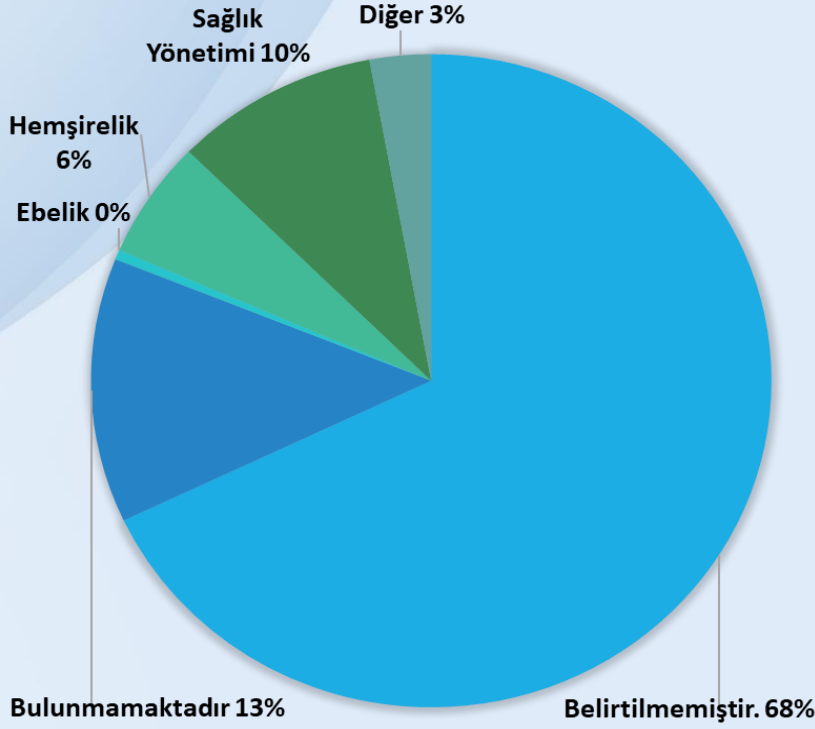
Şekil 12. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı

Tablo 10. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Lisans Öğrenim Durumu Dağılımı Tablosu

Öğrenim Durumu (Lisans Bölümü)	Sayı
Sağlık Yönetimi	135
Hemşirelik	37
Diğer	14
Ebelik	12
Diğer Yönetim Alanı	5
Bulunmamaktadır	3

#### Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Yüksek Lisans Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcılarının yüksek lisans öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 206 sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısının, %10'unun sağlık yönetimi mezunu olduğu (n=20), %6'sının hemşirelik mezunu olduğu (n=12), %13'ünün yüksek lisans mezuniyetinin bulunmadığını (n=27) belirlenmiştir. Ancak sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcılarının %68'inin (n=140) yüksek lisans mezuniyet bilgisi hastane web sitesinde belirtilmemiştir.

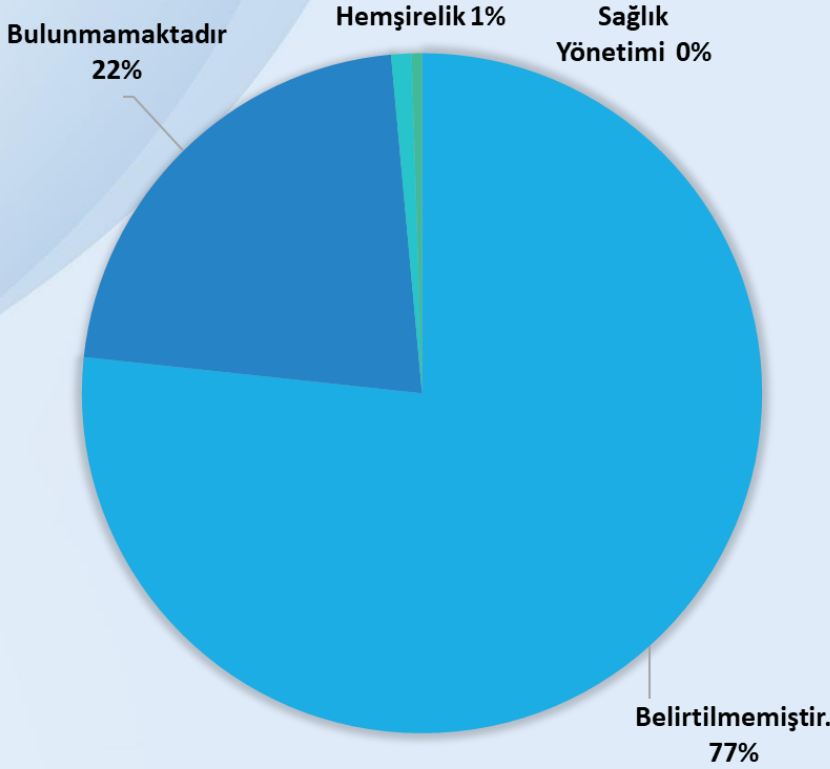


Şekil 13. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Yüksek Lisans Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu

Tablo 11. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Yüksek Lisans Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu Tablosu

Öğrenim Durumu (Yüksek lisans bölüm)	Sayı
Belirtilmemiştir.	140
Bulunmamaktadır	27
Ebelik	1
Hemşirelik	12
Sağlık Yönetimi	20
Diğer	6

**Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Doktora Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu**  
Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcılarının doktora öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 206 sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcısının, %0,97'sinin sağlık yönetimi mezunu olduğu (n=2), %0,48'inin sağlık yönetimi mezunu olduğu (n=1), %21,84'ünün doktora mezuniyetinin bulunmadığını (n=27) belirlenmiştir. Ancak sağlık bakım hizmetleri müdür yardımcılarının %76,69'unun (n=158) doktora mezuniyet bilgisi hastane web sitesinde belirtilmemiştir.



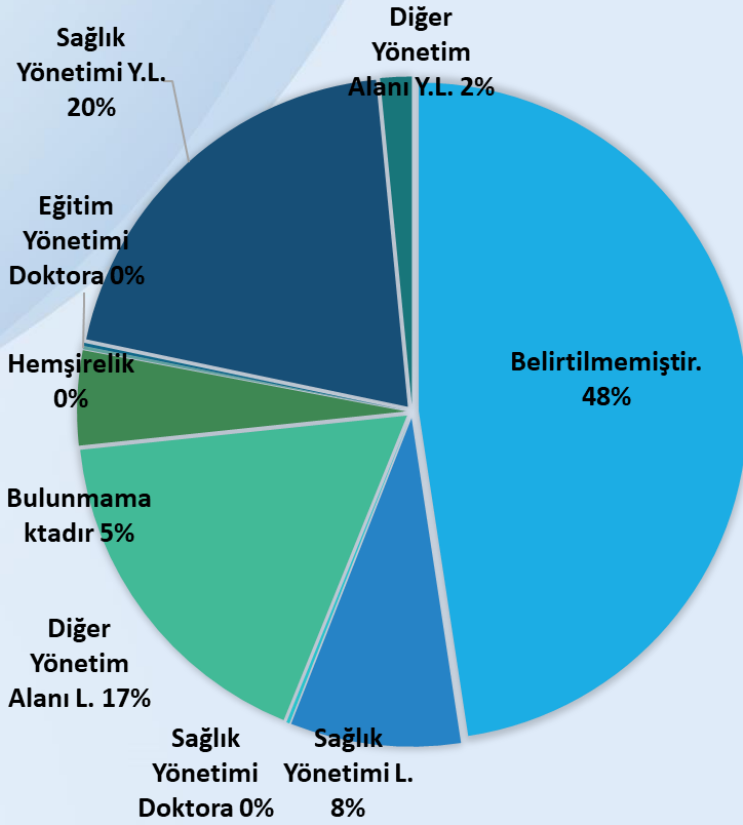
Şekil 14. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Doktora Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu

Tablo 12. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdür Yardımcısı Pozisyonundakilerin Doktora Düzeyindeki Sağlık Yönetimi Öğrenim Durumu Tablosu

Öğrenim Durumu (Doktora Bölüm)	Sayı
Belirtilmemiştir.	158
Bulunmamaktadır	45
Hemşirelik	2
Sağlık Yönetimi	1

#### İdari ve Mali İşler Müdürü Pozisyonundakilerin Öğrenim Durumu

İdari ve Mali İşler Müdürlerinin öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 502 sağlık bakım hizmetleri müdürünün, %24'ünün hemşirelik mezunu olduğu (n=123), %5'inin ebelik mezunu olduğu (n=24), %5'inin sağlık yönetimi mezunu olduğu (n=27) olduğu belirlenmiştir. Ancak sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin %50'sinin (n=251) lisans mezuniyet bilgisi hastane web sitesinde belirtilmemiştir.



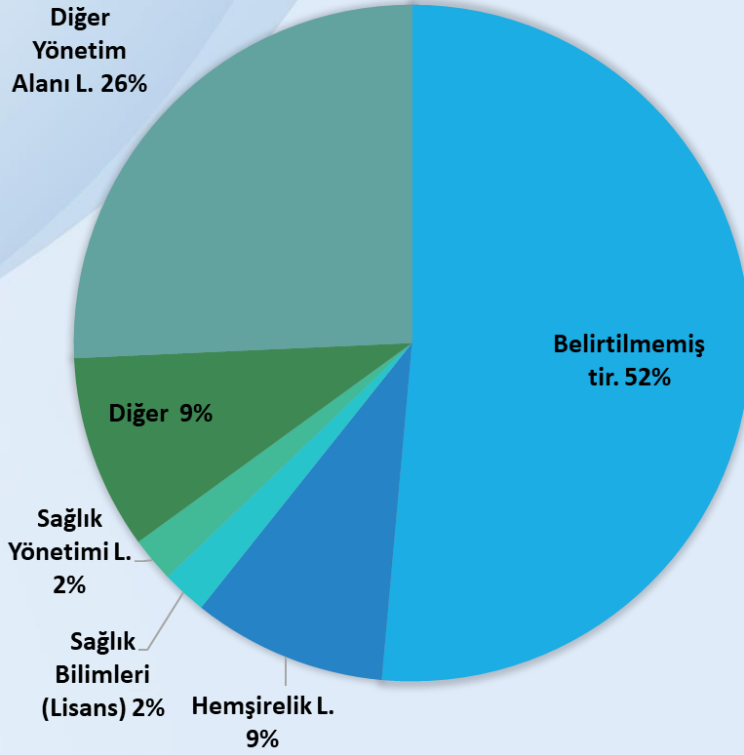
Şekil 15. İdari ve Mali İşler Müdürü Pozisyonundakilerin Öğrenim Durumu

Tablo 13. İdari ve Mali İşler Müdürü Pozisyonundakilerin Öğrenim Durumu Tablosu

Yönetim ve Sağlık Yönetimi ile ilgili eğitim durumu	Sayı
Belirtilmemiştir.	307
Sağlık Yönetimi L.	54
Sağlık Yönetimi Doktora	1
Diğer Yönetim Alanı L.	111
Bulunmamaktadır	30
Eğitim Yönetimi Doktora	1
Hemşirelik	1
Sağlık Yönetimi Y.L.	130
Diğer Yönetim Alanı Y.L.	10

#### Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Lisans Öğrenim Durumu

Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürlerinin lisans öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 140 destek ve kalite hizmetleri müdürünün, %9'unun hemşirelik lisans eğitimi olduğu (n=13), %26'sının sağlık yönetimi dışında yönetim eğitimi olduğu (n=36) belirlenmiştir. Ancak destek ve kalite hizmetleri müdürlerinin %52'sinin (n=72) hastane web sayfasında öğrenim bilgisi belirtilmemiştir.



Şekil 16. Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Lisans Öğrenim Durumu

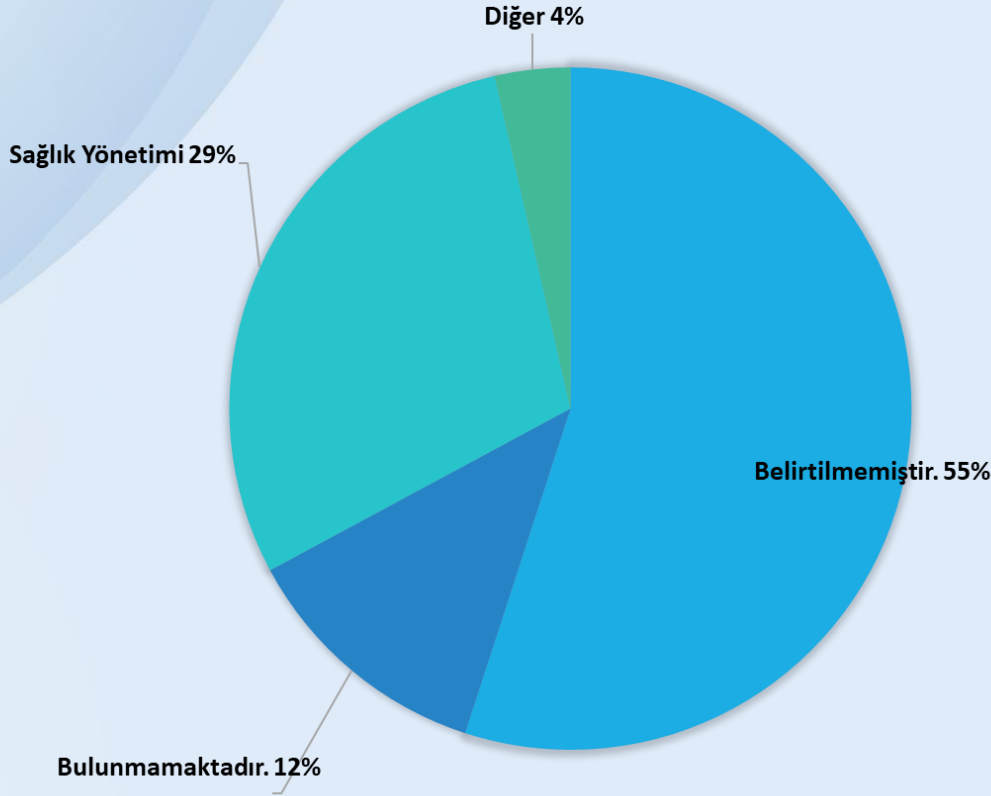
Tablo 14. Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Lisans Öğrenim Durumu Tablosu

Öğrenim Durumu	Sayı
Belirtilmemiştir.	72
Hemşirelik L.	13
Sağlık Bilimleri (Lisans)	3
Sağlık Yönetimi L.	3
Diğer	13
Diğer Yönetim Alanı L.	36

#### Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Yönetim ve Sağlık Yönetimi ile İlgili Öğrenim Durumu

Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürlerinin sağlık yönetimindeki öğrenim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde toplam 140 destek ve kalite hizmetleri müdürünün, %29'unun sağlık yönetimi yüksek lisans eğitimi olduğu (n=41), %4'ünün sağlık yönetimi dışında yönetim eğitimi olduğu (n=5) belirlenmiştir. Ancak destek ve kalite hizmetleri müdürlerinin %12'sinin (n=17) yönetim alanında eğitiminin olmadığı belirtilmiştir.





Şekil 17. Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Yönetim ve Sağlık Yönetimi ile İlgili Öğrenim Durumu

Tablo 15. Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürü Pozisyonundakilerin Yönetim ve Sağlık Yönetimi ile İlgili Öğrenim Durumu Tablosu

Yönetim ve Sağlık Yönetimi ile ilgili eğitim durumu	Sayı
Belirtilmemiştir.	77
Bulunmamaktadır.	17
Sağlık Yönetimi	41
Diğer	5

## Bölüm V: Sonuç ve Öneriler

### 5.1. Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada, Türkiye'deki kamu hastanelerinde görev yapan başhekimler, başhekim yardımcıları, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürleri, Müdür yardımcıları, İdari ve Mali İşler Müdürleri ve Destek ve Kalite Hizmetleri Müdürleri üzerinde bir inceleme yapılmıştır. Bu yöneticilerin bibliyografyaları analiz edilerek, genel bir profil çıkarılmaya çalışılmıştır.

Sağlık sistemlerinin ve kuruluşlarının etkin bir yönetimi, kaliteli hizmet sunumunu desteklemek ve sürdürülebilirlik sağlamak açısından kritik öneme sahiptir. Bu alanda yapılan araştırmalar ve analizler, yönetimin sağlık sektöründe daha fazla odaklanması gereken bir alan olduğunu göstermektedir.

2021 yılı Organisation for Economic Co-Operation and Development (OECD) sağlık göstergelerine göre, OECD'nin ülkelerdeki her 1.000 kişi başına düşen doktor sayıları üzerinden açıkladığı verilere göre; Türkiye 1.000 kişiye 2 doktor oranıyla OECD ülkeleri arasında sonuncu sırada yer almaktadır. Doktorların yönetim görevlerine odaklanması, hasta bakımından uzaklaşmalarına veya hasta iletişimine daha az zaman ayırmalarına neden olabilir. Bu da hasta memnuniyeti ve sağlık hizmetlerinin kalitesi açısından bazı olumsuz etkiler doğurabilir. Dolayısıyla, doktorlara yönetim görevi verilirken dengeli bir yaklaşım benimsenmelidir. Doktorlar hem yönetim görevlerini yerine getirebilmeli hem de hastalarla doğrudan iletişim kurabilmelidir.

Hastanelerin yönetiminin profesyonelleşmesi, sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulması ve sağlık kuruluşlarının başarılı olması için önemlidir. Profesyonel yöneticilerin hastanelerin stratejik planlamasını yapma, kaynakları etkin bir şekilde kullanma, kalite ve güvenlik standartlarını sağlama, personel yönetimi ve performans değerlendirmesi gibi kritik alanlarda uzmanlıklarının olması beklenir. Profesyonel yöneticilerin deneyimi, bilgisi ve becerileri, hastane yönetiminin başarıya ulaşmasında ve sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasında büyük öneme sahiptir.

Başhekimlerin %88'inin, başhekim yardımcılarının %60'ının, sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin %73'ünün yönetim alanında eğitiminin olmadığı belirlenmiştir. Bu durumun önemli bir eksiklik olduğu düşünülmektedir. Hastane yöneticilerinin, yönetim konusunda eğitim almış kişilerden görevlendirilmesini önermekteyiz.

Hastanelerde 743'ü uzman olmak üzere 1612 hekim yönetici olarak görev yapmaktadır. OECD ülkelerinde ortalama 1.000 kişiye 3,5 doktor, Türkiye'de 1.000 kişiye 2 doktor düşmektedir. Yönetici hekimlerin yöneticilik görevlerinin yanında hekimlik hizmeti

vermesi pek mümkün görünmemektedir. Hekimlik hizmeti sunanlarında çok kısıtlı süre çalıştığı bilinmektedir. Türkiye’de hekim ihtiyacının olduğu, özellikle uzman hekim ihtiyacının olduğu bir ortamda hekimlerin yönetici olarak görevlendirilmesinin uygun olmadığı düşünülmektedir. İnsan kaynaklarının daha etkili ve verimli kullanılabilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından stratejik personel olarak kabul edilen hekimlerin, yöneticilik yerine hekimlik görevini yapmaları uygun olacaktır, Hastane yöneticiliği ile ilgili görevlerde sağlık lisansiyeri olan aynı zamanda sağlık yönetimi konusunda eğitim almış, yeterli tecrübeye sahip personeller arasından görevlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Bu konuda gerekli mevzuat değişikliğinin yapılması gerekir.

Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlerinin %24’nün hemşirelik ve %5’inin ebelik lisans mezunu olduğu belirlenmiştir. Sağlık Bakım Hizmetlerine bağlı çalışanların büyük bir kısmını hemşireler oluşturmaktadır. Hemşireler sağlık kurumlarının tüm süreçlerinde kilit bir rol oynamaktadır. Dolayısıyla sağlık bakım hizmetleri müdürünün hasta bakım süreçleri konusunda eğitim almış kişilerden görevlendirilmesinin uygun olacağı düşünülmektedir. Hemşireler, hemşirelik pratiğindeki deneyimleri ve uzmanlıklarıyla sağlık kurumlarının etkin ve verimli bir şekilde yönetilmesine katkı sağlayabilirler. Sağlık bakım hizmetleri müdürlerinin hemşirelik kökenli olması, hemşirelerin ihtiyaçlarını ve beklentilerini daha iyi anlamalarına ve yönetim kararlarını hemşirelerin perspektifinden değerlendirmelerine olanak sağlayacağı düşünülmektedir. Böylece, sağlık kurumlarında hemşirelerin rolü ve katkısı daha da önem kazanır ve hasta bakımının kalitesi artırılabilir.

663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname kapsamında Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü pozisyonlarına farklı mesleklerden kişilerin atanabildiği belirtilmektedir. Bu durumda, bir müdür pozisyonuna hekim, lisans mezunu bir teknisyen veya başka bir meslekten kişilerin atanabilmesi mümkün olmaktadır. Bu durumun hasta bakım süreçlerinin kalitesini olumsuz etkileyebilir. Sağlık bakım hizmetleri müdürlüğüne, hasta bakımı konusunda lisans düzeyinde eğitim almış kişilerin görevlendirilebilmesi için mevzuat değişikliğine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

### Kaynakça

1. Akdoğan, R. (2023). Sağlık Yönetimi Lisans Programlarında Muhasebe Ders İçeriklerinin Değerlendirilmesi ve Yeni Ders İçerikleri Önerisi. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Hamidiye Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
2. Aktaş, U. (2020). Sağlık Yönetimi Alanında Lisansüstü Eğitim Alan Öğrencilerin Finansal Okuryazarlık, Finansal Farkındalık ve Temel Finansal Yönetim Bilgisi Düzeylerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
3. Arslan, U. (2022). Sağlık Kurumları Yönetiminde Yaşanan Sıkıntılar ve Yönetim Süreci: Sivas İl Sağlık Müdürlüğü Örneği. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Sivas.
4. Aydın, A. (2019). Kamu Hastanelerinde Yönetim Sorunları Algıları Üzerine Bir Araştırma: Kastamonu Örneği. Kastamonu Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Kastamonu.
5. Boğa, A. ve Kayahan, C. (2021). Hastanelerin teknik performans ölçümünde Veri zarflama analizi ve Türkiye örneği. Finans Ekonomi ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, 6(4), 944-955.
6. Doğru, Ş. (2021). Sağlık Yönetimi Ön Lisans, Lisans ve Lisansüstü Öğrencilerinin Sağlık Okuryazarlığı Düzeylerinin Belirlenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
7. Gün, İ. (2018). Yönetim Bilimi ve Türkiye’de Sağlık Yönetimi, Selma Söyük ve İbrahim Gün (Ed.), Sağlık İşletmeleri Yönetiminde Temel Boyutlar Rehberi içinde (s. 93-121). İstanbul: Beta Yayınları.
8. İrvül, E. (2022). Hastane Yönetiminin İnsan Kaynaklarını Yönetme Süreci: Sağlık Çalışanları Perspektifinden Bir Değerlendirme. İstanbul Esenyurt Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
9. T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönetmeliği (2012, 4 Ocak). Resmî Gazete (Sayı: 28163). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=15741&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Erişim Tarihi: 16.05.2023
10. T.C. Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı İdari ve Hizmet Birimleri Kadro Standartları Yönerge, Erişim adresi: <https://yhg.m.saglik.gov.tr/TR,26280/saglik-bakanligi-tasra-teskilati-kadro-standartlari-ile-calisma-usul-ve-esaslarina-dair-yonerge.html> Erişim Tarihi: 16.05.2023
11. Tengilimoğlu D., Işık O., Akbolat M. (2020). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.

## Spinal Musküler Atrofi Tedavisinde Maliyet-Etkililik Analizi Üzerine Sistemik Derleme

Elif CAVDAROĞLU<sup>1</sup>, Lütfiye TEKPINAR<sup>1</sup>, Kpedetin Sandrine HOUNKPE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sorumlu Yazar: elif.cavdaroglu42@gmail.com

**Amaç:** Bu çalışmada Spinal Musküler Atrofi'nin (SMA) tedavi yöntemleri üzerine yapılan maliyet-etkililik analizlerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Pubmed, Scopus ve Web of Science veri tabanlarından spinal musküler atrofi, SMA, etkililik, maliyet analizi, maliyet-etkililik anahtar kelimeleri kullanılarak Spinal Musküler Atrofi için maliyet-etkililik analizi konusunda yapılan çalışmalar incelenmiştir. İnceleme başlangıç zaman sınırı olmaksızın 2023 Temmuz ayına kadar İngilizce yayınlanan orijinal makalelerle sınırlandırılmıştır.

**Bulgular:** Başlangıçta bulunan toplam 82 yayından 45'i incelemeye dahil edilmiştir. Bu 45 çalışma incelendiğinde; 1'inin 1992 yılında 5'inin 2010-2015 yılları arasında diğer 39'unun 2018-2023 yılları arasında yayınlanmış olduğu görülmüştür. Taranan çalışmaların 8'i gen tedavisi, 9'u doğum öncesi tarama, 3'ü yeni doğan taraması, 18'i ilaç tedavisi üzerine yapılmıştır. Yapılan maliyet-etkililik çalışmalarının perspektifi incelendiğinde, sağlık sektörü, toplumsal, maliyet, sağlık sistemi, sosyal bakım olarak belirtildiği görülmüştür. Taranan yayınlarda olasılıksal ve tek yönlü duyarlılık analizleri yapılmıştır. Çalışmaların %53'ü Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan yayınlardır.

**Sonuç:** Spinal Musküler Atrofi tedavilerinin maliyet-etkililik analizi üzerine olan çalışmalar son beş yılda önemli derecede artış göstermiştir. Çalışmalar incelendiğinde hem gen tedavisinin hem de ilaç tedavisinin maliyet-etkili olarak tespit edildiği görülmüştür.

**Anahtar Kelimeler:** spinal musküler atrofi, SMA, maliyet-etkililik, etkililik, maliyet analizi

### Systematic Review of Cost and Effectiveness Analysis in Spinal Muscular Atrophy Treatment

**Objective:** In this study, it was aimed to examine the cost-effectiveness analyzes on the treatment methods of Spinal Muscular Atrophy (SMA).

**Method:** Studies on cost-effectiveness analysis for Spinal Muscular Atrophy were examined using the keywords spinal muscular atrophy, SMA, effectiveness, cost analysis, cost-effectiveness from Pubmed, Scopus and Web of Science databases. The review is limited to original articles published in English until July 2023, with no starting time limit.

**Results:** Of the 82 initial publications, 45 were included in the review. When these 45 studies are examined; It was seen that 1 of them was published in 1992, 5 of them were published between 2010-2015 and the other 39 were published between 2018-2023. Eight of the scanned studies were on gene therapy, 9 on prenatal screening, 3 on newborn screening, and 18 on drug therapy. When the perspective of cost-effectiveness studies is examined, it is seen that health sector, society, cost, health system, social care. Probabilistic and one-way and sensitivity analyzes were performed in the scanned publications. 53% of the studies were published in the United States.

**Conclusion:** Studies on cost-effectiveness analysis of Spinal Muscular Atrophy treatments have increased significantly over the past five years. When the studies were examined, it was seen that both gene therapy and drug therapy were found to be cost-effective.

**Keywords:** spinal muscular atrophy, SMA, cost-effectiveness, effectiveness, cost analysis

### Giriş

Spinal musküler atrofi (SMA), motor nöronların ilerleyici dejenerasyonu ile karakterize, ciddi kas güçsüzlüğüne ve bazen motor fonksiyon kaybına yol açan, sinir sisteminin nadir görülen genetik bir hastalığıdır. SMA'nın yönetimi, yalnızca tıbbi yönlerin ötesine geçen ve önemli finansal hususları da içeren bütünsel bir yaklaşım gerektirir.

Bu sistemik inceleme, SMA için farklı tedavi yöntemlerinin maliyetlerini ve etkinliğini analiz ederek, bu stratejilerin sağlık sistemleri, aileler ve bir bütün olarak toplum üzerindeki ekonomik etkisini vurgulamaktadır. SMA'yı tedavi etmek için yenilikçi tedavilerin geliştirilmesinde önemli ilerlemeler kaydedilmiş olsa da bunların yalnızca klinik etkililiklerinin değil, aynı zamanda maliyet etkililiklerinin ve erişilebilirliklerinin de değerlendirilmesi zorunlu hale gelmektedir.

Bu derleme, SMA yönetimiyle ilişkili maliyetler hakkındaki bilgileri sentezleyerek ve farklı müdahalelerin göreceli etkililiğini değerlendirerek, sınırlı kaynakları etkili bir şekilde yönetirken bakım kalitesini optimize etme arayışlarında karar vericileri, sağlık uzmanlarını ve araştırmacıları bilgilendirmeyi amaçlamaktadır.

### Spinal Musküler Atrofi

Spinal musküler atrofi (SMA), alt motor nöronu etkileyen bir grup nörodejeneratif hastalıktır. Progresif spinal musküler atrofiler, alt motor nöronu etkileyen ve omuriliğin ön boynuzundaki ve beyin sapındaki sinir hücrelerinin dejenerasyonuna yol açan genetik kökenli bir grup nadir hastalıktır. Bölgeden bölgeye değişen genel prevalansı 100.000'de 1-2 kişi arasında değişen ve tip I için 10.000 canlı doğumda bir vaka insidansı olan nadir hastalıklardır (Verhaart, Robertson, Wilson, vd. 2017). SMA klinik olarak giderek kötüleşen simetrik kas güçsüzlüğü ve proksimal kas atrofisi ile karakterizedir. Bu semptomlar, omurilikteki alfa motor nöronların dejenerasyonundan kaynaklanır. Kas güçsüzlüğünün başlangıcı doğumdan önce veya daha sonra yetişkinlikte olabilir ve tip 0'dan tip IV'e kadar sınıflandırılmış beş alt tipi vardır (Prior, Leach ve Finanger 2020). Tip I en yaygın olanıdır ve tüm SMA'ların

yaklaşık %60'ını oluşturur (Verhaart, Robertson, Wilson vd., 2017). SMA, temel olarak kromozom 5 üzerinde bulunan motor nöron sağkalım proteinini (SMN) kodlayan SMN1 genindeki bir mutasyondan kaynaklanır ve hastalık vakalarının %95'inden sorumludur. Kistik fibrozisten sonra otozomal resesif geçişli kalıtsal bir hastalığa bağlı bebek ölümlerinin ikinci en yaygın nedenidir (Lefebvre vd., 1995). Sağlıklı taşıyıcıların sıklığı genel popülasyonda %2 ila 5 arasında değişmektedir ve Kafkas ve Asya popülasyonlarında Sahra Altı Afrika popülasyonlarına göre daha yüksektir (Sangaré vd., 2014). Bunlar, özellikle sınırlı kaynaklara sahip ülkelerde henüz erişilebilir tedavileri bulunmayan ciddi hastalıklardır. Bununla birlikte, bazı alt tipler son zamanlarda çok umut verici tedavilerden geçmiştir ve diğerleri şu anda geliştirilmektedir.

### Spinal Musküler Atrofinin Tarihçesi

1891 yılında Guido Werdnig, kendi adını verdiği bir aile hastalığı olan ilerleyici kas atrofisinin ilk iki vakasını bildirmiştir (Wilkins rh.). 1893 ve 1900 yılları arasında Johann Hoffmann dört "progresif musküler atrofi" vakası daha tanımlayarak hastalığın omurilik kökenli olduğunu ortaya koymuş ve o zamandan beri Werdnig Hoffmann hastalığı olarak adlandırılan bu hastalığa kendi adını vermiştir (Hofman J.). 1899'da Sevestre yeni doğmuş bir bebekte flask paralizisi vakası tanımlamıştır ("E H.). Hastalığın ilk konjenital formları 1900 yılında Hermann Oppenheim tarafından "myotonia congenita" olarak tanımlanmış, 1908 yılında Collier ve Wilson tarafından "amyotonia congenita" olarak yeniden adlandırılmıştır (Sourouti Z.). Doğum öncesi formların varlığından ilk kez 1902 yılında Beevor'un spinal musküler atrofi çocuk doğuran annelerde intra-uterin hareketlilik anomalilerini tanımlamasıyla bahsedilmiştir (Beevor 1902). Daha sonra 1945 yılında Kugelberg, 1955 yılında Wohlfart, Fex ve Eliasson ve 1954 ve 1956 yıllarında Kugelberg ve Welander sırasıyla yürüme çağından sonra başlayan, yavaş ilerleyen ve Wohlfart-Kugelberg-Welander hastalığı olarak bilinen bir formun ilk serilerini bildirmişlerdir. Werdnig-Hoffmann hastalığına adanmış ilk monografi 1950 yılında ortaya çıkmıştır. Bu kitapta hastalığın otozomal resesif doğası tanımlanmıştır (Lefebvre vd., 1995). Son otuz yılda yapılan çok sayıda klinik ve genetik çalışma, Werdnig-Hoffmann ve Kugelberg-Welander hastalıklarının genetik homojenliğinin kesinleşmesine yol açmış, 1990'da sorumlu genin lokalizasyonu ve 1995'te tanımlanmasıyla (Gilliam vd., 1990).

### Spinal Musküler Atrofinin Epidemiyolojisi

SMA prevalansı bir çalışmadan diğerine büyük farklılıklar göstermektedir. Sahra altı Afrika'da, özellikle de Mali'de spinal musküler atrofi ile ilgili epidemiyolojik çalışmalar nadirdir. Mali'de bu hastalığın prevalansı ve insidansı çalışılmamıştır. Bununla birlikte, spinal musküler atrofi olan kişilerin nüfusu bilinmemektedir. Dünya çapındaki prevalansının tüm tipler için 1 ila 2/100.000 kişi olduğu ve tip I için %60'lık bir sıklığa sahip olduğu tahmin edilmektedir (Verhaart, Robertson, Wilson, vd. 2017). Amerika Birleşik Devletleri'nde "G" Noktası UHC progresif spinal musküler atrofilerin tipleri (I, II, III) için klinik ve genetik yönleri 8,5 ila 10,3/100.000 kişidir (Lally vd. 2017). Avrupa'da ise bu oran 0,01-2,43/100.000'dir (Verhaart, Robertson, Leary, vd. 2017). Literatürde sağlıklı taşıyıcıların sıklığı 1/30 ile 1/60 arasında bildirilmektedir (Sugarman vd. 2012). Mali'de yapılan bir çalışmada asemptomatik taşıyıcılık oranı 1/209 olarak bildirilmiştir (Sangaré vd. 2014). Akralılık, özellikle prevalansın bazen çok yüksek olduğu Akdeniz ve Orta Doğu ülkelerinde olumlu bir faktördür ("Sourouti Z. ).

### Spinal Musküler Atrofinin Sınıflandırılması

Günümüzde en yüksek motor fonksiyon seviyesine ve başlangıç yaşına bağlı olarak çeşitli SMA tipleri tanımlanmıştır. Başlangıçta, SMA tanıları 1991 yılında Uluslararası Spinal Musküler Atrofi Konsorsiyumu'na sunulan üç tipten oluşuyordu. Üçüncü tip daha sonra iki alt tip içerecek şekilde değiştirilmiş, dördüncü bir tipin yanı sıra prenatal olarak başlayan ve değişmez bir şekilde ölümcül başlangıçlı en ağır vakalar için bir tip 0 eklenmiştir (Touré 2022).

Tablo 13 : Fenotiplerin Sınıflandırması

Fenotip	Başlangıç yaşı	Hizmet ömrü	Maksimum fonksiyonu	motor	Diğer bulgular
Tip 0	Prenatal	Birkaç hafta, <6 ay	Hiçbirine ulaşamadı		Şiddetli neonatal hipotoni Şiddetli halsizlik Arefleksi Doğumda nefes almada yetersizlik Yüz diplesi Düşük fetal hareket Auriküler septal defektler Artrogripozis
Tip I	<6 ay	Medyan sağkalım 8-10 ay	Yardıma oturamamak	almadan	baş kontrolünün kaybı hafif eklem kontraktürleri normal veya minimal yüz zayıflığı değişken emme ve yutma güçlükleri
Tip II	6-18 ay	25 yaşında %70 canlı	Bağımsız oturuyor		Motor beceri kaybı ile birlikte gelişimsel gecikme Derin tendon reflekslerinin düşük olması veya hiç olmaması Proksimal kas güçsüzlüğü Parmaklarda postüral tremor
Tip III	>18 ay	Normal	Yardımsız yürüyebilme		Proksimal kas güçsüzlüğü (merdiven çıkmada, koşmada zorluk) Motor becerilerin kaybı Yorgunluk Parmaklarda postüral tremor Patellar refleks kaybı
Tip IV	Yaş	Normal	Normal		Yorgunluk Kas güçsüzlüğü---proksimal

### Spinal Musküler Atrofi Tedavileri

Yıllarca süren başarısız terapötik denemelerden sonra, 2017'den bu yana üç ilaç, hasta sağkalımı ve fonksiyonel kapasite üzerinde net bir fayda sağlayarak art arda onaylanmıştır (Ramdas ve Servais 2020). Mevcut tedavilerden ikisi, Spinraza ve Evrysdi, transkripsiyon sonrası olgunlaşma sırasında ekzon 7'nin eklenmesini önlemek için SMN2 genini hedeflemektedir. Üçüncüsü, Zolgensma, SMN1 geninin başka bir sağlam kopyasını sağlar. Şu anda terapötik denemelerde bulunan diğer tedaviler, kası ve motor nöron ile kas arasındaki bağlantıyı hedef almaktadır (Servais vd. 2021).

#### 2.1. Nusinersen / Spinraza

Spinraza (Finkel vd. 2017) SMN2 pre-mRNA'sının splicingini değiştiren ve tam uzunlukta SMN proteininin ekspresyonuna neden olmak için ekzon 7'nin dahil edilmesini teşvik eden bir antisens oligonükleotiddir. Spinraza 2012'den beri geliştirilmektedir ve 2017'den beri Avrupa'da onaylanmıştır. 100 geri ödemesi Eylül 2018'den beri Belçika'da yetkilendirilmiştir. Spinraza intratekal enjeksiyon yoluyla uygulanır. Hastalar başlangıçta yükleme dozu olarak 0, 14, 28 ve 63. günlerde olmak üzere iki ay boyunca dört doz almalıdır. Hastalar daha sonra muhtemelen hayatlarının geri kalanı boyunca her dört ayda bir doz alırlar. Bugüne kadar ilaca bağlı herhangi bir yan etki bildirilmemiştir, ancak hastalar sırt veya baş ağrısı ve bazen kusma gibi enjeksiyona bağlı yan etkilerden şikayet edebilirler. Bu etkiler her zaman geçicidir ve en şiddetli vakalarda birkaç saat veya birkaç gün içinde kaybolur. Semptomların başlamasından kısa bir süre sonra terapötik müdahalenin faydası çift kör, plasebo kontrollü çalışmalarda (Finkel vd. 2017) ve gerçek hayattan veri toplamada (Pechmann vd. 2019) (Pane vd. 2018) gösterilmiştir.

#### 2.2. Onasemnogene abeparvovec / Zolgensma

Zolgensma (Mendell vd., 2017a), SMN1 genini bir SMN geninin yeni bir işlevsel kopyasıyla değiştirerek çalışan bir gen terapisi. Bir virüs olan AAV9 (adeno-ilişkili virüs), değiştirme genini hücrelere taşır. Zolgensma 2014 yılından beri geliştirilmektedir ve 2020 yılından beri Avrupa'da onaylanmıştır. Belçika'da %100 geri ödemesi 1 Aralık 2021 tarihinde başlamıştır. Zolgensma intravenöz infüzyon yoluyla uygulanır. Bu tek seferlik bir tedavidir ve hasta virüse karşı antikor geliştireceğinden aynı hastaya tekrar enjekte edilemez. Karaciğer veya pıhtılaşma sorunlarına neden olabilecek bir bağışıklık reaksiyonunu önlemek için hastalara bir ila iki ay boyunca azalan dozlarda kortikosteroid verilir. Bununla birlikte, hastalarda biyolojik karaciğer hasarı belirtileri gelişebilir ve nadir hastalarda trombomikroanjyopati şeklinde ciddi kompleman aktivasyonu belirtileri görülmüştür. Terapötik çalışmalarda tedavi, geçmiş kohortlara kıyasla daha uzun sağkalım, daha iyi motor kilometre taşı başarısı ve daha iyi motor fonksiyon ile sonuçlanmıştır (Mendell vd. 2017b) (Lowes vd. 2017).

### 2.3. Risdiplam / Evrysdi

Evrysdi (Baranello vd. 2021) merkezi sinir sisteminde ve tüm vücutta SMN proteini seviyelerini artırmak için tasarlanmış oral sistemik bir ilaçtır. Evrysdi 2016'dan beri geliştirilmektedir ve 2021'den beri Avrupa'da onaylanmıştır. Belçika'da henüz geri ödemesi yapılmamaktadır. Evrysdi günlük ağızdan alınan bir ilaçtır. Şu anda, tedavinin ömür boyu sürdürülmesi gerektiğine inanıyoruz. Bugüne kadar, ilaca doğrudan bağlı herhangi bir yan etki bildirilmemiştir. Tedavinin etkinliği hakkında hala çok az geri bildirimimiz var, ancak ilk veriler son derece cesaret verici ve ilk iki tedaviyle karşılaştırılabilir etkililik gösteriyor (Baranello vd. 2021).

#### Tedavi Maliyetleri

Bu tedavilerin maliyeti, tüm nadir hastalıklarda olduğu gibi, son derece yüksektir. İlaç tedavisinin maliyeti, tedavinin kendisinin resmi maliyetini, tedavinin uygulanması için hastaneye yatış maliyetini ve tedavinin uygulanmasıyla doğrudan bağlantılı tıbbi konsültasyonu içerir. Uygulama zamanlamasının üç tedavi için çok farklı olduğunu belirtmek önemlidir: gen terapisi, tek enjeksiyon olması nedeniyle tek seferlik bir maliyettir (1.873.000 €); Spinraza® dört yükleme dozu gerektirir, bu da ilk yılda sonraki yıllara göre daha yüksek bir maliyete neden olur (doz başına 88.300 €); ve Evrysdi® maliyeti yıllar boyunca sabittir (289.000 €/yıl). Bir, iki ve on yıllık hesaplamalar yaptık ve on yıllık toplam maliyeti ona bölerek yıllık maliyet olarak kabul ettik. Bu veriler tablo 1'de mevcuttur (Dangouloff 2022).

Tablo 14 : Tedavi Maliyetleri

	Spinraza (€)	Zolgensma(€)	Evrysdi(€)
<b>Tedavi 1. Yıl</b>	529 800	1 873 000	289 000
<b>Sonraki yıllarda tedavi</b>	264 000	0	289 000
<b>Tedaviye bağlı hastaneye yatışlar 1. Yıl</b>	1 500	4 000	0
<b>Sonraki yıllarda tedaviye bağlı hastaneye yatış</b>	750	0	0
<b>Tedavi ile ilişkili konsültasyonlar 1. Yıl</b>	408	884	408
<b>Sonraki yıllarda tedavi ile ilişkili konsültasyonlar</b>	272	204	408
<b>10 yıl boyunca</b>	2 925 006	1 879 720	894 080

#### Araştırmanın amacı:

Bu çalışmanın amacı; şimdiye kadar SMA hastalarına yapılan tedavilerde HTA Core modele göre çıkarılan maliyet ve etkililik analizlerinin sistematik derlemesini yapmaktır. Araştırma yapılırken benzerliklerin ve farklılıkların ortaya çıkarılması planlanmıştır. Ayrıca yapılan ilgili araştırmalar arasındaki farklılıklar da belirlenecektir. Araştırma amacından hareketle, aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

Spinal Musküler Atrofi (SMA) tanımında vurgulanan kavramlar nedir?

Spinal Musküler Atrofi (SMA) konusunda yapılan araştırmaların yöntemlere göre dağılımı nasıldır?

Spinal Musküler Atrofi (SMA) konusunda yapılan araştırmaların örnekleme ve örnekleme sayısına göre dağılımı nasıldır?

Spinal Musküler Atrofi (SMA) konusunda yapılan araştırmaların veri toplama araçlarına göre dağılımı nasıldır?

Spinal Musküler Atrofi (SMA) konusunda yapılan araştırmaların verilerin analizine göre dağılımı nasıldır?

#### Yöntem

Pubmed, Ebsco, Scopus ve Web of Science veri tabanlarından “spinal muscular atrophy AND SMA, clinical effectiveness AND cost-effectiveness AND cost analysis” anahtar kelimeleri kullanılarak Spinal Musküler Atrofi (SMA) tedavileri için maliyet etkililik analizi konusunda yapılan çalışmalar incelenmiştir. İnceleme süresiz olarak İngilizce yayınlanan makalelerle sınırlandırılmıştır. Sistematik derleme yöntemi, herhangi bir konuda yapılan çalışmaları detaylı bir şekilde ele almaktadır. Geniş bir tarama yoluyla bulguları sentezlemektedir (Aslan, 2018). Kanıta dayalı olarak kullanılan bu yöntem nicel, nitel ve karma çalışmalarda kullanılabilir. Objektif, kapsamlı ve tekrar edilebilir olması, az hata içermesi, araştırmada kullanılacak çalışmaları için kriter belirlemesinden dolayı bütün bilimsel alanlarda tercih edilmektedir (Karaçam, 2013). Sistematik derleme bilimsel çalışmalarda kullanılırken, bir takım aşamalar dikkate alınmaktadır (Karaçam, 2013):

Aşama: İşin Tanımlanması; Bu aşamada Spinal Musküler Atrofi (SMA) konusunda ilk olarak sorular hazırlanmıştır. Sorularda; SMA tanımında ele alınan kavramlar, kullanılan yöntemler, çalışma kapsamına alınan örnekleme ve sayısı, veri toplama araçları, kullanılan analizler incelenmiştir. Bunun yanı sıra ikincil sorularla da araştırmada kullanılacak veri tabanlarına, veri tabanlarındaki çalışmaların dağılımına ve bilim alanlarında kullanımına değinilmiştir. Bütün bu sorularla, çalışmaların araştırmaya seçilme kriterleri ve yöntemi belirlenmeye çalışılmıştır. Sonrasında çalışmaların kalitesini değerlendirmek amacıyla SMA için belirlenen soruların cevaplandırılması amacıyla bir değerlendirme formu kullanılmıştır.

Aşama: Bilgi İçin Tarama Yapma; Araştırmada sistematik derleme yöntemi kullanılırken, ilk olarak araştırma sorusu dikkate alınmıştır. Çalışmanın kalitesini belirlemek ve sağlıklı bir değerlendirme sürecini kullanmak için yapılan bu aşamada amaç, araştırmanın genel çerçevesini belirlemektir. İkinci olarak araştırma amacını oluşturan anahtar kavramlardan hareketle, tarama stratejisi geliştirmektir. Bunun için veri tabanlarından diğer kaynaklara kadar geniş kapsamda tarama yapılmaktadır. Buradan ulaşılan dokümanlar için, seçme kriterleri oluşturulmaktadır. Bu araştırmada da SMA konusunda 2010-2022 yılında yapılan makalelerin genel bir taraması yapılmıştır. Bu yıllardaki çalışmaların alınmasının nedeni; doğrudan “Spinal Musküler Atrofi

(SMA)” kavramını içeren araştırmaların olması ve bu konudaki çalışmaların Dergipark, ERIC ve Mendeley veri tabanlarından ulaşılmasıdır. Buradan hareketle veri tabanı olarak; “Dergipark”dan “Spinal Musküler Atrofi (SMA)” ve “ERIC”, “Mendeley”den “clinical efficacy and cost analysis” anahtar kelimeleri kullanılarak alan yazı taraması yapılmıştır. Yapılan literatür taraması sonucu Dergipark’den 6, ERIC’den 8 ve Mendeley’den 12 çalışma bu ölçütlerine göre taranmıştır. Veri tabanlarından ulaşılan çalışmalarda öncelikli olarak Spinal Musküler Atrofi (SMA ) konusunda yazılan makalelerin özet bölümleri araştırmacı tarafından incelenmiştir. Daha sonra sağlık okuryazarlığı ile ilgili “İngilizce veya “Türkçe sayfalarda ara”, “Tam metin erişilebilenler” gibi ölçütlerle ve araştırma sorusuna cevap vermesi bakımından 2010-2022 yılları arası çalışmalar araştırmaya dahil edilmiştir. Çalışmalar araştırma kapsamına alınırken, işlem zaman çizelgesinden yararlanılmıştır. Zaman çizelgesinde ilk hafta makaleler veri tabanından International Journal of Humanities and Education indirilmiştir. İkinci hafta ulaşılan makaleler veri tabanına göre sınıflandırılmıştır. Üçüncü hafta makalelerin özet bölümleri analiz edilmiştir. Dört, beş, altıncı haftalarda makalelerin yöntem, bulgular ve tartışma konuları detaylı bir şekilde okunmuştur. Buradan elde edilen bilgiler kontrol listesine kaydedilmiştir. Kontrol listesine kaydedilen bilgiler başka bir araştırmacı tarafından değerlendirilmiştir.

Aşama: Kanıt Kalitesinin Değerlendirilmesi ve Analiz; İlk aşamada belirtilen kalite değerlendirme formu burada kullanılmıştır. Araştırmacı ve uzman formu kullanarak çalışmaları ayrı ayrı değerlendirmiştir. Değerlendirmeler sonucunda ulaşılan veriler içerik analizine tabi tutulmuştur. Yapılan analizlerde SMA ilgili makalelerin kavramsal çerçevesi, yöntem, bulgular, tartışma ve sonuç bölümleri arasındaki benzer ve farklılıklar araştırmacı tarafından not edilmiştir. Alınan notlar sonucunda çeşitli kodlar oluşturulmuş ve bunlar kod listesine kaydedilmiştir. Kodlama işlemi yapılırken, alan yazıda bulunan kavramlara ve verilerden çıkan kavramlara göre işlem yapılmıştır (Yıldırım ve Şimşek, 2006).

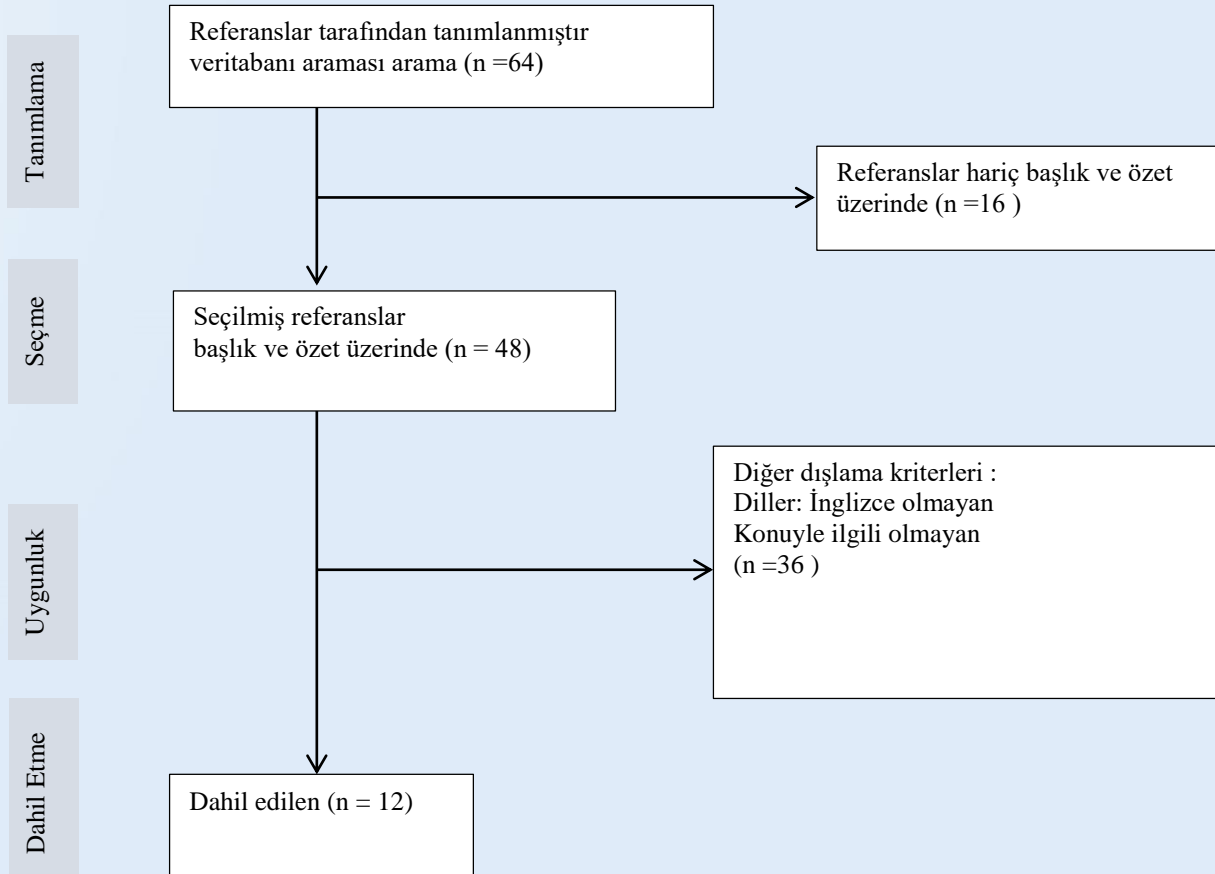
Aşama: Kanıtın Sunumu ve Özetlenmesi; Yapılan analizler bulgular bölümünde sıralanmış ve özetlenmiştir. Tablolar halinde verilen bulgularda, ulaşılan çalışmaların sayısı, kullanılan kavramlar, yöntemler, örneklem ve sayıları, veri toplama araçları, analizleri hakkında bilgiler yer almaktadır.

Aşama: Kanıtın Tartışması; Bulgular bölümünde grafik ve tablolar halinde gösterilen çalışmalar sağlık okuryazarlığıyla ilgili yapılan diğer çalışma sonuçlarıyla desteklenerek tartışılmış ve sonrasında çeşitli öneriler sunulmuştur.

Aşama: Sistematik Derlemenin Sunumu; Bu aşamada Moher, Liberati, Tetzlaff ve Altman (2009) tarafından geliştirilen PRISMA Bildirimi kontrol listesi dikkate alınmıştır.

## Bulgular

Başlangıçta bulunan 64 yayından kopyalar çıkartıldığı zaman 27 tanesi kitap, 3 tanesi sistematik derleme ve 34 tanesi orijinal yayındır. Bu 10 yayın incelendiğinde bunların 1 tanesinin 2002 yılında diğer 9’ünün son 5 yılda yayınlanmış olduğu görülmüştür. 8 tanesi direkt olarak maliyet etkililik analizi üzerine, 2 tanesi ilaç ve gen tedavisi üzerinedir. Çalışmalardan 1 tanesinde duyarlılık analizine rastlandı. Diğerlerinde bulunamadı.



Şekil 1 : PRİSMA diyagramı



Tablo 15 : Çalışmaların Özeti

Başlık	Yazarlar	Çalışma amacı	Sonuçlar
ABD'de infantil başlangıçlı spinal müsküler atrofi olan hastalarda nusinersen'in maliyet etkinliği.	Praveen Thokala	Bu çalışmanın amacı, ABD'de infantil başlangıçlı SMA tanısı alan hastalarda nusinersen'in en iyi destekleyici bakıma (BSC) kıyasla maliyet etkinliğini tahmin etmektir.	Temel durum analizimizde, nusinersen tedavisi BSC'ye (sırasıyla 0,46 QALY ve 2,40 LY) kıyasla daha fazla QALY ve daha fazla LY (sırasıyla 3,24 ve 7,64) elde etti ve bu da kazanılan QALY başına yaklaşık 1.112.000 \$'lık bir maliyet artışıyla sonuçlandı. BSC'ye kıyasla nusinersen için LY başına artan maliyet 590.000 \$ kazandı. Artımlı maliyet etkinlik oranları, senaryo ve duyarlılık analizlerinde kazanılan QALY başına 990.000 \$'ın altına düşmedi. Sonuçlar, "oturum" ve "oturma" sağlık durumlarında hayatta kalma süresine, arka plan sağlık bakım maliyetlerine ve faydaya en duyarlıydı.
Avustralya'da spinal müsküler atrofi tip I olan hastalar için gen temelli tedavilerin maliyet etkinliği analizi.	Tianjiao Wang	Bu çalışmanın amacı, Avustralya'daki geri ödeme politikalarına ilişkin karar alma sürecini bilgilendirmek üzere SMA için AVXS-101 (Onasemnogene Abeparvovec/Zolgensma®) ve nusinersen'in (Spinraza®) bir maliyet-etkililik analizini geliştirmektir.	Standart bakıma kıyasla AVXS-101'in artımlı maliyet-etkililik oranı (ICER), kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı (QALY) başına 1.808.471 \$ ve nusinersen'in QALY başına 2.772.798 \$ idi. AVXS-101'in ICER değeri, nusinersen'e kıyasla QALY başına 1.238.288 dolardı. ICER'leri etkileyen ana etmenler, tedavileri kullanmanın maliyetleri ve bağımsız olarak oturmanın ve yürümenin fayda değerleriydi.
Bir Maliyet Etkinliğinin ve Bütçe Etkisinin Modellenmesi Spinal Müsküler Atrofi İçin Yenidoğan Tarama Programı ve Şiddetli Kombine İmmün Yetmezlik.	Sophy TF Shih	Ekonomik değerlendirmenin amacı, maliyet etkinliği ve bütçe etkisi ölçümleri üretmek, SCID ve SMA için evrensel yenidoğan taramasının (NBS) başlatılmasıyla ilişkili maliyetleri ve sonuçları araştırmaktır.	60 yılı aşkın bir zaman diliminde, popülasyondaki her yenidoğanın taranması ve teşhis edilen SCID'nin erken hematopoietik kök hücre nakli ve SMA'nın gen tedavisi ile tedavi edilmesi, 100.000 yenidoğan başına 95 QALY kazanımı ve 8,6 milyon ABD doları maliyet tasarrufu ile sonuçlanacaktır. Duyarlılık analizi, simüle edilen sonuçların %97'sinin yaygın olarak kullanılan ödeme istekliliği eşiklerine göre uygun maliyetli olarak değerlendirildiğini gösteriyor.
Hastalık modifiye edici terapilerle spinal müsküler atrofi için yenidoğan taraması: maliyet etkinliği analizi.	Sophy TF Shih	Spinal müsküler atrofi (SMA) için yenidoğan taramasının (NBS) ve nusinersen veya onasemnogene abeparvovec (gen tedavisi) ile erken tedavinin, SMA taraması yapılmayan nusinersen ile karşılaştırıldığında maliyet etkinliğini değerlendirmek.	Bir presemptomatik SMA bebeğini nusinersen veya gen tedavisi ile tedavi ederek, klinik olarak teşhis edilen SMA'da geç tedavi ile karşılaştırıldığında 60 yıl boyunca ilave 9.93 QALY kazanılmıştır. Nusinersen tedavisinin toplumsal maliyeti 9.8 milyon dolardı. Erken gen tedavisi için 4.4 milyon dolar ve geç nusinersen tedavisi için 4.8 milyon dolar. Geç nusinersen tedavisiyle karşılaştırıldığında, erken gen tedavisi baskın olacak, 9.93 QALY kazanırken 360.000\$ tasarruf edecekti; oysa erken nusinersen tedavisi, 507 000 \$/QALY'lik indirimli artımlı maliyet etkinliği oranı (ICER) ile sonuçlanacaktır.
Spinal müsküler atrofi tip 1 hastalarda onasemnogene abeparvovec (Zolgensma®) için güncellenmiş bir maliyetfayda modeli ve Klinik ve Klinikler Enstitüsü tarafından yapılan değerlendirme ile karşılaştırma Etkinlik İncelemesi (ICER).	Rebecca Deana	Üreticinin tescilli CUA modelini Klinik ve Ekonomik İnceleme Enstitüsü (ICER) tarafından yayınlanan modelle karşılaştırmak ve üreticinin modelini uzun vadeli takip verileri ve bazı önemli ICER varsayımlarıyla güncellemek.	Model tarafından tahmin edilen güncellenmiş sağkalım (indirgenmemiş), onasemnogene abeparvovec için 37,60 yıl iken, nusinersen için 12,10 yıl ve BSC için 7,27 yıldır. ICER'in fayda puanları kullanılarak güncellenen kaliteye göre ayarlanmış sağkalım onasemnogene abeparvovec, nusinersen ve BSC için sırasıyla 13,33, 2,85 ve 1,15 indirimli QALY'lerdi ve %3'te indirildi. Tahmini net fiyatları kullanarak, indirimli yaşam boyu maliyet/hasta onasemnogene abeparvovec için 3,93 milyon dolar, nusinersen için 4,60 milyon dolar ve BSC için 1,96 milyon dolardı. Onasemnogene abeparvovec için artan QALY başına artan maliyet, nusinersen'e karşı baskın ve BSC'ye karşı 161.648 \$ oldu. Bu sonuçlar, metodolojideki

			farklılıklara rağmen, nusinersen'e kıyasla QALY başına 139.000 \$ ve BSC'ye kıyasla (onasemnogene abeparvovec için 2 milyon \$'lık bir yer tutucu fiyatı varsayarak) 243.000 \$ artan bir maliyet öngören ICER modelinin sonuçlarıyla geniş ölçüde uyumludur. Presemptomatik hastalarda keşif analizleri benzerdi.
Spinal Müsküler Atrofi İçin Yenidoğan Taramasının Maliyet Etkinliği Hollanda.	Rimma Velikanova	Spinal müsküler atrofi (SMA), ilerleyici kas güçsüzlüğü ve felce neden olan nadir görülen bir genetik hastalıktır. En yaygın ve şiddetli formunda, tedavi edilmeyen bebeklerin çoğu 2 yaşından önce ölür. İdeal olarak semptom başlangıcından önce erken teşhis ve tedavi, sağkalımı ve yaşa uygun motor kilometre taşlarına ulaşılmasını en üst düzeye çıkarır ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi üzerinde potansiyel olarak önemli bir etkiye sahiptir. Bu nedenle SMA, yenidoğan tarama (NBS) programlarına dahil edilmek için ideal bir adaydır. SMA'yı Hollanda'daki NBS programına dahil etmenin maliyet etkinliğini değerlendirdi.	17 hastada NBS ile SMA saptandıktan sonra, yıllık doğum kohortu başına kazanılan kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı sayısı, klinik SMA tanısından sonraki tedaviye kıyasla NBS ile takip edilen tedavi ile 320 olarak tahmin edildi. Tarama, teşhis, tedavi ve diğer sağlık hizmeti kaynaklarının kullanımı dahil olmak üzere toplam sağlık hizmeti maliyetlerinin, NBS tarafından tanımlanan hastalar için V12 014 949 daha düşük olduğu tahmin edilmiştir.
Nusinersen ve Evrensel Yenidoğan Taramasının Maliyet Etkinliği Omuriliğe bağlı kas atrofisi.	Ali Celali	İnfanıl başlangıçlı spinal müsküler atrofi (SMA) için evrensel yenidoğan taraması olan ve olmayan nusinersen'in maliyet etkinliğini değerlendirmek.	Tarama yapılmaması ve tedavi yapılmaması ile karşılaştırıldığında, taramalı nusi nersen için artımlı maliyet etkililik oranı (ICER), kurtarılan olaysız yaşam yılı (LY) başına 330.558 \$ iken, taramasız nusinersen tedavisi için ICER olay başına 508.481 \$'dı. -ücretsiz LY kaydedildi. Taramalı nusinersen'in tasarruf edilen olaysız LY başına 50.000 \$'lık ödemeye isteklilik (WTP) eşliğinde maliyet etkin olması için, fiyatın doz başına 23.361 \$ olması gerekir ki bu, mevcut fiyatın beşte birinden daha az olmalıdır. 125.000 \$. NURTURE denemesinden elde edilen ön veriler, temel sonuçlarımızla karşılaştırıldığında kaydedilen beklenen LY'lerde %85,7'lik bir iyileşme gösterdi. Olasılık duyarlılığı analizinde, nusinersen ve tarama, 500.000 \$'lık bir WTP eşliğinde zamanın %93'ünde tercih edilen bir stratejydi.
Hollanda'da Spinal Müsküler Atrofi I için Onasemnogene Abeparvovec-xioi (Zolgensma) ve Nusinersen (Spinraza) Tedavisinin Nüksetme Senaryoları ile Erken Maliyet Etkinliği.	Thomas F. Broekhoff	Onasemnogene Abeparvovec-xioi (AVXS-101), spinal müsküler atrofisinin (SMA) iyileştirici tedavisine yönelik bir gen terapisi ve beklenen fiyatı yaklaşık V2 000 000'dir. Bu çalışmanın amacı, Hollanda'da SMA I hastalarının nüks senaryoları dahil AVXS-101 ile tedavisi.	BSC'ye karşı AVXS-101 için temel durum artımlı maliyet etkililik oranı (ICER), nusinersen'e karşı AVXS-101 için V138 875/QALY ve V53 447/QALY'dir. Hastalar AVXS-101 tedavisinden sonraki 10 yıl içinde nüks ederse, ICER 6 kata kadar artabilir ve daha sonra etkileri azalır. Sadece tedaviden 50 yıl sonra meydana gelen nükslerin ICER üzerinde ihmal edilebilir bir etkisi vardır. Hollanda ödeme istekliliği referans değerlerine uymak için AVXS-101'in fiyatı V680 000'e düşmelidir.
Spinal müsküler atrofi için doğum öncesi taramanın maliyet etkinliği.	Sarah E. Little	Spinal müsküler atrofi (SMA) için doğum öncesi taramanın maliyet etkinliğini araştırmayı amaçlandı.	SMA için evrensel tarama, kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı başına 4,9 milyon ABD Doları ile uygun maliyetli değildir. Toplamda, 1 SMA vakasını önlemek için 12.500 kadının taraması gerekiyor ve önlenecek vaka başına 5.0 milyon dolarlık bir

			maliyet söz konusu. Sonuçlarımız en çok hastalığın başlangıç prevalansına duyarlıydı.
Spinal için Yenidoğan Taramasının Maliyet Etkinliği İngiltere’de Kas Atrofisi.	Diana Weidlich	İngiltere’de 5q spinal müsküler atrofi için yenidoğan taramasının (NBS) NBS yapılmamasına karşı maliyet etkinliğini değerlendirmeyi amaçlandı.	İngiltere’de SMA için NBS’nin tanıtılmasının, her yıl SMA’lı yaklaşık 56 (vakaların %96’sı) bebeği tanımladığı tahmin edilmektedir. Temel durum sonuçları, NBS’nin, NBS’siz bir senaryoya göre daha baskın (daha az maliyet ve daha etkili) olduğunu, yıllık bir yenidoğan kohortunun 62.191.531 Sterlin’lik artımlı tassaruf tahakkuk ettirdiğini ve yaş amları boyunca 529 yıllık kaliteye göre ayarlanmış yaş am yıllarında tahmini bir kazanç elde ettiğini göstermektedir. Belirleyici ve olasılıksal duyarlılık analizleri, temel durum sonuçlarının sağlamlığını göstermiştir.
Spinal Müsküler Atrofinin Doğum öncesi Tahmini	Graeme Suthers	SMA ile ilişkili başka bir yüksek polimorfik lokusun genetik lokalizasyonunu tanımak ve SMA ailelerinde doğum öncesi tanıya yaklaşımı sunmaktadır.	Otozomal resesif SMA’lı ailelerdeki hastalık odağı, etkilenen en az iki üyenin bulunduğu soyağacında 5q11-q13’te bulunur. SMA’ya çok yakın bir dizi yüksek oranda polimorfik lokus, aşağıdaki sırayla: cen-D5S6-(SMA,D5S125)-JK53CA1/2, DSS112)-(DSS127,DSS39)-qter genetik olarak haritalandı. DSS6 ve D5S112 dışındaki tüm lokusların genotipleri kurumuş kan lekelerinden belirlenebilir ve dolayısıyla genotipik bilgiler ölen bir çocuğun Guthrie haritasından elde edilebilir. Bu nedenle sıklıkla sıkıntı veren bu hastalığın hızlı ve doğru bir şekilde doğum öncesi tanısının konulması uygundur.
Spinal Müsküler Atrofi Tip 1 hastalarda Onasemnogene Abeparvocec (AVXS-101) kullanımının maliyet etkililik analizi	Daniel Malonea C.	Bu çalışma, SMA1 için onasemnogene abeparvocec (AVXS 101) gen değiştirme tedavisinin maliyet etkinliğini araştırdı.	Model tarafından tahmin edilen bir ömür boyunca beklenen sağkalım (indirimsiz) AVXS-101 için 37,20 yaşam yılı ve nusinersen için 9,68’dir (indirimli QALY’ler, sırasıyla 15,65 ve 5,29). Potansiyel bir AVXS-101 fiyat aralığı (2,5-5,0 milyon dolar/tedavi) kullanıldığında, ortalama yaşam boyu maliyet/hasta AVXS-101 için 4,2-6,6 milyon dolar ve nusinersen için 6,3 milyon dolardır. ICER aralığı, nusinersen’e karşı AVXS-101 için QALY başına (-203.072\$) ile 31.379\$ arasındaydı; bu, AVXS-101’in 5 milyon dolarlık fiyatlarla uygun maliyetli olduğunu gösteriyor.

## Sonuç

SMA tedavisinin maliyet ve etkililiğinin analizi, tedavi alanındaki ilerlemeler ile ekonomik hususların dengelenmesi ihtiyacını ortaya koymaktadır. Önemli maliyetler hastalar, aileler ve sağlık sistemleri için mali zorlukların altını çizmektedir. Klinik etkililik ve ekonomik uygulanabilirliği entegre eden bilinçli bir yaklaşım, yenilikçi tedavilere eşit erişim sağlamak için çok önemlidir ve ekonomik verilerle bilgilendirilen sağlık politikalarının öneminin altını çizmektedir.

## Kaynaklar

1. Baranello, Giovanni, Basil T. Darras, John W. Day, Nicolas Deconinck, Andrea Klein, Riccardo Masson, Eugenio Mercuri, Kristy Rose, Muna El-Khairi, ve Marianne Gerber. 2021. "Risdiplam in type 1 spinal muscular atrophy". *New England Journal of Medicine* 384 (10): 915-23.
2. Beevor, C. E. 1902. "A case of congenital spinal muscular atrophy (family type), and a case of haemorrhage into the spinal cord at birth, giving similar symptoms". *Brain* 25 (1): 85-108.
3. Dangouloff, Tamara. 2022. "Analyse médico-économique du dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale en Fédération Wallonie-Bruxelles".
4. "E H. portrait and biographies. 1986." t.y.
5. Finkel, Richard S., Eugenio Mercuri, Basil T. Darras, Anne M. Connolly, Nancy L. Kuntz, Janbernd Kirschner, Claudia A. Chiriboga, Kayoko Saito, Laurent Servais, ve Eduardo Tizzano. 2017. "Nusinersen versus sham control in infantile-onset spinal muscular atrophy". *N Engl J Med* 377: 1723-32.
6. Gilliam, T. C., L. M. Brzustowicz, LHea Castilla, T. Lehner, G. K. Penchaszadeh, R. J. Daniels, B. C. Byth, J. Knowles, J. E. Hislop, ve Y. Shapira. 1990. "Genetic homogeneity between acute and chronic forms of spinal muscular atrophy". *Nature* 345 (6278): 823-25.
7. "Hofman J. Ueber progressive neuromuskulaturatrophie". t.y.
8. Lally, Cathy, Cynthia Jones, Wildon Farwell, Sandra P. Reyna, Suzanne F. Cook, ve W. Dana Flanders. 2017. "Indirect estimation of the prevalence of spinal muscular atrophy Type I, II, and III in the United States". *Orphanet journal of rare diseases* 12: 1-6.
9. Lefebvre, Suzie, Lydie Bürglen, Sophie Reboullet, Olivier Clermont, Philippe Bulet, Louis Viollet, Bernard Benichou, Corinne Cruaud, Philippe Millasseau, ve Massimo Zeviani. 1995. "Identification and characterization of a spinal muscular atrophy-determining gene". *Cell* 80 (1): 155-65.
10. Lowes, L., S. Al-Zaidy, R. Shell, W. Arnold, L. Rodino-Klapac, T. Prior, L. Alfano, K. Berry, K. Church, ve J. Kissel. 2017. "AVXS-101 phase 1 gene therapy clinical trial in SMA Type 1: patients treated early with the proposed therapeutic dose were able to sit unassisted at a younger age". *Neuromuscular Disorders* 27: S208-9.
11. Mendell, Jerry R., Samiah Al-Zaidy, Richard Shell, W. Dave Arnold, Louise R. Rodino-Klapac, Thomas W. Prior, Linda Lowes, Lindsay Alfano, Katherine Berry, ve Kathleen Church. 2017a. "Single-dose gene-replacement therapy for spinal muscular atrophy". *New England Journal of Medicine* 377 (18): 1713-22.
12. ———. 2017b. "Single-dose gene-replacement therapy for spinal muscular atrophy". *New England Journal of Medicine* 377 (18): 1713-22.
13. Pane, Marika, Concetta Palermo, Sonia Messina, Valeria A. Sansone, Claudio Bruno, Michela Catteruccia, Maria Sframeli, Emilio Albamonte, Marina Pedemonte, ve Adele D'Amico. 2018. "Nusinersen in type 1 SMA infants, children and young adults: preliminary results on motor function". *Neuromuscular Disorders* 28 (7): 582-85.
14. Pechmann, Astrid, Kirsten König, Günther Bernert, Kristina Schachtrup, Ulrike Schara, David Schorling, Inge Schwersenz, Sabine Stein, Adrian Tassoni, ve Sibylle Vogt. 2019. "SMARtCARE-A platform to collect real-life outcome data of patients with spinal muscular atrophy". *Orphanet journal of rare diseases* 14: 1-6.
15. Prior, Thomas W., Meganne E. Leach, ve Erika Finanger. 2020. "Spinal muscular atrophy".
16. Ramdas, Sithara, ve Laurent Servais. 2020. "New treatments in spinal muscular atrophy: an overview of currently available data". *Expert opinion on pharmacotherapy* 21 (3): 307-15.
17. Sangaré, Modibo, Brant Hendrickson, Hammadoun Ali Sango, Kelian Chen, Jonathan Nofziger, Abdelbasset Amara, Amalia Dutra, Alice B. Schindler, Aldiouma Guindo, ve Mahamadou Traoré. 2014. "Genetics of low spinal muscular atrophy carrier frequency in sub-Saharan Africa". *Annals of neurology* 75 (4): 525-32.
18. Servais, Laurent, Giovanni Baranello, Mariacristina Scoto, Aurore Daron, ve Maryam Oskoui. 2021. "Therapeutic interventions for spinal muscular atrophy: preclinical and early clinical development opportunities". *Expert Opinion on Investigational Drugs* 30 (5): 519-27.
19. "Sourouti Z. Amyotrophie spinale progressive. *Annales de Médecine et thérapeutique*". t.y.

20. Sugarman, Elaine A., Narasimhan Nagan, Hui Zhu, Viatcheslav R. Akmaev, Zhaoqing Zhou, Elizabeth M. Rohlf, Kerry Flynn, Brant C. Hendrickson, Thomas Scholl, ve Deborah Alexa Sirko-Osadsa. 2012. "Pan-ethnic carrier screening and prenatal diagnosis for spinal muscular atrophy: clinical laboratory analysis of > 72 400 specimens". *European journal of human genetics* 20 (1): 27-32.
21. Touré, Aïssata S. 2022. "Aspects cliniques et génétiques des Amyotrophies Spinales Progressives dans le Service de Neurologie du Centre Hospitalier Universitaire du Point G." USTTB.
22. Verhaart, Ingrid EC, Agata Robertson, Rebecca Leary, Grace McMacken, Kirsten König, Janbernd Kirschner, Cynthia C. Jones, Suzanne F. Cook, ve Hanns Lochmüller. 2017. "A multi-source approach to determine SMA incidence and research ready population". *Journal of neurology* 264: 1465-73.
23. Verhaart, Ingrid EC, Agata Robertson, Ian J. Wilson, Annemieke Aartsma-Rus, Shona Cameron, Cynthia C. Jones, Suzanne F. Cook, ve Hanns Lochmüller. 2017. "Prevalence, incidence and carrier frequency of 5q-linked spinal muscular atrophy—a literature review". *Orphanet journal of rare diseases* 12 (1): 1-15.
24. ".wilkins rh. Infantile spinal muscular atrophie.25". t.y.

NS18

## Sağlık Okuryazarlığının Hasta Hakları ve Sorumluluklarına Etkisi

Harun KIRILMAZ<sup>1</sup>, Ceyda ATAÇ<sup>1</sup>, Çağla GENÇ<sup>1</sup>, Melike İNCE<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi

Sorumlu Yazar: hkirilmaz@sakarya.edu.tr

**Araştırmanın Problemi:** Sağlık okuryazarlığı bireylerin uygun sağlık kararları verebilmeleri için gereken temel sağlık bilgilerini elde etme, işleme ve anlama kapasitesine sahip olma derecesi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde birey ve toplum sağlığına ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğine sağladığı faydalar nedeniyle, sağlık okuryazarlığına artan bir ilgi söz konusudur. Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları ve sağlık hizmet kalitesi üzerinde etkilerinin yanı sıra, sağlık hizmeti kullanımında önemli bir etken olan hasta hakları ve sorumlulukları ile de ilişkili olduğu öngörülmektedir.

**Araştırmanın Amacı:** Bu araştırma sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumlulukları farkındalık düzeyine etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmış kesitsel tanımlayıcı bir araştırmadır.

**Yöntem:** Çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak Okyay vd. (2016) tarafından geliştirilen Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32 (TSOY-32), Bilgin ve Diğer (2019) tarafından geliştirilen Hasta Hakları ve Sorumlulukları Ölçeği ile demografik sorulardan oluşan anket formu kullanılmıştır. Çalışma Sakarya ilinde ikamet eden 18 yaş üstü 250 kişi örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve sözlü rızaları alınmıştır. Verilerin analiz sürecinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır.

**Bulgular:** Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği-32'nin  $\alpha$  değeri 0.934, Hasta Hakları ve Sorumlulukları Ölçeğinin  $\alpha$  değeri 0.910'dur. Katılımcıların %65.6'sı kadın, %53.2'si evli, %38.4'ü 18-25 yaş arası, %54.4'ü üniversite mezunu ve %52'sinin geliri giderine eşittir. Katılımcıların %82'si SGK'lı olup, %72'si kamu hastanelerini tercih etmektedir. Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ortalaması 1.95, hasta hakları ve sorumlulukları ortalaması ise 4.08'dir. Sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır ( $r=0.432$ ;  $p<0.01$ ). Sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığına etkisi anlamlı ve pozitif yöndedir ( $F=56.869$ ;  $p=0.000$ ). Sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığına etkisini gösteren modelin ilişki katsayısı 0.432, açıklanan varyans toplam varyansın %18.7'sidir.

**Sonuç:** Sonuç olarak, bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri hasta hakları ve sorumlulukları farkındalık düzeyini pozitif yönde etkilemektedir. Dolayısıyla toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini artırmak için atılacak adımların sağlık sistemine olumlu katkı sağlamanın yanında, hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığını da olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir. Bu nedenle bireylerin sağlık bilgilerine ulaşabilmesini, anlayabilmesini ve kullanabilmesini sağlayacak politikalar hayata geçirilmelidir. Aynı zamanda hasta hakları ve sorumluluklarının, sağlık okuryazarlığı ile entegre edilmesi gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Okuryazarlığı, Hasta Hakları, Hasta Sorumlulukları

## The Effect of Health Literacy on Patient Rights and Responsibilities

**Problem of the Study:** Health literacy is defined as the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information needed to make appropriate health decisions. Nowadays there is a growing interest in health literacy due to its benefits for individual and community health and the sustainability of health systems. In addition to its effects on health outcomes and health service quality, health literacy is also associated with patient rights and responsibilities, which is an essential factor in health service utilization.

**Purpose of the Study:** This study is a cross-sectional descriptive study conducted to determine the effect of health literacy on the level of awareness of patient rights and responsibilities.

**Method:** A quantitative research method was used in the study. Turkey Health Literacy Scale-32 (TSOY-32) developed by Okyay et al. (2016), Patient Rights and Responsibilities Scale developed by Bilgin and Others (2019), and a questionnaire form consisting of demographic questions were used as data collection tools. The study was conducted in a sample of 250 persons adults aged 18 and older in Sakarya province. Participants were informed about the purpose of the study and their verbal consent was obtained. The data analysis process used descriptive statistical analysis, correlation analysis, and regression analysis.

**Results:** The  $\alpha$  value of the Turkish Health Literacy Scale-32 was 0.934 and the  $\alpha$  value of the Patient Rights and Responsibilities Scale was 0.910. Of the participants 65.6% were female, 53.2% were housed, 38.4% were between the ages of 18-25, 54.4% were university graduates, and 52% had income equal to expenses. 82% of the participants had SSI and 72% of the participants preferred public hospitals. The participants of the mean health literacy score was 1.95 and the mean patient rights and responsibilities score was 4.08. A positive and moderate relationship exists between health literacy and awareness of patient rights and responsibilities ( $r=0.432$ ;  $p<0.01$ ). The effect of health literacy on awareness of patient rights and responsibilities is significant and positive ( $F=56.869$ ;  $p=0.000$ ). The relationship coefficient of the model showing the effect of health literacy on awareness of patient rights and responsibilities is 0.432 and the variance explained is 18.7% of the total variance.

**Conclusions:** In conclusion, health literacy levels of individuals positively affect the level of awareness of patient rights and responsibilities. Hence it is thought that the steps to be taken to increase the health literacy level of society will positively to the health system as well as affect the awareness of patient rights and responsibilities. Thus policies that will enable individuals to access, understand and use health information should be implemented. Therewithal patient rights and responsibilities should be integrated with health literacy.

**Keywords:** Health Literacy, Patient Rights, Patient Responsibilities

## Giriş

Bilgiyi elde etme ve topluma aktarmanın en verimli yolu olan okuma yazma yeteneğini, tek bir tanım ile ifade etmek güçtür (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010; Güneş, 2000). Okuma yazma genel tanıma göre, alfabenin kullanılması ile birlikte yazılı metinleri okuma ve yazma olarak ifade edilmektedir (Longman, 2003). Teknolojinin gelişmesi ile birlikte okuryazar tanımı değişiklik göstermektedir. Konuşma dilinde birbirlerinin yerine kullanılabilen okuma-yazma ve okuryazar kavramlarının farkı gün geçtikçe artmaktadır. Okuryazar harfleri analiz etmeye dayanırken, okuryazarlık harflerin ardındaki anlamı çözümlenmeye dayanmaktadır (Kurudayıoğlu ve Tüzel, 2010).

Gelişen teknoloji sayesinde bilgiye kolay erişim sağlanabilmesi ile birlikte sağlık okuryazarlığı kavramına duyulan ihtiyaç giderek artış göstermektedir. Günümüzde sağlık hizmetine teşvik etme ve sağlık sistemini geliştirme konusunda sağlık okuryazarlığı kavramı temel gereklilik olarak ifade edilmektedir. (Yıldırım ve Keser, 2015). : Sağlık okuryazarlığı kişilerin doğru sağlık kararları alabilmeleri için gerekli temel sağlık bilgilerine ulaşma, uygulama ve anlama yeteneğine sahip olma düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Sağlık okuryazarlığı; sağlık hizmeti için uyulması gerekli olan talimatları uygulama, tıbbi bilgilerin yer aldığı kartları, hekimlerin tedavi süreci ile ilgili anlattıklarını ve ilgili onam formlarını anlayabilme ve karmaşık yapıya sahip sağlık sistemlerine uyum sağlama becerilerini içermektedir (Uğurlu ve Akgün, 2019; Nutbeam, 2000).

Ayrıca sağlık sistemi kaynaklarının yerinde ve etkin kullanılmasını, kaliteli hizmet sunulmasını ve kişinin kendi sağlığı ve diğer bireylerin sağlığı üzerinde olumlu etki yaratabilmesine olanak tanır (Uğurlu ve Akgün, 2019; Mancuso, 2008). Kaliteli sağlık hizmet sunumu için, hasta bireylerin istek ve ihtiyaçlarını, şikayet durumlarını doğru bir şekilde anlamak gerekmektedir (Rudd vd., 2004). Bundan dolayı düşük sağlık okuryazarlığına sahip bireyler, diğer bireylerin sağlık durumlarını bireysel, sosyal ve kültürel bakımdan gelişmelerini de olumsuz şekilde etkileyebilmektedirler. Her bireyin gerekli düzeyde sağlık okuryazarlığına sahip olması gerekmektedir (WHO, 2013; Pehlivan, 2005; Nutbeam, 2000).

Yapılan çalışmalar, yeterli sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmayan kişilerin sağlık durumları, hastalıkları ve tedavileri ile ilgili bilgilerle bakım ve tedavi sürecini doğru bir şekilde yönetme konusunda eksik olabildiklerini göstermektedir. Üstelik sağlık bakım sistemine ulaşabilmek için sahip olunması gereken yeteneklerin eksik olduğu bu sebeple sağlık hizmeti harcamalarının, tıbbi hataların ve ölüm oranlarının artış gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Kişilerin sağlık hizmeti sisteminden faydalanma seviyelerinin de azalmasıyla sağlık durumlarının iyiye gitmediğini anlamada gecikmelerine ve tedavi ve bakım süreçlerine uyum sağlayamamalarına neden olduğu ifade edilmektedir. Sağlık okuryazarlığının sağlık sonuçları ve sağlık hizmet kalitesi üzerinde etkilerinin yanı sıra, sağlık hizmeti kullanımında önemli bir etken olan hasta hakları ve sorumlulukları ile de ilişkili olduğu öngörülmektedir (Howard vd., 2004; Baker vd., 1997).

Sağlık hizmetleri kişilerin en çok talep etme ihtiyaçlarının olduğu hizmetler arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetinin talep edilmesinde hakların ve mesuliyetlerin neler olduğunun bilinmesi bir problemin olma ihtimalini minimum seviyeye inmesini sağlayabilmektedir (Cavlak ve Bostancıoğlu, 2015). Kişilerin yaşam kalitelerinin artırılarak, sağlık hizmetlerindeki istek ve ihtiyaçları yönünde planlamalar yaparak sağlık hizmetinin sunulmasında ve değerlendirilmesinde toplumun her kesimindeki bireylerin istek ve ihtiyaçlarına yanıt verecek nitelikte olması gerekmektedir (Karaca ve Kılıçarslan, 2021). Sağlık hizmetlerinden faydalanan bireyler belirli haklara sahip olmaktadır (Farzianpour vd., 2016).

Hak; hukuk kaideleri ve temellerinin uygulandığı hukuk sistemi tarafından bireylere verilen yetkileri içermektedir (Fırat, 2017). Hak ve birey hakları kavramları ile ilişkili olan hasta hakları kavramı sağlık hizmetleri sunumunda birey haklarının öncelikli olması şeklinde değerlendirilebilmektedir (Kırılmaz vd., 2018). Bunun sonucunda hasta hakları sadece sağlık hakkının uzantısı değil aynı zamanda birey haklarının da sağlığı yerinde olmayan bireylere yansımadır (Sert, 2004). Başka bir deyişle ile hasta hakları, hasta bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalandığı zamanlarda, bireylere daha insancıl muamele edilmesini ve insan haklarının korunmasını isteyebilecek bir güvence düzeneği olmasını talep edebilme olarak tanımlanabilmektedir (Zubaroglu Yanardağ, 2016). Hasta hakları, sağlık hizmetlerine gereksinim hisseden kişilerin, insan olmaları sebebi ile edindikleri T.C. Anayasası, milletlerarası antlaşmalar, kanunlar, diğer mevzuat ile koruma altına alınmış biçimde var olan haklar olarak tanımlanabilmektedir (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998). Diğer bir deyişle hasta haklarının temelinde; kişilerin saygı görmesi, yüksek seviyede sağlık hizmetinden faydalanma hakkı, bilgilendirme, tedavi için kişilerin rızasının alınması, mahremiyete dikkat edilmesi, özel hayata saygı duyulması ve gereken önemin gösterilmesi yer almaktadır (Nişancı vd., 2009).

Son zamanlarda önemle vurgulanan hasta hakları öncelikle hekimler ile birlikte tüm sağlık çalışanlarına mühim görevler ve mesuliyetler yüklemektedirler. (Yürümez, 2010). Hasta hakları ve sorumlulukları konusunda sağlık hizmetlerinde gelişen teknoloji, iletişim ve bilgi düzeyindeki artış gelişmekte olan bir dünyada sağlığı yerinde olmayan bireylerin bilgi düzeyinin artmasını ve daha bilinçli kişiler haline gelmesini sağlamaktadır. Bunun yanı sıra bilgi düzeyinin yükseltilmesi için hasta bireylere bilgi, bilinç ve farkındalık eğitimleri yapılması gerekli görülmektedir. Hastaların haklarının ve sorumluluklarının farkında olmaları ve bunlara uygun şekilde hareket etmeleri önemli bir unsurdur. Eğitimler ve sağlık uygulayıcılarının gerçekleştireceği çeşitli uygulamalar sayesinde bilgi düzeyinin de artması sağlanabilmektedir. Bilgi düzeyinin artış göstermesi ile sağlık bakım hizmetlerinde daha etkin, verimli ve insancıl bir şekilde sunulabileceği ifade edilmektedir (Bilgin ve Diğer, 2020).

Bu çerçevede çalışmanın amacı sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları arasında ilişki olup olmadığı tespit etmek ve sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumluluklarına etkisi olup olmadığını belirlemektir.

## Yöntem

Araştırmada katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi ile hasta hakları ve sorumlulukları algısı arasında ilişki olup olmadığı, sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumlulukları algısına etkisi tespit edilmeye çalışılmıştır. Araştırmanın amaçları doğrultusunda aşağıda yer sorular belirlenmiştir:

Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi nedir?

Katılımcıların hasta hakları ve sorumlulukları farkındalık düzeyi nedir?

Sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığı arasında ilişki var mıdır?

Sağlık okuryazarlığı hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığını etkilemekte midir?

Çalışmada nicel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama aracı olarak Okyay vd. (2016) tarafından geliştirilen Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği (TSOY-32); Bilgin ve Diğer (2019) tarafından geliştirilen Hasta Hakları ve Sorumlulukları Ölçeği ile demografik sorulardan oluşan anket formu kullanılmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği 32 ifade ve 2 boyuttan oluşmaktadır. Ölçek katılımcılara 5'li Likert yapıda uygulanmıştır. Aşı Okuryazarlığı Ölçeği "1= Fikrim yok, 2= Çok zor, 3= Zor, 4= Kolay ve 5= Çok kolay" şeklindedir. Hasta Hakları ve Sorumlulukları Ölçeği ise 25 ifade ve 2 boyuttan oluşmaktadır. Ölçek katılımcılara 5'li Likert yapıda uygulanmıştır. Hasta Hakları ve Sorumlulukları Ölçeği "1= Kesinlikle katılmıyorum, ..... 5= Kesinlikle katılıyorum" şeklindedir. Her iki ölçekte de ters kodlu ifade yer almamaktadır.

Çalışma Sakarya ilinde ikamet eden, 18 yaş üstü basit rastgele örnekleme yöntemi ile ulaşılan 250 kişi örnekleminde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılara çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiş ve sözlü rızaları alınmıştır. Toplanan verilerin analiz sürecinde tanımlayıcı istatistiksel analizler, korelasyon analizi ve regresyon analizi kullanılmıştır. Verilerin güvenilirliklerini değerlendirmek amacı ile Cronbach Alpha katsayısından faydalanılmıştır. Ölçeklere ve alt boyutlarına ait güvenilirlik analizlerinin sonuçları Tablo 1'de yer almaktadır. Araştırma kapsamında kullanılan Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinde tedavi ve hizmet boyutunun  $\alpha$  değeri 0.845, hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun  $\alpha$  değeri 0.937 olarak hesaplanmıştır. Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin  $\alpha$  değeri ise 0.934'tür. Hasta Hakları ve Sorumlulukları Ölçeğinde hasta hakları boyutunun  $\alpha$  değeri 0.858, hasta sorumlulukları boyutunun  $\alpha$  değeri 0.934, ölçeğin  $\alpha$  değeri ise 0.910 olarak hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre ölçekler istatistiksel olarak güvenilirliğe sahip olup, söz konusu değerler orijinal ölçekler ile benzerlik göstermektedir.

**Tablo 1.** Güvenilirlik Analizi

Ölçekler	Cronbach alfa katsayısı	
	Okyay vd. (2016)	Kırılmaz vd. (2023)
Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği Tedavi ve hizmet Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	0.92	0.93
	0.88	0.85
	0.86	0.94
Hasta Hakları ve Sorumlulukları Ölçeği Hasta hakları Hasta sorumlulukları	Bilgin ve Diğer (2019)	Kırılmaz vd. (2023)
	0.93	0.91
	0.91	0.86
	0.88	0.93

### Bulgular

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 2). Buna göre katılımcıların %65.6'sı kadın, %53.2'si evli, %38.4'ü 18-25 yaş aralığında, %54.4'ü üniversite mezunudur. Katılımcıların %52'sinin geliri giderine denk olduğunu, %82'si SGK kapsamında yer aldığını ve %72'si kamu hastanelerinden sağlık hizmeti almayı tercih ettiğini belirtmiştir.

**Tablo 2.** Katılımcıların Demografik Özellikleri (n=250)

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%
Kadın	164	65.6	Erkek	86	34.4
Evli	133	53.2	İlköğretim	36	14.4
Bekâr	117	46.8	Lise	78	31.2
18 - 25 yaş	96	38.4	Üniversite	136	54.4
26 - 35 yaş	47	18.8	Gelir giderden az	82	32.8
36 - 45 yaş	76	30.4	Gelir gidere denk	130	52.0
46 - 55 yaş	31	12.4	Gelir giderden fazla	38	15.2
SGK	205	82.0	Kamu hastanesi	180	72.0
Özel sigorta	45	18.0	Özel hastane	70	28.0

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları farkındalık düzeylerini belirlemeye yönelik tanımlayıcı istatistikler aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 3). Buna göre katılımcıların sağlık okuryazarlığı ( $1.95 \pm 0.600$ ), tedavi ve hizmet ( $1.94 \pm 0.673$ ) ile hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ( $1.95 \pm 0.592$ ) ortalamaları düşüktür. Buna karşın hasta hakları ve sorumlulukları ( $4.08 \pm 0.546$ ), hasta hakları ( $4.01 \pm 0.572$ ) ile hasta sorumlulukları ( $4.27 \pm 0.596$ ) ortalamaları yüksektir.



**Tablo 3.** Tanımlayıcı İstatistikler

Ölçekler	Ortalama	Standart Sapma
Sağlık Okuryazarlığı	1.95	0.600
Tedavi ve hizmet	1.94	0.673
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi	1.95	0.592
Hasta Hakları ve Sorumlulukları	4.08	0.546
Hasta hakları	4.01	0.572
Hasta sorumlulukları	4.27	0.596

Katılımcıların sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları farkındalık düzeyleri arasındaki ilişkiye yönelik korelasyon analizi sonuçları aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 4). Analiz sonucuna göre sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları arasında pozitif yönlü orta düzeyde bir ilişki vardır ( $r=0.432$ ;  $p<0.01$ ). Sağlık okuryazarlığının boyutlarından tedavi ve hizmet ile hasta hakları ve sorumlulukları ( $r=0.437$ ;  $p<0.01$ ); hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi ile hasta hakları ve sorumlulukları ( $r=0.378$ ;  $p<0.01$ ) arasında pozitif yönlü orta düzeyde ilişki söz konusudur. Diğer taraftan, sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları boyutu arasında ( $r=0.385$ ;  $p<0.01$ ); sağlık okuryazarlığı ile hasta sorumlulukları arasında ( $r=0.462$ ;  $p<0.01$ ) pozitif yönlü orta düzeyde ilişki vardır.

**Tablo 4.** Sağlık Okuryazarlığı ile Hasta Hakları ve Sorumlulukları İlişkisi

	1	2	3	4	5	6
Sağlık okuryazarlığı (1)	1					
Tedavi ve hizmet (2)	.955**	1				
Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi (3)	.941**	.799**	1			
Hasta hakları ve sorumlulukları (4)	.432**	.437**	.378**	1		
Hasta hakları (5)	.385**	.388**	.340**	.978**	1	
Hasta sorumlulukları (6)	.462**	.474**	.398**	.858**	.733**	1

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (1-tailed).

Sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumlulukları üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizi değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 5). Buna göre sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları orta düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahiptir ( $R=0.432$ ;  $R^2=0.187$ ;  $p=0.000$ ). Analiz sonucuna göre sağlık okuryazarlığı hasta hakları ve sorumluluklarında toplam varyansının %18.7'sini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığını anlamlı bir biçimde etkilediği söylenebilir ( $t=45.648$ ;  $p=0.000$ ). Sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumluluklarına etkisini ortaya koyan modelin anlamlı olduğu görülmektedir ( $F=56.869$ ;  $p=0.000$ ). Sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları orta düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahiptir ( $R=0.385$ ;  $R^2=0.149$ ;  $p=0.000$ ). Analiz sonucuna göre sağlık okuryazarlığı hasta haklarında toplam varyansının %14.9'unu açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerlerine göre sağlık okuryazarlığı hasta haklarını anlamlı bir şekilde etkilemektedir ( $t=41.514$ ;  $p=0.000$ ). Sağlık okuryazarlığının hasta haklarına etkisini ortaya koyan model anlamlıdır ( $F=43.265$ ;  $p=0.000$ ). Sağlık okuryazarlığı ile hasta sorumlulukları orta düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahiptir ( $R=0.462$ ;  $R^2=0.214$ ;  $p=0.000$ ). Analiz sonucuna göre sağlık okuryazarlığı hasta sorumluluklarında toplam varyansının %21.4'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerlerine göre sağlık okuryazarlığı hasta sorumluluklarını anlamlı bir şekilde etkilemektedir ( $t=45.340$ ;  $p=0.000$ ). Sağlık okuryazarlığının hasta sorumluluklarına etkisini ortaya koyan model anlamlıdır ( $F=67.429$ ;  $p=0.000$ ).

**Tablo 5.** Sağlık Okuryazarlığın Hasta Hakları ve Sorumluluklarına Etkisi

Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	P
	B	S.H.	Beta						
(Sabit)	4.851	0.106		45.648	0.000	0.432	0.187	56.869	0.000 <sup>a</sup>
SOY	0.393	0.052	0.432	7.541	0.000				
(Sabit)	4.728	0.114		41.514	0.000	0.385	0.149	43.265	0.000 <sup>b</sup>
SOY	0.368	0.056	.0385	6.578	0.000				
(Sabit)	5.165	0.114		45.340	0.000	0.462	0.214	67.429	0.000 <sup>c</sup>
SOY	0.459	0.056	.0462	.8.212	0.000				

Bağımlı Değişkenler: a) Hasta hakları ve sorumlulukları, b) Hasta hakları, c) Hasta sorumlulukları

Tedavi ve hizmet boyutunun aşı tereddüdü üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizinin değerleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır (Tablo 6). Analiz sonucuna göre tedavi ve hizmet boyutu ile hasta hakları ve sorumlulukları orta düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahiptir ( $R=0.437$ ;  $R^2=0.191$ ;  $p=0.000$ ). Tedavi ve hizmet boyutu hasta hakları ve sorumluluklarında toplam varyansın %19.1'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri gözden geçirildiğinde tedavi ve hizmet boyutu hasta hakları ve sorumluluklarını anlamlı bir şekilde etkilemektedir ( $t=50.076$ ;  $p=0.000$ ). Tedavi ve hizmet boyutunun hasta hakları ve sorumluluklarına etkisini ortaya koyan model anlamlıdır ( $F=58.588$ ;  $p=0.000$ ). Tedavi ve hizmet boyutu ile hasta hakları orta düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahiptir ( $R=0.388$ ;  $R^2=0.150$ ;  $p=0.000$ ). Tedavi ve hizmet boyutu hasta haklarında toplam varyansın %15.0'ını açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerlerine göre tedavi ve hizmet boyutu hasta haklarını anlamlı bir şekilde etkilemektedir ( $t=45.451$ ;  $p=0.000$ ). Tedavi ve hizmet boyutunun hasta haklarına etkisini ortaya koyan model anlamlıdır ( $F=43.872$ ;  $p=0.000$ ). Tedavi ve hizmet boyutu ile hasta sorumlulukları orta düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahiptir ( $R=0.474$ ;  $R^2=0.225$ ;  $p=0.000$ ). Tedavi ve hizmet boyutu hasta sorumluluklarında toplam varyansın %22.5'ini açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerlerine göre tedavi ve hizmet boyutu hasta sorumluluklarını anlamlı bir şekilde etkilemektedir ( $t=49.966$ ;  $p=0.000$ ). Tedavi ve hizmet boyutunun hasta sorumluluklarına etkisini ortaya koyan model anlamlıdır ( $F=71.821$ ;  $p=0.000$ ).

**Tablo 6.** Tedavi ve Hizmet Boyutunun Hasta Hakları ve Sorumluluklarına Etkisi

Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	P
	B	S.H.	Beta						
(Sabit)	4.774	0.095		50.076	0.000	0.437	0.191	58.588	0.000 <sup>a</sup>
T & H	0.355	0.046	.0437	7.654	0.000				
(Sabit)	4.653	0.102		45.451	0.000	0.388	0.150	43.872	0.000 <sup>b</sup>
T & H	0.330	0.050	.0388	6.624	0.000				
(Sabit)	5.086	0.102		49.966	0.000	0.474	0.225	71.821	0.000 <sup>c</sup>
T & H	0.419	0.049	0.474	8.475	0.000				

Bağımlı Değişkenler: a) Hasta hakları ve sorumlulukları, b) Hasta hakları, c) Hasta sorumlulukları

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun hasta hakları ve sorumlulukları üzerindeki etkisini belirlemeye yönelik regresyon analizinin değerleri aşağıdaki tabloda bulunmaktadır (Tablo 7). Analiz sonucuna göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu ile hasta hakları ve sorumlulukları orta düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahiptir ( $R=0.378$ ;  $R^2=0.143$ ;  $p=0.000$ ). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu hasta hakları ve sorumluluklarında toplam varyansın %14.3'ünü açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerleri incelendiğinde hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu hasta hakları ve sorumluluklarını anlamlı bir şekilde etkilemektedir ( $t=43.100$ ;  $p=0.000$ ). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun hasta hakları ve sorumluluklarına etkisini ortaya koyan model anlamlıdır ( $F=41.457$ ;  $p=0.000$ ).

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu ile hasta hakları orta düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahiptir ( $R=0.340$ ;  $R^2=0.116$ ;  $p=0.000$ ). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu hasta haklarında toplam varyansın %11.6'sını açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerlerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu hasta haklarını anlamlı bir şekilde etkilemektedir ( $t=39.549$ ;  $p=0.000$ ). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun hasta haklarına etkisini ortaya koyan model anlamlıdır ( $F=32.510$ ;  $p=0.000$ ).

Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu ile hasta sorumlulukları orta düzeyde ve anlamlı bir ilişkiye sahiptir ( $R=0.398$ ;  $R^2=0.159$ ;  $p=0.000$ ). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu hasta sorumluluklarında toplam varyansın %15.9'unu açıklamaktadır. Standardize edilmiş beta katsayısı ve t değerlerine göre hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutu hasta sorumluluklarını anlamlı bir şekilde etkilemektedir ( $t=42.290$ ;  $p=0.000$ ). Hastalıklardan korunma ve sağlığın geliştirilmesi boyutunun hasta sorumluluklarına etkisini ortaya koyan model anlamlıdır ( $F=46.794$ ;  $p=0.000$ ).

**Tablo 7.** Hastalıklardan Korunma ve Sağlığın Geliştirilmesi Boyutunun Hasta Hakları ve Sorumluluklarına Etkisi

Bağımsız Değişken	Standartlaştırılmamış Değerler		Standartlaştırılmış Değerler	t	p	R	R <sup>2</sup>	F	P
	B	S.H.	Beta						
(Sabit)	4.776	0.111		43.100	0.000	0.378	0.143	41.457	0.000 <sup>a</sup>
HK & SG	0.349	0.054	0.378	6.439	0.000				
(Sabit)	4.657	0.118		39.549	0.000	0.340	0.116	32.510	0.000 <sup>b</sup>
HK & SG	0.329	0.058	0.340	5.702	0.000				
(Sabit)	5.053	0.119		42.290	0.000	0.398	0.159	46.794	0.000 <sup>c</sup>
HK & SG	0.401	0.059	0.398	6.841	0.000				

Bağımlı Değişkenler: a) Hasta hakları ve sorumlulukları, b) Hasta hakları, c) Hasta sorumlulukları

### Tartışma

Sağlık okuryazarlığı kişilerin doğru sağlık kararları alabilmeleri için gerekli temel sağlık bilgilerine ulaşma, uygulama ve anlama yeteneğine sahip olma düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde birey ve toplum sağlığına ve sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğine sağladığı faydalar nedeniyle, sağlık okuryazarlığına artan bir ilgi söz konusudur. Sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumlulukları ile de ilişkili olduğu öngörülmektedir. Hastaların sağlık hizmetlerine erişimde ve sağlık hizmetlerinden faydalanmada hak ve sorumluluklarını bilmeleri, sağlık okuryazarlığı açısından önemlidir. Diğer bir ifadeyle, sağlık okuryazarlığı ile bireylere kazandırılmak istenen beceriler arasında hasta hakları ve sorumlulukları hakkında bilgi sahibi olmalarıdır. Dolayısıyla sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları arasında bir ilişkinin söz konusu olduğu düşünülmektedir. Bu varsayımdan hareketle çalışmada söz konusu iki değişken arasında ilişki ve etki araştırılmıştır.

Williams ve diğerleri (1995) tarafından 2659 hasta üzerinde yapılan kesitsel bir çalışmada, hasta bireylerin kendilerinden istenilen temel okuma ve hesaplamaları ne derecede gerçekleştirebildikleri analiz edilmiştir. Sonuç olarak hasta bireylerin önemli bir kısmının en temel tıbbi yönergeleri okuma ve anlama hususunda yetersiz oldukları tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan hasta bireylerin %59.5'i bilgilendirilmiş onam formunu, %4.6'sı aç karnına ilaç alması gerektiğini, %26'sı ise bir sonraki randevu tarihini anlayamadığını ifade etmiştir. Gazmararian ve diğerleri (1999) tarafından Cleveland, Ohio, Houston, Florida ve Tampa eyaletlerinde yapılan bir çalışmada İngilizce ya da İspanyolca konuşabilen 65 yaş ve üzeri 3260 hasta bireyin sağlık okuryazarlık düzeyleri analiz edilmiştir. Anadili İspanyolca olan hasta bireylerin %53.9'unun, anadili İngilizce olan hasta bireylerin ise %33.9'unun eksik ya da düşük seviyede sağlık okuryazarlığına sahip oldukları sonucuna ulaşılmıştır.

Özdemir ve diğerleri (2010) tarafından Bursa'da yürütülen 456 katılımcıyla gerçekleştirilen çalışmada gelir seviyesinin yüksek olması ile sağlık okuryazarlık düzeylerinin de yüksek olması arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu rapor edilmiştir. Bakan ve Yıldız (2019) tarafından Ağrı'da yürütülen 21-64 yaş grubundaki kişilerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin tespit edilmesine ilişkin yapılan çalışmada eğitim düzeyi ile sağlık okuryazarlık düzeyleri arasındaki ilişki anlamlı bulunmuş, eğitim seviyesi yüksek olan kişilerde sağlık okuryazarlığı puanlarının da daha yüksek olduğu rapor edilmiştir.

Zaybak ve İsmailoğlu (2012) tarafından hasta bireylerin öğrenim durumlarına göre hasta hakları kullanma tutumları üzerine yapılmış oldukları çalışma incelendiğinde, okuryazar olmayan ya da ilkökul mezunu olmayan hasta bireylerin hasta hakları kullanma tutum puan ortalamalarının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır. Günay ve diğerleri (2007) tarafından Erciyes Üniversitesi Hastanesi'nde yatan hastaların hasta hakları konusundaki bilgi düzeyini ölçmek üzerine yapılmış oldukları çalışmada, hastaların eğitim seviyesi arttıkça hasta hakları bilgi düzeyinin de arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Öztaş ve İyigün (2016) tarafından kalp-damar cerrahisi geçiren hastaların hasta haklarından yararlanma tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılmış oldukları çalışmada hasta bireylerin öğrenim durumları ile hasta haklarını kullanma tutumları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.

Toygur ve diğerleri (2015) tarafından hasta hakları uygulamalarına ilişkin tarafların görüşlerini ölçmeye yönelik yapılmış oldukları çalışmada eğitim düzeyi ile bilgilendirme alt boyutu arasında anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiş; diğer taraftan hasta hakları, onay, gizlilik ve özel hayat, bakım ve tedavi ile başvuru alt boyutları arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Çetinkaya ve diğerleri (2013) tarafından hasta hakları ve Ermenek Devlet Hastanesi hastalarının hasta hakları bilgi düzeyini ölçmeye yönelik yapılmış oldukları çalışmada öğrenim durumu ile hasta hakları bilgi düzeyi arasında negatif yönlü çok zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bu durum hastaların eğitim seviyesi yükseldikçe, hasta hakları konusunda bilgi alma ihtiyacının azalmış olduğuna vurgulamaktadır.

Bu çalışmada ise, sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığı arasında pozitif yönlü ve orta düzeyde ilişki vardır ( $r=0.432$ ;  $p=0.000$ ). Sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığına etkisi anlamlı ve pozitif yöndedir ( $F=56.869$ ;  $p=0.000$ ). Bireylerin sağlık okuryazarlık düzeyleri hasta hakları ve sorumlulukları farkındalık düzeyini pozitif yönde etkilemektedir. Toplumun sağlık okuryazarlık düzeyini artırmak için atılacak adımların sağlık sistemine olumlu katkı sağlamanın yanında, hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığını da olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.

## Sonuç

Hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaç duydukları kaynakları kolayca belirleyebilmeleri, değerlendirebilmeleri ve kullanabilmeleri temel hakları arasında yer almaktadır. Sağlık okuryazarlığı, sağlık bilgisi okuryazarlığı ve sağlık bilgisi arama becerilerine sahip olmanın, iyi bilgilendirilmiş vatandaşların yanı sıra hastaların da daha iyi bir yaşam sürmeleri için gerekli olduğu kabul edilmektedir. Hasta ve hasta yakınlarının temel sağlık okuryazarlık düzeyine sahip olmaları sağlık profesyonellerinin ve sağlık sisteminin görevleri arasında yer almaktadır. Temel düzeyde sağlık okuryazarlık becerisine sahip olmak, hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığını sağlayacağı gibi, hastaların aldığı sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmada önemli bir faktördür.

Bu çalışmada katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyleri düşük olmakla birlikte, hasta hakları ve sorumlulukları farkındalık düzeylerinin yüksek olduğu görülmüştür. Diğer taraftan sağlık okuryazarlığı ile hasta hakları ve sorumlulukları arasında pozitif yönde orta düzeyde bir ilişkinin olduğu, sağlık okuryazarlığının hasta hakları ve sorumlulukları farkındalığını pozitif yönde anlamlı bir şekilde etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Katılımcıların sağlık okuryazarlık düzeyi düşük olmasına rağmen, hasta hakları ve sorumlulukları farkındalık düzeyinin yüksek olmasının; hasta hakları ve sorumlulukları ile ilgili mevzuat ve uygulamaların kamuoyu tarafından bilindiğini ve kabullenildiğini göstermektedir. Bu noktada sağlık kurumlarında hasta haklarının kurumsallaşması ve sağlık profesyonellerince önem verilmesi de kritik başarı faktörleri olarak kabul edilebilir.

Sonuç olarak, sağlık okuryazarlığının bireyler, sağlık profesyonelleri, sağlık kurumları ve sağlık sistemi açısından olumlu etkileri dikkate alındığında; hasta ve hasta yakınlarının hasta hakları ve sorumlulukları farkındalıklarına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Nitekim Türkiye’de 25 yıllık bir uygulama tecrübesinin sonucu olarak Hasta Hakları Yönetmeliği ile düzenlenen hasta hakları ve sorumluluklarında ulaşılan bireysel, kurumsal ve toplumsal farkındalığın, bireylerin yeterli düzeyde sağlık okuryazarlık bilgisine erişimini sağlamada da referans alınması önerilmektedir.

## Kaynakça

1. Bakan, A. B., & Yıldız, M. (2019). 21-64 yaş grubundaki bireylerin sağlık okuryazarlık düzeylerinin belirlenmesine ilişkin bir çalışma. *Sağlık ve Toplum*, 29(3), 33-40.
2. Baker, D. W., Parker, R. M., Williams, M. V., Clark, W. S., & Nurss, J. (1997). The relationship of patient reading ability to self-reported health and use of health services. *American Journal of Public Health*, 87(6), 1027-1030.
3. Bilgin, R. & Diğer, H. (2020). Hastanede yatan bireylerin, hasta hakları ve sorumlulukları konusundaki bilgi düzeyleri: Tokat ilindeki bir devlet hastanesi örneği. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 30(1), 307-327.
4. Cavlak, H. & Bostancıoğlu, D. (2014). Avrupa birliğine uyum sürecinde Türkiye’deki sağlık ve hasta hakları. *International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal*, 2(2), 27-42.
5. Çetinkaya, F., Koçyiğit, N., & Emiroğlu, A. (2013). Hasta hakları ve Ermenek Devlet Hastanesi hastalarının hasta hakları bilgi düzeyi üzerine bir inceleme. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2013(2), 79-84.
6. Farzianpour, F., Rahimi Froushani, A., Shahidi Sadeghi, N., & Ansari Nosrati, S. (2016). Relationship between 'patient's rights charter' and patients' satisfaction in gynecological hospitals. *BMC Health Services Research*, 16, 1-8.
7. Fırat, A. (2017). Türkiye sağlık işletmelerinde hasta hakları ve sorumlulukları. *İstanbul Gelişim Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, (2), 157-173.
8. Gazmararian, J. A., Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R. M., Scott, T. L., Green, D. C., Nicole Fehrenbach, S., Ren, J., & Koplan, J. P. (1999). Health literacy among medicare enrollees in a managed care organization. *Journal of American Medical Association*, 281(6), 545-551.
9. Günay, O., Naçar, M., Horoz, D., Özdemir, M., Çıtlı, R., Borlu, A., & Akpınar, F. (2007). Erciyes Üniversitesi Hastanesinde yatan hastaların hasta hakları konusundaki bilgi düzeyi. *Erciyes Tıp Dergisi*, 29(4), 303-311.
10. Güneş, F. (2000). Uygulamalı okuma-yazma öğretimi: Öğretim Teknikleri-beyin teknolojisi-uygulama örnekleri. Ocak Yayınları.
11. Hasta Hakları Yönetmeliği (1998). Resmî Gazete Tarihi: 01.08. 1998 Resmî Gazete Sayısı: 23420. Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr>
12. Howard, D. H., Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (2004). The relationship between health literacy and medical costs. *Health Literacy: A Prescription to end Confusion*, 256-266.
13. Karaca, Y. & Kılıçarslan, M. (2021). Hasta hakları uygulamalarının hasta memnuniyeti üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (22), 430-435.
14. Kırılmaz, H., Fıçıcı, Y., & Şimşir, İ. (2018). Hasta hakları farkındalığına yönelik bir araştırma. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 18(41), 233-258.
15. Kurudayıoğlu, M., & Tüzel, S. (2010). 21. Yüzyıl okuryazarlık türleri, değişen metin algısı ve Türkçe eğitimi. *Türklük Bilimi Araştırmaları Dergisi*, 15(28).
16. Longman. (2003). *Dictionary of contemporary English*. UK: Pearson Longman, UK.
17. Mancuso, J. M. (2008). Health literacy: a concept/dimensional analysis. *Nursing & Health Sciences*, 10(3), 248-255.

18. Nişancı, Y., Nazlı, N., Özkan, M., & Özcan, M. (2009). Türk kardiyoloji derneği etik kılavuzu: hasta, hasta yakını ve hekim ilişkileri. *Türk Kardiyoloji Derneği Etik Kılavuzu*, 37, 3-14.
19. 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.
20. Ozdemir, H., Alper, Z., Uncu, Y., & Bilgel, N. (2010). Health literacy among adults: a study from Turkey. *Health education re search*, 25(3), 464-477.
21. Öztaş, B., & İyigün, E. (2016). Kalp-damar cerrahisi geçirmiş hastaların hasta hakları kullanma tutumlarının belirlenmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 58(3), 256-260.
22. Pehlivan, H. (2005). Eğitimde yaratıcılığın önemi. XIV. Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi, 28-30 Eylül 2005, Denizli.
23. Rudd, R., Kirsch, I., & Yamamoto, K. (2004). Literacy and health in America. Policy information report. Educational Testing Service.
24. Sert, G. (2004). Hasta hakları-Uluslararası bildirgeler ve tıp etiği çerçevesinde. Babil Yayınları. İstanbul.
25. Toygar, Ş. A., Akyürek, Ç. E., & Turaç, İ. S. (2015). Hasta hakları uygulamalarına ilişkin tarafların görüşleri: bir eğitim ve araştırma hastanesi örneği. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 17(1), 136-159.
26. Uğurlu, Z., & Akgün, H. S. (2019). Sağlık kurumlarına başvuran hastaların sağlık okuryazarlığının ve kullanılan eğitim materyallerinin sağlık okuryazarlığına uygunluğunun değerlendirilmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 12(1), 96-106.
27. Williams, M. V., Parker, R. M., Baker, D. W., Parikh, N. S., Pitkin, K., Coates, W. C., & Nurss, J. R. (1995). Inadequate functional health literacy among patients at two public hospitals. *Jama*, 274(21), 1677-1682.
28. World Health Organization. (2013). Health literacy. The solid facts. Retrieved August 25, 2014, from [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0008/190655/e96854.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0008/190655/e96854.pdf).
29. Yanardağ, M. Z. (2016). Hasta hakları kurul üyelerinin hasta haklarına bakışı: İstanbul ili örneği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(2), 29-46.
30. Yıldırım, F. E., & Keser, A. E. (2015). Sağlık okuryazarlığı. Ankara Üniversitesi Basımevi, ISBN: 978-605-136-178.
31. Yürümez, Y., Çevik, T., & Yavuz, Y. (2010). Hasta haklarını biliyor muyuz? *Akademik Acil Tıp Dergisi*, 9(2), 67-71.
32. Zaybak, A., & İsmailoğlu, E. G. (2012). Bir üniversite hastanesinde hastaların hasta haklarını kullanma tutumunun incelenmesi. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(2), 104-111.

## Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Sağlık Anksiyetesi Üzerine Etkisi

Emre AKGÜN<sup>1</sup>, Mehmet KILINÇ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bayburt Üniversitesi

Sorumlu Yazar: emreakgun@bayburt.edu.tr

Araştırmanın amacı, bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık anksiyetesi düzeylerinin incelenmesi, kavramların birbirleriyle ve demografik verilerle olan ilişkisinin araştırılmasıdır. Araştırma evrenini Bayburt ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri yaklaşık 40.000 birey oluşturmaktadır. Araştırmada rastgele örnekleme yöntemi kullanılmış ve %95 güven düzeyinde örneklem sayısı en az 381 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırma verileri 18 yaş ve üzeri 412 kişiden anket yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği ve Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde bağımsız iki örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, bonferroni post hoc testi, pearson korelasyon analizi ve nedensellik etkisini belirlemek amacıyla ise regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlüğün alt boyutları olan ileriye yönelik kaygı seviyelerinin orta düzeyin üzerinde (3,07), engelleyici kaygı seviyelerinin orta düzeyin altında (2,96) olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri ise orta düzeydedir (3,02). Toplam 18 ifade bulunan sağlık anksiyetesi ölçeğinin kısa formu, gövde ve hastalığın negatif sonuçları olmak üzere 2 alt boyuttan oluşan, 4'lü likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin puanlaması 0 ile 3 arasında yapılmaktadır ve ölçekten alınabilecek ortalama minimum puan 0, ortalama maksimum puan 3'tür. Katılımcı verileri ile değerlendirildiğinde gövde alt boyutu altında bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı (1,45), hastalığın negatif sonuçları (1,44) ve sağlık anksiyetesi seviyelerinin (1,44) orta düzeye yakın olduğu belirlenmiştir. Cinsiyet ile hastalığın negatif sonuçları ve sağlık anksiyetesinin, medeni durum, yaş ve eğitim düzeyi ile ileriye yönelik kaygı, engelleyici kaygı, belirsizliğe tahammülsüzlük, bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı, hastalığın negatif sonuçları ve sağlık anksiyetesinin ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün, sağlık anksiyetesi üzerindeki değişimin yaklaşık %69,1'ini ( $R^2=0,691$ ) açıkladığı saptanmıştır. Çalışma bulgularına göre katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arttıkça sağlık anksiyetesi düzeyleri de artmaktadır. Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini azaltmaya yönelik çalışmalar toplumdaki sağlık anksiyetesi düzeyini de azaltacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Sağlık Anksiyetesi, Kaygı

### Effect of Intolerance of Uncertainty on Health Anxiety

The aim of the study is to examine the intolerance of uncertainty and health anxiety levels of individuals, and to investigate the relationship between concepts and demographic data. The population of the research consists of approximately 40,000 individuals aged 18 and over living in Bayburt. Random sampling method was used in the study and the sample number was determined as at least 381 people at the 95% confidence level. The research data were collected from 412 people aged 18 years and older by questionnaire method. Intolerance of Uncertainty Scale and Health Anxiety Scale Short Form were used to collect data. Independent two-sample t-test, one-way analysis of variance, bonferroni post hoc test, pearson correlation analysis, and regression analysis to determine the causality effect were used in the analysis of the research data. According to the research findings, it was determined that the prospective anxiety levels of the participants, which are the sub-dimensions of intolerance to uncertainty, were above the medium level (3.07), and their inhibitory anxiety levels were below the medium level (2.96). The level of intolerance to uncertainty of the participants is moderate (3.02). The short form of the health anxiety scale, which has a total of 18 statements, is a 4-point Likert-type scale consisting of 2 sub-dimensions, the body and the negative consequences of the disease. Scoring of the scale is between 0 and 3, and the average minimum score that can be obtained from the scale is 0, and the average maximum score is 3. When evaluated with participant data, it was determined that hypersensitivity to somatic symptoms and anxiety (1.45), negative results of the disease (1.44) and health anxiety levels (1.44) under the body sub-dimension were close to moderate. It was determined that gender was associated with negative outcomes of the disease and health anxiety, marital status, age and education level were associated with future anxiety, disabling anxiety, intolerance to uncertainty, hypersensitivity to somatic symptoms and anxiety, negative results of the disease and health anxiety. A positive and significant relationship was found between intolerance to uncertainty and health anxiety. According to the results of the regression analysis, it was determined that intolerance to uncertainty explained approximately 69.1% ( $R^2=0.691$ ) of the change in health anxiety. According to the findings of the study, as the participants' level of intolerance to uncertainty increases, their health anxiety levels also increase. Studies aimed at reducing the level of intolerance to uncertainty of individuals will also reduce the level of health anxiety in the society.

**Keywords:** Intolerance of Uncertainty, Health Anxiety, Anxiety.

### Giriş

Belirsizlik, bireylerin gelecek hakkında net bilgilere sahip olmamaları durumunu ifade eden bir kavramdır (Sarıçam vd., 2014). Belirsizlikle başa çıkma yeteneğini ifade eden belirsizliğe tahammülsüzlük, olumsuz olayların gelecekte gerçekleşme olasılığını kabul etmeme eğilimini ifade eder (Dugas vd., 2001). Araştırmalar, belirsizliğe tahammülsüzlük ile kaygı arasında güçlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Gelecekte gerçekleşme olasılığı bulunan olumsuz olayların belirsizlik içinde olması, bireyin kaygı duygularını artırabilir (MacLeod vd., 1991).

Anksiyete, bireylerde herhangi bir tehlikenin korkusunun yansıması olarak ortaya çıkan, genellikle akıl dışı korku veya tedirginlik durumu olarak açıklanabilir (Manav, 2011). Sağlık anksiyetesi, kişinin herhangi bir bedensel rahatsızlığının olmamasına rağmen ciddi bir hastalığı olduğunu düşünmesi ve bu hastalığı olumsuz bir perspektifle değerlendirerek, kötü sonuçlara yol açacağına dair kaygı içinde olması olarak da ifade edilmektedir (Aydemir vd., 2013).

Belirsizliğe tahammülsüzlük, bireylerin sağlıkla ilgili belirsizlikler karşısında bireyin bu belirsizlikleri daha olumsuz bir şekilde değerlendirmesine ve endişelenmesine yol açabilir. Bu nedenle belirsizliğe tahammülsüzlük bireylerin sağlık anksiyetelerinin artmasına neden olabilir.

## Araştırmanın Yöntemi

### Araştırmanın Amacı

Araştırma bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin sağlık anksiyetesi üzerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Araştırma çerçevesinde katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık anksiyetesi düzeyleri incelenmiş, bu iki değişken ile alt boyutları arasındaki ilişki ortaya koyulmuştur. Bu bakımdan çalışmanın, bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük ve sağlık anksiyetesi düzeyleri ile değişkenlerin birbirleri arasındaki ilişkiyi tespit etmesi açısından uygulamalı, betimsel ve ilişkisel bir araştırma olduğu söylenebilir.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada evreni Bayburt ilinde yaşayan yaklaşık olarak 40.000 birey oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini rastgele örnekleme yöntemiyle 40.000 kişinin bulunduğu evrenden gerçekleştirilmiştir. Evreni temsil edeceği düşünülen örneklem sayısı, kullanılan ölçek ifadelerinin 5 katı sayıda olması kuralı (Bryman ve Cramer, 2001) ve İslamoğlu (2009: 171) tarafından ortaya koyulan formül yardımıyla hesaplanmış ve 381 kişi olarak belirlenmiştir (Z: %95 güven düzeyinde standart normal değişken katsayısı; N: Evren büyüklüğü, P: Anakütle oranı=(%50) 0,5 sapma payı, Q: 1-P = 0,5, E: Varsayılan hata %5).

$$n = \frac{Z^2PQ}{E^2 + \frac{Z^2PQ}{N}} = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 + \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{40000}} = 380,50 \cong 381$$

Araştırma kapsamında toplanan veriler anket yöntemiyle elde edilmiştir. Araştırma verileri 18 yaş ve üzeri 412 bireyden sağlanmıştır. Anket üç bölümden oluşmaktadır. Anketin ilk bölümünde katılımcıların demografik verileri, diğer iki bölümünde ise araştırma değişkenlerini oluşturan sağlık anksiyetesi ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyinin ifadeleri yer almaktadır. Araştırma gönüllülük esasıyla yürütülmüş ve katılımcıların onamlarıyla ilgili gerekli açıklamalar anket içerisinde belirtilmiştir. Ayrıca anket uygulaması sırasında sözlü onamlar da katılımcılardan alınmıştır.

Araştırma bazı varsayım ve sınırlılıkları da içerisinde barındırmaktadır. Kullanılan ölçekler ilgili konu ve bilimsel kaynaklar doğrultusunda seçilmiş, geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve bilimsel olarak kabul edilmiş ölçeklerdir. Bu sebeple katılımcı bireylerin ifadeleri anlayarak doğru cevap verdikleri ve ölçeklerin araştırma kavramlarını doğru şekilde ölçtükleri varsayılmaktadır. Sadece Bayburt ilinde yapılmış olması, kullanılan ölçekler ve verilerin analizinde tercih edilen istatistiksel yöntemler araştırmanın sınırlılıklarıdır. Araştırmanın kesitsel olması da verilerin toplandığı zaman aralığındaki durumu ortaya koyması bakımından boyutsal araştırmaya göre bir sınırlılık sebebidir.

### Veri Toplama Araçları ve Verilerin Analizi

Salkovskis ve arkadaşları (2002) tarafından geliştirilen Sağlık Anksiyetesi Ölçeği'nin kısa ve Türkçe'ye uyarlanmış formu Aydemir ve arkadaşları tarafından 2013 yılında oluşturulmuştur. Toplam 18 ifade bulunan ölçeğin kısa formu, gövde ve hastalığın negatif sonuçları olmak üzere 2 alt boyuttan oluşan, 4'lü likert tipinde bir ölçektir. Ölçeğin puanlaması 0 ile 3 arasında yapılmaktadır. Gövde alt boyutu 14 ifadeden oluşmakta ve bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı düzeyini ölçmektedir. Hastalığın negatif sonuçları boyutu ise 4 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin toplam puanının yüksek olması katılımcının sağlık anksiyetesi düzeyinin yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçeğin özgün formunda Cronbach Alpha katsayı 0,95, Türkçe'ye uyarlama çalışmalarında ise 0,91 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin herhangi bir ters kodlanmış ifadesi bulunmamaktadır.

Carleton ve arkadaşları (2007) tarafından geliştirilmiş olan Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Sarıçam ve arkadaşları (2014) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. 5'li Likert türünde olan ölçek, ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere 2 alt boyut ve 12 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte herhangi bir ters kodlanmış ifade bulunmamaktadır. Toplam puan düzeyinde katılımcı puanının yüksek olması belirsizliğe tahammülsüzlüğün yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Türkçe'ye uyarlama çalışmalarında ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,88 olarak belirlenmiştir.

Araştırmada veriler SPSS programı ile test edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Basıklık (Kurtosis) ve Çarpıklık (Skewness) katsayısı incelenerek gözlemlenmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerlerinin  $\pm 3$  içerisinde olması verilerin normal dağılım izlediğini göstermektedir (Shao, 2002, s. 28). Ölçeklerin güvenilirlikleri, Güvenilirlik Analizi (Cronbach Alpha) ile kontrol edilmiştir. Ölçeklerin güvenilir kabul edilebilmesi için Cronbach Alpha değerlerinin 0,6'dan büyük olması gerekmektedir (Ateş ve Sevindi, 2013, s. 86).

Yüzde analizleri ve frekanslar için betimleyici istatistikler, değişkenler ile demografik verileri değerlendirmek için bağımsız t testi ile tek yönlü varyans analizi, tek yönlü varyans analizinde fark oluşturan grupları tespit etmek için Bonferroni uygulanmıştır. Değişkenlerin aralarındaki ilişkilerin belirlenmesi için ise korelasyon ve regresyon analiz yöntemleri uygulanmıştır.

### Bulgular

Tablo 1'de verilen demografik bulgulara göre katılımcıların %51,7'si kadın, %24'ü 26 ile 35 yaş aralığında, %52,7'si evli ve % 31,8'i lisans mezunudur. Toplam 412 katılımcının çoğunluğunun 26-35 yaş aralığında, kadın ve evli olan lisans mezunu bireylerden oluştuğu söylenebilir.

Tablo 1. Demografik Bulgular

Demografik / Bireysel Bulgular	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	213	51,7
	Erkek	199	48,3
Yaş	18-25	97	23,5
	26-35	99	24,0
	36-45	93	22,6
	46-55	76	18,4
	56 ve üzeri	47	11,4
	Toplam	412	100,0
Medeni Durum	Evli	217	52,7
	Bekar	195	47,3
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	73	17,7
	Lise	95	23,1
	Önlisans	87	21,1
	Lisans	131	31,8
	Lisansüstü	26	6,3
Toplam	412	100,0	

Araştırma kapsamında incelenen bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerine bakıldığında ileriye yönelik kaygı (3,07) ve engelleyici kaygı (2,96) düzeylerinin yaklaşık olarak orta düzeyde olduğu görülmektedir. Ölçek genel ortalamasına göre katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin de orta düzeyde olduğu (3,02) belirlenmiştir (Tablo 2).

Belirsizliğe tahammülsüzlük ve alt boyutlarının (ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı) güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.940, 0.899 ve 0.892 şeklinde tespit edilmiştir. Güvenirlik analizi sonuçları ölçeklerin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Basıklık ve çarpıklık değerlerine göre ise verilerin normal dağılıma uygun olduğu ifade edilebilir (Tablo 2).

Tablo 2. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği Betimsel İstatistikleri

Ölçek ve Alt Boyutları	İfade Sayısı	Min.	Maks.	$\bar{X}$	SS	Cronbach Alpha	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
İleriye Yönelik Kaygı	7	1,29	4,86	3,07	0,90	0,899	0,163	-1,073
Engelleyici Kaygı	5	1,00	4,80	2,96	0,96	0,892	0,022	-0,992
<b>BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK</b>	<b>12</b>	<b>1,17</b>	<b>4,75</b>	<b>3,02</b>	<b>0,89</b>	<b>0,940</b>	<b>0,187</b>	<b>-1,055</b>

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilgili betimsel değişkenlerin farklılıkları incelendiğinde cinsiyet ile herhangi bir anlamlı farklılık olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0,05$ ). Belirsizliğe tahammülsüzlük ile yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında ise anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). 18 ile 25 yaşları arasında bulunan bireyler ile 36 ile 45 yaş arasında bulunan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük ortalamaları 26 ile 35 yaşları arasındaki bireylerden anlamlı şekilde daha yüksektir. 46 ile 55 yaşları arasındaki bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük ortalamaları 18-25, 26-35 ve 36 ile 45 yaşları arasındaki bireylerden daha yüksektir. 56 ve daha fazla yaşı bulunan bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük ortalamaları ise anlamlı şekilde 18-25, 26-35, 36-45 ve 46-55 yaşları arasındaki bireylerden daha fazladır.

Evli bireylerin bekarlardan daha fazla belirsizliğe tahammülsüzlük ortalamalarının olduğu görülmektedir. Son olarak eğitim durumu incelendiğinde ise ilköğretim mezunlarının lise, önlisans, lisans ve lisansüstü eğitime sahip olanlardan; lise mezunlarının önlisans, lisans ve lisansüstü eğitime sahip olanlardan ve önlisans ile lisans mezunlarının da anlamlı şekilde lisansüstü eğitime sahip bireylerden daha yüksek belirsizliğe tahammülsüzlük ortalamasına sahip olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Tanımlayıcı Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler	$\bar{X}$	SS	Test Değeri (t/F)	p	Bonferroni
Cinsiyet	Kadın	3.02	0.83	-0.271**	0.787
	Erkek	3.04	0.95		
18-25 (1)	2.85	0.60	189.145***	<b>0.000*</b>	<b>1&gt;2</b>



Yaş	26-35 (2)	2.21	0.46	8.708**	0.000*	3>2
	36-45 (3)	2.73	0.57			4>1, 2, 3
	46-55 (4)	3.88	0.49			5>1, 2, 3, 4
	56 ve üzeri (5)	4.32	0.46			
Medeni Durum	Evli	3.36	0.64	8.708**	0.000*	
	Bekar	2.67	0.65			
Eğitim Durumu	İlköğretim (1)	3.96	0.61	50.572***	0.000*	1>2, 3, 4, 5
	Lise (2)	3.20	1.05			2>3, 4, 5
	Önlisans (3)	2.82	0.61			3>5
	Lisans (4)	2.71	0.57			4>5
	Lisansüstü (5)	2.07	0.63			

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Araştırma kapsamında katılımcıların sağlık anksiyetesi ve alt boyutları olan bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı ile hastalığın negatif sonuçlarına yönelik davranış düzeyleri incelenmiştir. Ölçeğin 0 ile 3 arasında puanlandığı düşünüldüğünde bireylerin sağlık anksiyetesi (1,44), bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı (1,45) ve hastalığın negatif sonuçlarına (1,44) yönelik davranışlarının orta düzeyin biraz altında olduğu söylenebilir (Tablo 4).

Sağlık anksiyetesi ve alt boyutlarının (bedensel belirtilere aşırı duyarlılık ve kaygı ile hastalığın negatif sonuçları) güvenilirlik katsayıları sırasıyla 0.937, 0.921 ve 0.785 şeklinde tespit edilmiştir. Güvenirlik analizi sonuçları ölçeklerin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir. Basıklık ve çarpıklık değerlerine göre ise veriler normal dağılmaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Sağlık Anksiyetesi Ölçeği Betimsel İstatistikleri

Ölçek ve Alt Boyutları	İfade Sayısı	Min.	Maks.	$\bar{X}$	SS	Cronbach Alpha	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı (Gövde)	14	0,21	2,93	1,45	0,70	0,921	0,484	-0,987
Hastalığın Negatif Sonuçları	4	0,00	3,00	1,44	0,81	0,785	0,332	-0,982
<b>SAĞLIK ANKSİYETESİ</b>	<b>18</b>	<b>0,22</b>	<b>2,94</b>	<b>1,44</b>	<b>0,70</b>	<b>0,937</b>	<b>0,513</b>	<b>-0,975</b>

Sağlık anksiyetesi ile ilgili betimsel değişkenlerin farklılıkları incelendiğinde sağlık anksiyetesi ile cinsiyet, yaş, medeni durum ve eğitim düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunduğu görülmektedir (p<0,05). Erkeklerin sağlık anksiyetesi ortalamalarının kadınların ortalamalarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir. 18 ile 25 yaşları arasında bulunan bireyler ile 36 ile 45 yaş arasında bulunan bireylerin sağlık anksiyetesi ortalamaları 26 ile 35 yaşları arasındaki bireylerden anlamlı şekilde daha yüksektir. 46 ile 55 yaşları arasındaki bireyler ile 56 ve üzerinde yaşı olan bireylerin sağlık anksiyetesi ortalamaları 18-25, 26-35 ve 36 ile 45 yaşları arasındaki bireylerden daha yüksektir.

Evlilerin sağlık anksiyetesi ortalamaları belirgin şekilde bekarlardan daha fazla seviyededir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde ise ilköğretim mezunlarının lise, önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlardan; lise mezunlarının önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlardan ve önlisans ile lisans mezunlarının da anlamlı şekilde lisansüstü eğitime sahip bireylerden daha fazla sağlık anksiyetesine sahip oldukları tespit edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Sağlık Anksiyetesi ile Tanımlayıcı Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test Değeri (t/F)	p	Bonferroni
Cinsiyet	Kadın	1.37	0.65	-2.096**	0.037*	
	Erkek	1.52	0.74			
Yaş	18-25 (1)	1.13	0.46	172.727***	0.000*	1>2 3>2 4>1, 2, 3 5>1, 2, 3
	26-35 (2)	0.93	0.31			
	36-45 (3)	1.22	0.38			
	46-55 (4)	2.21	0.55			
	56 ve üzeri (5)	2.39	0.45			
Medeni Durum	Evli	1.74	0.74	10.251**	0.000*	
	Bekar	1.11	0.46			
Eğitim Durumu	İlköğretim (1)	2.14	0.64	53.010***	0.000*	1>2, 3, 4, 5 2>3, 4, 5 3>5 4>5
	Lise (2)	1.69	0.88			
	Önlisans (3)	1.24	0.41			
	Lisans (4)	1.17	0.34			
	Lisansüstü (5)	0.68	0.25			

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Araştırma verileri ele alınarak yapılan korelasyon sonuçlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlük ve alt boyutları ile sağlık anksiyetesi ve alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişkinin olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın ana değişkenleri incelendiğinde belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık anksiyetesi arasında da pozitif yönlü anlamlı ilişki ( $r=0,831$ ;  $p<0,01$ ) olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 6. Belirsizliğe Tahammülsüzlük ile Sağlık Anksiyetesi Arasındaki Pearson Korelasyon Sonuçları

BOYUTLAR	1	2	3	4	5	6
İleriye Yönelik Kaygı	1	0,839**	0,970**	0,799**	0,669**	0,796**
Engelleyici Kaygı	0,839**	1	0,947**	0,797**	0,692**	0,800**
<b>BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK</b>	0,970**	0,947**	1	0,831**	0,708**	0,831**
Bedensel Belirtilere Aşırı Duyarlılık ve Kaygı (Gövde)	0,799**	0,797**	0,831**	1	0,807**	0,988**
Hastalığın Negatif Sonuçları	0,669**	0,692**	0,708**	0,807**	1	0,887**
<b>SAĞLIK ANKSİYETESİ</b>	0,796**	0,800**	0,831**	0,988**	0,887**	1

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Nedensellik etkisini belirlemek için yapılan basit regresyon analizi sonuçlarına göre bağımsız değişken olan belirsizliğe tahammülsüzlük, sağlık anksiyetesi üzerindeki değişimin yaklaşık olarak %69'unu ( $R^2=0,691$ ;  $F=916,039$ ,  $p<0,05$ ) açıklamaktadır. Korelasyon ve regresyon analizi sonuçlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün artışı, bireylerde sağlık anksiyetesinin artmasına ( $\beta=0,831$ ;  $t=30,266$ ;  $p<0,01$ ) neden olmaktadır (Tablo 7).

Tablo 7. Belirsizliğe Tahammülsüzlüğün Sağlık Anksiyetesi Üzerindeki Etkisine Ait Basit Regresyon Analizi

Bağımsız Değişken	B	$\beta$	t	P
Sabit	-0,543		-7,939	0,000
Belirsizliğe Tahammülsüzlük	0,657	0,831	30,266	0,000
R=0,831	<b>R<sup>2</sup>=0,691</b>	$\Delta R^2=0,690$	F=916,039	p=0,000

Sonuç

Belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık anksiyetesi arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Regresyon analizi sonuçlarına göre belirsizliğe tahammülsüzlüğün, sağlık anksiyetesi üzerindeki değişimin yaklaşık %69,1'ini açıkladığı saptanmıştır.

Çalışma kapsamında elde edilen sonuçlara göre, belirsizliğe tahammülsüzlük ile sağlık anksiyetesi arasın güçlü bir ilişkinin olduğu ve katılımcıların belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri arttıkça sağlık anksiyetesi düzeylerinin de arttığı bulunmuştur. Bu bakımdan hem bireysel hem toplumsal olarak bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini azaltmaya yönelik çalışmaların yapılması önerilmektedir. Ayrıca sağlık kaygısı yaşayan bireylere yaklaşıırken belirsizlik duygusuna dikkat edilmesi önerilmektedir. Yapılacak akademik çalışmalarda çalışmada elde edilen bulguları daha da genellemek için farklı örneklerde ve hastalıklarda çalışmalar planlanabilir. Yine bu iki değişkenin yanında ilişkili olabilecek siberkondria, sağlık okuryazarlığı ve e-sağlık okuryazarlığı gibi değişkenlerle de çalışmalar planlanabilir.

#### Kaynakça

1. Ateş, M. ve Sevindi, K. (2013). Hastane Yöneticilerinin Karar Verme Düzeylerine Yönelik Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi/Journal of Social Sciences*, 6(1), ss. 81-100.
2. Aydemir, Ö., Kırpınar, İ., Sati, T., Uykur, B., Cengiz, C. (2013). Sağlık anksiyetesi ölçeği'nin türkçe için güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 50(4), 325-331.
3. Bryman, A. ve Cramer, D. (2001). *Quantitative Data Analysis with SPSS Release 10 for Windows: A Guide for Social Scientists*. London: Routledge.
4. Carleton, R. N., Norton, M. P. J. ve Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the intolerance of uncertainty scale. *Journal of Anxiety Disorders* 21(1), 105-117.
5. İslamoğlu, A. H. (2009). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. İzmit: Beta Basım.
6. Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M.J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: a study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 933-941.
7. MacLeod, A. K., Williams, J. M., & Bekerian, D. A. (1991). Worry is reasonable: the role of explanations in pessimism about future personal events. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(4), 478.
8. Manav, F. (2011) Kaygı Kavramı. *Toplum Bilimleri Dergisi*, 5(9), 201-211.
9. McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 259-265. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.07>.
10. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. . The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med* 2002; 32:843-853.
11. Sarıçam H. (2014). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün mutluluğa etkisi. *Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4(8), 1-12.
12. Sarıçam, H., Erguvan, F. M., Akın, A., & Akça, M. Ş. (2014). Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Türkçe Formu: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Route Educational & Social Science Journal*, 1(3), 148-157.
13. Shao, A. T. (2002). *Marketing Research. An Aid to Decision Making*. Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning
14. Uzun, S.U., Zencir, M. Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Curr Psychol* 40, 65-71 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0001-x>

## Sağlık Profesyonellerinde Palyatif Bakım Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi: Türkiye'de Bir İlçe Devlet Hastanesi Örneği

Meltem SAYGILI<sup>2</sup>, Merve KARGIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kırıkkale Üniversitesi

<sup>2</sup>Kırıkkale Üniversitesi

Sorumlu Yazar: meltemsaygili@kku.edu.tr

Bu araştırma, sağlık profesyonellerinde palyatif bakım bilgi düzeyini değerlendirmek ve palyatif bakım bilgi düzeyinin sosyo-demografik değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma kesitsel ve tanımlayıcı türde tasarlanmıştır. Araştırma evrenini Zonguldak il sınırları içinde yer alan bir ilçe devlet hastanesinde görev yapmakta olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır (N:135). Araştırma için örneklem seçilmemiş, gönüllü katılım sağlamak isteyen tüm sağlık çalışanları araştırmaya dahil edilmiştir. Veriler, Nisan-Haziran 2023 tarihleri arasında, yüz yüze görüşme ile anket tekniği kullanılarak elde edilmiş, kullanılabilir 128 anket ile çalışma tamamlanmıştır (%94,8). Verilerin elde edilmesinde sosyodemografik özellikler soru formu ve "Palyatif Bakım Bilgi Ölçeği" kullanılmıştır. Analizler için betimleyici istatistikler, normallik ve güvenilirlik analizleri, bağımsız örneklem t-testi ve ANOVA testi kullanılmıştır. Elde edilen sonuçlar katılımcıların palyatif bakım bilgi düzeylerinin genel olarak orta seviyeye yakın olmakla birlikte düşük düzeyde (ort:7,1±2,7; min:0-max:20) olduğunu göstermektedir. Palyatif bakıma ilişkin en düşük bilgi düzeyi ortalaması olan boyutlar, dispne (ort:0,8±0,68; min:0-max:4), ağrı (ort:1,9±1,01 min:0-max:4) ve psikiyatrik problemler (ort:1,3±0,88; min:0-max:4) en yüksek bilgi düzeyi ortalaması olan boyutlar ise ve felsefe (ort:1,5±0,70; min:0-max:2), gastrointestinal problemler (ort:1,6±1,14; min:0-max:4) olmuştur. Ayrıca, sağlık çalışanlarının palyatif bakım düzeylerinin kişisel özelliklerden cinsiyet (t=3,008; p=0,003), eğitim düzeyi (F=2,880; p=0,039), unvan (F=6,721; p=0,000) gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı belirlenmiştir (p<0,05). Bu sonuçlara göre cinsiyeti erkek olan, lisansüstü eğitim almış olan ve hekim olarak çalışan sağlık profesyonellerinin palyatif bakım bilgi düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur.

Türkiye'de 2010 yılından beri Palya-Türk Projesiyle palyatif bakım hizmetleri kademeli bir şekilde tüm hastanelerde yaygınlaştırılmıştır. Palyatif bakım hizmet sunumunda, hasta tedavi ve bakım süreçlerinde aktif rol alan tüm sağlık çalışanlarının, palyatif bakımı tüm boyutlarıyla bilmeleri ve uygulamaları ile hasta memnuniyeti ve klinik sonuçlar iyileştirilebilir. Özellikle ilçelerde hizmet verilen hastanelerde palyatif bakım hizmetlerinin sunulması ile ilgili olarak hem hasta ve yakınlarının memnuniyetini hem de kaliteli hizmet sunumunu sağlayabilmek için, sağlık yöneticilerinin gerekli eğitim ortamlarını sağlaması ve sağlık profesyonellerini desteklemeleri önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Palyatif Bakım, Bilgi Düzeyi, Sağlık Profesyonelleri.

### Evaluation of Palliative Care Knowledge Level in Health Professionals: The Case of a Provincial State Hospital in Türkiye

This study was conducted to evaluate the level of palliative care knowledge in healthcare professionals and to determine whether the level of palliative care knowledge differs according to socio-demographic variables.

The study was cross-sectional and descriptive. The population of the study consisted of healthcare professionals working in a district state hospital located in Zonguldak province (N: 135). No sample was selected for the study, and all healthcare professionals who wanted to participate voluntarily were included in the study. The data were obtained between April and June 2023 by face-to-face interviews using the questionnaire technique, and the study was completed with 128 usable questionnaires (94.8%). Sociodemographic characteristics questionnaire and "Palliative Care Knowledge Scale" were used to obtain the data. Descriptive statistics, normality and reliability analyses, independent sample t-test and ANOVA test were used for analysis. The results showed that the participants' palliative care knowledge level was low (mean: 7.1±2.7; min: 0-max: 20), although it was generally close to medium level. The dimensions with the lowest mean level of knowledge about palliative care were dyspnea (mean:0.8±0.68; min:0-max:4), pain (mean:1.9±1.01 min:0-max:4) and psychiatric problems (mean: 1,3±0,88; min:0-max:4), and the dimensions with the highest mean knowledge level were philosophy (mean:1,5±0,70; min:0-max:2) and gastrointestinal problems (mean:1,6±1,14; min:0-max:4). In addition, it was determined that the palliative care levels of healthcare professionals differed statistically significantly (p<0.05) according to gender (t=3.008; p=0.003), educational level (F=2.880; p=0.039), title (F=6.721; p=0.000) groups among personal characteristics. According to these results, the palliative care knowledge levels of health professionals whose gender was male, who had postgraduate education and who worked as physicians were found to be higher than the other groups.

In Türkiye, palliative care services have been gradually extended to all hospitals with the Palya-Turk Project since 2010. In palliative care service delivery, patient satisfaction and clinical outcomes can be improved by ensuring that all healthcare professionals who take an active role in patient treatment and care processes know and practice palliative care in all its dimensions. It is recommended that health managers should provide the necessary training environments and support healthcare professionals in order to ensure both the satisfaction of patients and their relatives and quality service delivery, especially in hospitals serving in districts.

**Keywords:** Palliative Care, Knowledge Level, Healthcare Professionals.

## 1. Giriş

Palyatif bakım entegre, insan merkezli sağlık hizmetlerinin önemli bir parçasıdır. Fiziksel, psikolojik, sosyal veya ruhsal sağlıkla ilgili ciddi acıları dindirmek ise küresel bir etik sorumluluktur (WHPCA, 2020). Dolayısıyla palyatif ve yaşam sonu bakım hizmetleri ülkeler için sağlık bakım kalitesini artırmak ve yaşam sonu bakım maliyetlerini azaltmak amacıyla bir politika önceliği haline gelmiştir. Palyatif bakımın sağlık sistemlerine entegre bir şekilde uygulanması sağlık hizmetlerinin kalitesini, verimliliğini, çalışan ve hasta memnuniyetini artıracığı için palyatif bakım sunulması ve entegrasyonu uluslararası bir öncelik olarak kabul edilmiştir (Aslan, 2020).

## Palyatif Bakım Kavramı ve Palyatif Bakım İhtiyacı

"Palliate" kelimesi Latince pallium'dan türemiş olup eski bir eşarp veya pelerini örtmek veya giydirmek anlamına gelir ve yaygın kullanımda acının önlenmesi, dindirilmesi anlamlarını taşır. Palyatif bakım kavramının başlangıçta bakımevlerine veya huzurevlerine ithafen kullanılmış ancak daha sonra zamanla "palyatif bakım" kavramı, bakımevinde olmayan hastaları ve hayatın son altı ayını içerecek şekilde darülacezeden daha geniş bir anlam kazanmıştır (Macauley, 2018). Palyatif bakım, ölümün yakın olduğu durumların ötesinde yaşamı tehdit eden bir hastalıkla karşı karşıya kalan hastalara ve ailelerine süreç boyunca bakım sağlamak için hem bir felsefe hem de organize ve iyi yapılandırılmış bir bakım sistemi olarak anlam kazanmıştır (Dolmans vd., 2023). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) palyatif bakımı 1989 yılında "yaşam için tehdit oluşturacak hastalıklar ve problemlerle karşılaşan hasta (yetişkin ve çocuk) ve yakınlarının yaşam kalitesini, fiziksel, psikolojik ve ruhsal yönden oluşan sıkıntılarını erken saptamak, oluşmasını önlemek ve giderilmesini sağlamak amacıyla verilen bütüncül bir yaklaşım" olarak tanımlanmıştır (WHPCA, 2020). Buna ek olarak 2014 yılında "palyatif bakım, hekimlerin vicdani sorumluluğudur" görüşü eklenerek palyatif bakıma yeni bir pencere açılmıştır (Özkahramançoç ve diğerleri, 2023).

DSÖ'nün 2020 yılı verilerine göre dünyada tüm yaş gruplarında her yıl tahminen 56,8 milyon insan palyatif bakıma ihtiyaç duymaktadır ve bunların 25,7 milyonu yaşamın son yılında palyatif bakım ihtiyacı içerisinde (WHPCA, 2020). 2060 yılına gelindiğinde ise yaşamın sonunda palyatif bakım ihtiyacının iki katına çıkması beklenmektedir (Sleeman ve diğerleri, 2019). Palyatif bakım, insanın sağlık hakkı kapsamında ele alınmasına rağmen (Gwyther, 2009); dünya çapında palyatif bakıma ihtiyaç duyan insanların yalnızca yaklaşık %14'ü bu hizmete ulaşabilmektedir. Palyatif bakım çok çeşitli hastalıklar için gereklidir. Palyatif bakıma ihtiyaç duyan erişkinlerin büyük çoğunluğunda kardiyovasküler hastalıklar (%38,5), kanser (%34), kronik solunum yolu hastalıkları (%10,3), AIDS (%5,7) ve diyabet (%4,6) gibi kronik hastalıklar bulunmaktadır. Ayrıca, böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, multipl skleroz, Parkinson hastalığı, romatoid artrit, nörolojik hastalık, demans, konjenital anomaliler ve ilaca dirençli tüberküloz gibi diğer birçok durum palyatif bakım gerektirebilir (WHPCA, 2020).

Palyatif bakımla ağrının ve fiziksel, psikososyal veya manevi diğer sorunların erken tespiti, doğru değerlendirilmesi ve tedavisi yoluyla bireylerin acı çekmesi önlenmeye ve hafifletilmeye çalışılır (WHPCA, 2020). Ağrı ve nefes almada güçlük, palyatif bakıma ihtiyacı olan hastaların yaşadığı en sık ve ciddi semptomlardan ikisidir. Ancak, hiçbir disiplin ya da profesyonel alan acıdan ve rahatsız edici semptomlardan kurtulmayı sağlamak için tek başına yeterli değildir. Yalnızca kapsamlı bir ekip yaklaşımı, hastaların yaşadığı bir dizi ağrı sorununu etkili bir şekilde ele alabilir. Bu durumda yaşanan toplam acının anlaşılması doğrudan ekibin takdirini gerektirir (Connor, 2018). Dolayısıyla palyatif bakım, hastaya ve ailesine destek olmak amacıyla doktorlar, hemşireler, destek çalışanları, sağlık görevlileri, eczacılar, fizyoterapistler ve gönüllüler de dahil olmak üzere hepsi eşit derecede önemli rollere sahip olan çeşitli profesyoneller tarafından sunulan bir dizi hizmeti içerir (WHPCA, 2020).

## Dünyada ve Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetleri

Palyatif bakım dünya çapında giderek yaygınlaşmakta ve üst düzey politika taahhütleriyle desteklenmektedir, ancak hizmet sunumu maalesef, destekleyici politikalar, eğitim ve finansman hızla artan ihtiyaçlarla orantısız bir şekilde sürdürülmektedir. Dünya çapında ülkelerdeki palyatif bakım hizmeti sunum seviyeleri mevcut özelliklere göre 1-bilinen palyatif bakım faaliyeti yok, 2-kapasite geliştirme çalışmaları mevcut, 3a- İzole hizmet sunumu, 3b- yaygın hizmet sunumu, 4a-genel hizmet sunumuna ön entegrasyon, 4b- İleri entegrasyon seviyeleri olmak üzere 4 ana gruba ayrılmıştır (WHPCA, 2020). Dünyada palyatif bakım hizmetlerinin gelişimi ile ilgili son dönemde Clark ve arkadaşları (2020) tarafından yayınlanan bir araştırmada 198 ülkenin palyatif bakım düzeyleri değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlar 47 (%24); ülkenin 1. seviyede (bilinen palyatif bakım faaliyeti yok); 13 (%7) ülkenin 2. seviyede (kapasite geliştirme), 65 (%33) ülkenin 3a (izole palyatif bakım hizmet sunumu) seviyesinde; 22 (%11) ülkenin 3b (yaygın hizmet sunumu) seviyesinde; 21 (%11) ülkenin 4a (genel hizmet sunumuna ön entegrasyon) seviyesinde ve yalnızca 30 (%15) ülkenin 4b (ileri entegrasyon) seviyesinde olduğunu göstermiştir. Ülkelerin palyatif bakım gelişim düzeyleri ise Dünya Bankası Gelir Düzeyi, İnsani Gelişim Endeksi ve Evrensel Sağlık Sigortasının varlığı ile önemli ölçüde ilişkili ( $p < 0,001$ ) bulunmuştur. Ayrıca araştırma sonuçları 4. düzey palyatif bakım hizmetlerinin, küresel nüfusun yalnızca %14'ü için var olduğunu ve bu seviyenin özellikle Avrupa ülkelerinde yoğunlaştığını göstermektedir. Aynı araştırmada palyatif bakımın, küresel nüfusun en az yarısının ihtiyaç duyduğu seviyelere ulaşmadığı da belirtilmektedir. Türkiye bu gruplamada 3a yani "izole palyatif bakım hizmet sunumu" seviyesinde yer almaktadır (Clark, ve diğerleri, 2020). Bu kategorideki bir ülke, kapsamı hâlâ yetersiz olan ve yeterince desteklenmeyen palyatif bakım aktivizminin gelişimiyle karakterize edilir; genellikle büyük ölçüde bağışçıya bağımlı olan finansman kaynakları; morfinin sınırlı mevcudiyeti ve nüfus büyüklüğüne göre sınırlı olan az sayıda palyatif bakım hizmeti sunumu söz konusudur (WHPCA, 2020). Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri kültürel yapı, insan gücünde yaşanan problemler, eğitimde yer almaması, palyatif bakım uzmanlığının bulunmaması ve gerek sağlık personelinin gerekse hasta ve yakınlarının farkındalığının yeterli düzeyde olmaması sebebiyle çok uzun yıllar uygulamaya geçirilememiş olup ilk kez T.C. Sağlık Bakanlığı'nın "Evde Bakım Hizmeti"ni sunması ile hayata geçirilmiştir. 2008 yılında oluşturulan "Palyatif Bakım Programı Eylem Planı" ve sonrasında 2010 yılında Palya-Türk Projesi ile Türkiye'de palyatif bakım merkezlerinin kurulması hız kazanmıştır. 2015 yılında Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yürürlüğe girmiştir. Yönerge; palyatif bakım merkezlerin tanımı,

merkezlerin kurulması, fiziki şartları, personelin görev, yetki ve sorumlulukları, hizmetin kapsamı, eğitim ve denetimi, diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliğini içeren yol gösterici önemli bir rehber olmuştur (Madenoğlu Kıvanç, 2017). Tüm bu ilerlemelerle birlikte 2020 yılı ekim ayı sonunda Türkiye’de palyatif bakım merkezi sayısı 397, yatak sayısı ise 5717’ye ulaşmıştır (Koç, 2021). Dolayısıyla, Türkiye’nin palyatif bakım konusunda dünya ülkeleri arasındaki yeri göz önüne alındığında daha iyi bir seviyeye çıkabilmek için sağlık çalışanlarının konu ve uygulamalar ile ilgili bilgi düzeyi önem arz etmektedir.

### **Palyatif Bakım Hizmetlerine Erişim ve Sağlık Çalışanlarının Rolü**

Palyatif bakımın evrensel olarak erişilebilir hale getirilmesine yönelik insani ve etik yükümlülüğün yerine getirilmesi için çok yönlü bir halk sağlığı yaklaşımına ihtiyaç vardır. Bu, palyatif bakımın ve sağlık hizmeti sunum sistemlerine yatırımın entegrasyonunu destekleyen sağlık politikasını; yaşamı sınırlayan hastalıkları olan bireylerin opioid ilaçlara erişimini uygunsuz bir şekilde kısıtlayan mevzuat ve düzenlemelerdeki değişiklikleri; sağlık profesyonellerinin eğitimi ve yetiştirilmesini; sağlık sistemlerini ve klinik bakımı kapsayan, düşük ve orta gelirli ülkelere özgü, metodolojik açıdan titiz bir veri ve araştırma tabanının geliştirilmesini; ve palyatif ve yaşam sonu bakıma yönelik toplumsal ve sağlık profesyonellerinin tutumlarındaki değişimleri gerekli kılmaktadır (Hannon ve diğerleri, 2016).

Palyatif bakım hizmeti multidisipliner yaklaşım gerektiren, birçok daldan sağlık çalışanının profesyonel hizmet sunumu gerçekleştirdiği takım çalışmasıdır. Deneyimli ve eğitilmiş sağlık personeli ve gönüllülerden oluşan bir ekip tarafından hizmet sunulur. Palyatif bakımda; hekim, hemşire, hasta bakım personeli, fizyoterapist, beslenme uzmanı, eczacı, psikososyal destek uzmanları, gönüllüler gibi çok yönlü yaklaşımı sağlayacak karma ekip tarafından hasta ve yakınları hastalık ve terminal dönem süreçlerinde bir nevi etkili ve verimli bir bakım kampına alınır (Menekli, 2023). Palyatif bakım ihtiyacı olan bireye bakım sağlayan sağlık çalışanlarının bilgi, beceri ve tutumları, uygulamada ne tür bir bakımın sunulacağı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Harris ve diğerleri, 2014). Palyatif bakımın kalitesinin sağlanması için palyatif bakım ekiplerinde çalışan sağlık profesyonellerinin palyatif ve yaşam sonu bakım konusunda yeterli düzeyde yetkinliğe sahip olmaları gerekmektedir (Hales ve diğerleri, 2010; Schulman-Green ve diğerleri, 2011; Soikkeli-Jalonen ve diğerleri 2020). Özellikle hemşirelerin palyatif bakım konusundaki uzmanlığı bakımın kalitesini etkileyen önemli bir faktördür (Huijter ve diğerleri, 2009).

Palyatif bakım hastalarının çoğunda ağrı, yorgunluk, iştahsızlık, nefes darlığı (Moens ve diğerleri, 2014), iştahsızlık, tat kaybı, kilo kaybı, uykuya meyil (Yaşar ve Akın, 2023) gibi birden fazla fiziksel semptom görülmektedir. Hastalar fiziksel semptomların yanı sıra sıklıkla kaygı, maddi kaygılar, bilinmeyenlere karşı korku gibi psikolojik, sosyal ve manevi sorunlar da yaşamaktadır (Bandeali ve diğerleri, 2020; Ullrich ve diğerleri, 2021). Bu nedenle palyatif bakım hastalarında çok boyutlu semptom yönetimi (birden fazla semptomun fiziksel, psikososyal ve manevi yönleri de dikkate alınarak eş zamanlı değerlendirilmesi, tedavisi ve yeniden değerlendirilmesi) yapılması gerektiği önerilmektedir (van der Stap ve diğerleri, 2023). Ancak, palyatif bakım sunulmasındaki en büyük engellerden birisi klinisyenlerin bilgi ve beceri eksikliğidir (van der Stap ve diğerleri, 2023). Palyatif bakım hizmetlerinin yaygın olarak sağlanması ve kaliteli hizmet sunumunun önündeki en büyük engel de sağlık çalışanlarının bilgi ve beceri eksikliği ve yetersiz eğitimidir (Hannon ve diğerleri, 2016).

Palyatif bakım hastalarında ağrı yaşam kalitesini olumsuz etkileyen fiziksel semptomların en önemlilerinden biridir. Bu hastalarda ağrı yönetiminde ise semptom deneyiminin karmaşıklığı, ağrı ve semptom değerlendirmesi konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmama, uygun olmayan ölçek kullanımı, kullanılan analjezikler ve tedavi yöntemleri hakkında yeterli bilginin olmaması sağlık profesyonellerinden kaynaklı engeller bulunmaktadır. Her ne kadar “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin 14. maddesinde, hastanın hayatını kurtarmak ve sağlığını korumak mümkün olmasa dahi ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmak zorunludur” ifadesi ile ağrının kontrol altına alınmasının önemli bir hasta hakkı olduğu vurgulansa da yapılan çalışmalarda, sağlık profesyonellerinin, merkezi sinir sistemi depresyonu sonucu ölüme neden olma, opioid bağımlılığı gibi nedenlerden dolayı narkotik analjezik kullanımı konusunda olumsuz tutum içinde oldukları belirlenmiştir (Ataman Kufacı ve Mumcu, 2022).

Palyatif bakım hastalarında psikolojik semptomların hafifletilmesine yönelik girişimler henüz tam olarak rutin palyatif bakıma dahil edilememiştir ve rastlantısal olarak uygulanmaktadır. Palyatif bakım birçok ülkede çoğunlukla semptom yükünün fiziksel olmayan yönlerini dikkate almayı zor bulan (Chibnall ve diğerleri, 2004) genel uzman klinisyenler olarak adlandırılan, palyatif bakım konusunda uzmanlaşmış eğitimi olmayan klinisyenler tarafından sağlanmaktadır (Carduff ve diğerleri, 2018). Dahası genel uzman klinisyenlerin, semptom yükünü yönetmek için fiziksel olmayan sorunların değerlendirilmesinin ne kadar önemli olduğunun farkında olmadığı ve öncelikle farmakolojik müdahalelere odaklandıkları da belirlenmiştir (van der Stap ve diğerleri, 2023). Psikolojik bakımın bu eksikliği, aslında modern tıbbın tüm alanlarında görülen önemli bir sorundur. Bunun nedeni ise yaşamı sınırlayan bir hastalık durumunda gelişen psikolojik/ psikiyatrik semptomların hem hasta yakınları hem de sağlık çalışanları tarafından normal kabul edilerek görmezden gelinmesi, empati içeren girişimlerin profesyoneller için zahmetli, kazanılması ve öğrenilmesi zor ve pahalı, ancak alıcılar için belki de tüm tıbbi girişimlerin içinde en ucuzu olmasıdır. Palyatif bakım hastalarına ve ailelerine, onlarla etkileşim halinde olan tüm sağlık çalışanları tarafından psikolojik destek sağlanmalıdır. Hasta ve ailesiyle en fazla temasta olan profesyonellerin güvenli ve destekleyici ilişkiler kurması ve empatik yaklaşımları hasta ve ailesi için yapılabileceklerin ilk sırasında yer almalıdır (Özcan, 2023).

## 2. Araştırmanın Yöntemi

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma, bir ilçe devlet hastanesinde görev yapan sağlık çalışanlarının palyatif bakım bilgi düzeylerini belirlemek, palyatif bakım bilgi düzeylerinin sosyodemografik değişkenlere göre farklılaşıp farklılaşmadığını ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir.

### 2.2. Araştırmanın Örnekleme

Kesitsel ve tanımlayıcı türde tasarlanan bu araştırmanın evrenini Zonguldak il sınırları içinde yer alan bir ilçe devlet hastanesinde görev yapmakta olan sağlık çalışanları oluşturmaktadır. Hastanede araştırmanın gerçekleştirildiği tarihlerde 29 hekim, 105 hemşire/ebe ve diğer sağlık meslek gruplarında (ATT, eczacı, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, tıbbi sekreter, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı) 57 çalışan olmak üzere 191 sağlık çalışanı görev yapmaktadır. Ancak özellikle palyatif bakım ekibinde ve doğrudan hasta müdahalesinde yer almayan ve “tıbbi sekreter, laboratuvar teknisyeni, röntgen teknisyeni, sosyal hizmet uzmanı, eczacı” unvanına sahip olan 22 çalışan araştırma örnekleme dahil edilmemiştir. Geriye kalan sağlık çalışanları için meslek grupları temelinde tabakalı örneklem yöntemi kullanılmış ve hekim, hemşire-ebe ve diğer sağlık meslekleri (psikolog, fizyoterapist, diyetisyen) mensubu sağlık çalışanları araştırma örneklemini oluşturmuştur. Araştırma verileri yüz yüze görüşme ve anket yöntemi kullanılarak elde edilmiştir. Araştırma gönüllülük esas alınarak yürütülmüş ve toplam 128 katılımcıdan veriler elde edilmiştir. Belirlenen meslek gruplarında sağlık çalışanlarının katılım oranı %75 olmuştur.

### 2.3. Etik İzin

Bu araştırma Kırıkkale Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'nun 19.04.2023 tarih ve 2023.04.11 sayılı onayı ve ilgili kurum izinleri alınarak gerçekleştirilmiş ve ilgili veriler Nisan-Haziran 2023 aralığında elde edilmiştir.

### 2.4. Veri Toplama Aracı

Verilerin elde edilmesinde sosyodemografik özellikler soru formu ve Palyatif Bakım Bilgi Ölçeği kullanılmıştır. Palyatif Bakım Bilgi Ölçeği 2009 yılında Yoko Nakazawa tarafından geliştirilmiş ve Ahmet Seven tarafından 2015 yılında yüksek lisans tezi çalışmasında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılarak Türkçe'ye kazandırılmıştır. Felsefe, ağrı, dispne, psikiyatrik problemler ve gastrointestinal problemler olarak gruplandırılmış 5 alt boyuttan ve toplamda 20 maddeden oluşmaktadır. Bilgi Testi doğru, yanlış ve bilmiyorum şeklinde cevaplanmaktadır. Değerlendirme yapılırken bilmiyorum cevabını verenler yanlış olarak değerlendirilmekte olup ölçek iki dereceli bir ölçek olarak ele alınmaktadır. Doğru cevaba 1 puan, yanlış cevaba 0 puan verilmektedir. Ölçekte 10 madde ters puanlanmaktadır. Bilgi testinden alınabilecek toplam puan 0-20 arasında değişmekte olup, testten ne kadar yüksek puan alınır ise palyatif bakım hakkında bilgi düzeyinin o kadar yüksek olduğu ifade edilmektedir. Seven tarafından ölçeğin toplam güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha değeri) 0,91 ve alt boyutlara ilişkin güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla 0,70; 0,77; 0,72; 0,65 ve 0,75 ve olarak hesaplanmıştır. Bu çalışmada ise ölçeğin toplam güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha değeri) 0,81 ve alt boyutlara ilişkin güvenilirlik katsayıları ise sırasıyla 0,52; 0,64; 0,64; 0,45 ve 0,56 ve olarak hesaplanmıştır (Tablo 1).

### 2.5. Veri Analizi

Tüm istatistiksel analizler SPSS v23.0 programı kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Öncelikle analizler için kullanılacak istatistiksel yöntemi belirlemek üzere elde edilen ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğu basıklık ve çarpıklık katsayıları incelenerek test edilmiştir (Tablo 1). Literatür incelendiğinde ölçeklerden elde edilen basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1,5 ile -1,5 arasında olmasının normal dağılım kararı için yeterli olduğu görülmektedir (Tabachnick and Fidell, 2013; Kim, 2013; Garren et al., 2021; Hatem et al., 2022; Demir, 2022; Uysal ve Kılıç, 2022). Tablo 1'de kullanılan ölçek ve her bir alt boyuttan elde edilen puanlar incelendiğinde verilerin normal dağılım gösterdiği sonucuna ulaşılmış olup Cronbach's Alpha güvenilirlik değerleri verilmiştir.

**Tablo 1.** Palyatif Bakım Bilgi Ölçeği ve Alt Boyutlar için Normal Dağılım ve Güvenilirlik Düzeyinin İncelenmesi

Palyatif Bakım Bilgi Ölçeği ve Alt Boyutlar	Skewnes	Kurtosis	Cronbach's Alpha
Felsefe	0,181	1,172	0,520
Ağrı	0,069	-0,540	0,645
Dispne	0,702	-0,676	0,649
Psikiyatrik Problemler	0,177	-0,377	0,459
Gastrointestinal Problemler	0,701	-0,577	0,560
Palyatif Bakım Bilgi Ölçeği	0,650	-0,119	0,818

Dolayısıyla analizler için parametrik test teknikleri (t test, ANOVA) kullanılmıştır. Gruplar arasındaki farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının belirlenmesinde ise varyansların homojenliği Levene istatistiği ile test edilmiş, varyansların homojen olması durumunda Bonferonni, varyansların homojenliğinin sağlanmaması durumunda ise Games Howel istatistiğinden yararlanılmıştır.

### 3. Bulgular

Araştırmaya dâhil olan sağlık çalışanlarına ilişkin sosyodemografik özelliklere ilişkin dağılımları Tablo 2’de yer almaktadır. Tablo incelendiğinde, katılımcıların çoğunluğunun %48,4 oran ile 26-35 yaş aralığında olduğu, %75’ini kadın sağlık çalışanlarının oluşturduğu, %71,9’unun lisans eğitim derecesinde olduğu, %63,3’ünün ise bekâr olduğu, %60,2’sini hemşireler, %18,8’ini ebeler, %9,4’ünü hekimler ve %11,7’sini diğer sağlık mesleklerinin oluşturduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının çoğunluğu (%28,1) dâhili birimlerde çalışmakta olup, %50’sinin 5 yıl ve altı, %25,8’inin 10 yıl ve üzeri mesleki tecrübesi vardır. Katılımcıların yine büyük bir çoğunluğu (%71,9) palyatif bakım eğitimi almamış olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Değişkenler	n	%	Değişkenler	n	%	
Yaş	25 yaş ve altı	34	Meslekte Toplam Çalışma Yılı	5 yıl ve altı	64	
	26-35 yaş	62		6-10 yıl	31	
	36 yaş ve üzeri	32		10 yıl ve üzeri	33	
Cinsiyet	Kadın	96	Görev Birim	Acil	35	
	Erkek	32		Ameliyathane-YB	26	
Eğitim Durumu	Lise ve altı	7	Yapılan	Dahili Birimler	36	
	Ön Lisans	11		Cerrahi Birimler	19	
	Lisans	92		Diğer Birimler	12	
	Lisansüstü	18		Hekim	12	
Medeni Durum	Evli	47	Unvan	Hemşire	77	
	Bekâr	81		Ebe	24	
Palyatif Bakım Eğitimi Alma	Evet	36		Toplam	Diğ. Sağ. Mes.	15
	Hayır	92			Toplam	128

Tablo 3’te araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının Palyatif Bakım Bilgi Ölçeğinden elde etikleri puan ortalamaları değerlendirilmiştir.

**Tablo 3.** Palyatif Bakım Bilgi Ölçeğine İlişkin Bulgular

Palyatif Bakım Bilgi Ölçeği	Madde Sayısı	Ort.	Standart Sapma	Min	Max
Felsefe	2	1,5	0,70	0	2
Ağrı	6	1,9	1,01	0	4
Dispne	4	0,8	0,68	0	4
Psikiyatrik Problemler	4	1,3	0,88	0	4
Gastrointestinal Problemler	4	1,6	1,14	0	4
<b>Palyatif Bakım Bilgi Ölçeği (Toplam)</b>	<b>20</b>	<b>7,1</b>	<b>2,71</b>	<b>1</b>	<b>13</b>

Elde edilen sonuçlar katılımcıların palyatif bakım bilgi düzeylerinin genel olarak düşük düzeyde (ort:7,1±2,71; min:1-max:20) olduğunu göstermektedir. Palyatif bakıma ilişkin en düşük bilgi düzeyi ortalaması olan boyutlar, dispne (ort:0,8±0,68; min:0-max:4), ağrı (ort:1,9±1,01 min:0-max:6), psikiyatrik problemler (ort:1,3±0,88; min:0-max:4), ve gastrointestinal problemler (ort:1,6±1,14; min:0-max:4) alt boyutları iken en yüksek bilgi düzeyi ortalaması olan boyut ise felsefe (ort:1,5±0,70; min:0-max:2) boyutu olmuştur.

Tablo 4’te araştırmaya dahil olan sağlık çalışanlarının Palyatif Bakım Bilgi Ölçeğinden elde etikleri puanların sosyodemografik özelliklere göre istatistiksel olarak anlamlı fark gösterip göstermediği ikili gruplar için bağımsız gruplarda t Testi ve çoklu gruplar için ANOVA testi kullanılarak incelenmiştir.



Analizlerden elde edilen sonuçlar sağlık çalışanlarının palyatif bakım bilgi düzeylerinin sosyodemografik özelliklerinden eğitim düzeyi (F=2,880; p=0,039), unvan (F=6,721; p=0,000) ve cinsiyet (t=3,008; p=0,003) gruplarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığını göstermiştir (p<0,05). Bu sonuçlara göre cinsiyeti erkek olan, lisansüstü eğitim almış olan ve hekim olarak çalışan sağlık profesyonellerinin palyatif bakım bilgi düzeyleri diğer gruplara göre daha yüksek bulunmuştur (p<0,05).

**Tablo 4.** Palyatif Bakım Bilgi Ölçeği Alt Boyutları ve Sosyodemografik Özelliklerin Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

ÖLÇEKLER VE ALT BOYUTLAR		Felsefe		Ağrı		Dispne		Psikiyatrik Problemler		GİS Problemler		Ölçek		
Değişkenler		n	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	$\bar{X}$	SS	PBBT	Toplam
<b>Eğitim Durumu</b>														
1	Lise ve altı	7	1,7	0,49	1,3	0,95	0,7	0,76	0,7	0,76	1,3	1,11	5,7	2,75
2	Önlisans	11	1,7	0,47	1,8	0,98	0,9	0,70	1,5	0,82	1,5	1,29	7,5	2,50
3	Lisans	92	1,4	0,73	1,9	0,94	0,8	0,69	1,2	0,90	1,6	1,06	6,9	2,59
4	Lisansüstü	18	1,5	0,71	2,5	1,25	0,9	0,64	1,7	0,67	1,9	1,47	8,6	3,01
<b>F</b>			0,784		3,108		0,546		3,013		0,704		2,880	
<b>p</b>			0,505		0,029		0,652		<b>0,033</b>		0,551		<b>0,039</b>	
Bonferroni-Games Howell									4>1				4>1	
<b>Unvan</b>														
1	Hekim	12	1,8	0,39	2,8	1,06	1,2	0,39	1,9	0,67	2,3	1,56	10,0	1,91
2	Hemşire	77	1,5	0,68	2,0	0,98	0,8	0,68	1,2	0,81	1,6	1,12	7,1	2,60
3	Ebe	24	1,3	0,79	1,6	0,88	0,5	0,72	1,1	0,90	1,6	1,14	6,1	2,36
4	Diğer Sağ. Mes.	15	1,5	0,74	1,5	0,99	0,7	0,62	1,5	1,13	1,3	0,72	6,5	2,92
<b>F</b>			2,007		4,800		2,625		3,420		1,946		6,721	
<b>p</b>			0,116		<b>0,003</b>		0,053		0,019		0,126		<b>0,000</b>	
Bonferroni-Games Howell					1>3,4								1>3,4	
<b>Cinsiyet</b>														
1	Kadın	96	1,5	0,70	1,8	0,97	0,7	0,68	1,2	0,90	1,5	1,13	6,7	2,55
2	Erkek	32	1,6	0,72	2,3	1,06	0,9	0,67	1,5	0,80	2,0	1,11	8,3	2,86
<b>t</b>			0,656		2,519		1,425		1,748		2,174		3,008	
<b>p</b>			0,513		<b>0,013</b>		0,157		0,083		<b>0,032</b>		<b>0,003</b>	

Ayrıca, diğer sosyodemografik özelliklerden yaş, medeni durum, görev yapılan birim, meslekteki toplam çalışma yılı ve palyatif bakım eğitimi alma değişkenleri ile katılımcıların palyatif bakım bilgi düzeyi puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir (p>0,05).

#### 4. Tartışma ve Sonuç

Yapılan bu çalışmada, bünyesinde palyatif bakım merkezi bulunan bir ilçe devlet hastanesindeki sağlık profesyonellerinin palyatif bakım bilgi düzeyi araştırılmıştır. Araştırma sonucunda sağlık profesyonellerinin palyatif bakım bilgi düzeylerinin “düşük” seviyede (ort. 7,1±2,71 min:0-max:20) olduğu, özellikle hastaların ağrı, dispne, psikiyatrik ve gastrointestinal problemlerini yönetme konusundaki bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, katılımcıların büyük çoğunluğu (%71,9) palyatif bakım eğitimi almadıklarını beyan etmişlerdir. Sonuç olarak katılımcıların palyatif bakım “felsefesi” ile ilgili bilgi düzeylerinin daha yüksek olduğu ancak, palyatif bakımı sağlama ve yönetme konusunda bilgi eksikleri olduğu tespit edilmiştir. Bu durum ulusal ve uluslararası alanda yapılan pek çok araştırmayla benzerdir. Örneğin, Türkiye’de palyatif bakım konulu 2010-2021 yılları arasında üretilen tezlerin incelendiği bir araştırmada sağlık çalışanlarının palyatif bakım bilgi düzeylerinin düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Arslanoğlu ve Arslan Kabadayı, 2022). Gerçekleştirdiğimiz bu araştırmada katılımcıların palyatif bakım bilgisi alt

boyutlarına ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde ise özellikle “solunum sıkıntısı (dispne) ve ağrı yönetimi” ile ilgili bilgi eksiklerinin diğer alt boyutlara göre daha fazla olduğu ve bu alt boyutlardan düşük ortalama puanlar elde ettikleri belirlenmiştir. Yakın tarihlerde Martin ve diğerleri, (2021) tarafından yapılan benzer bir çalışmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev yapan hekim ve hemşirelerde palyatif bakım bilgi düzeyi değerlendirilmiştir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcılar en yüksek puanı “felsefe” alt boyutundan elde etmişler, en düşük puanı ise “ağrı” boyutundan almışlardır. Bu çalışmada da sağlık çalışanlarının palyatif bakım bilgi düzeylerinin yetersiz olduğu bulunmuş ve bu konuda sürekli eğitim programlarının önemli katkı sağlayacağı sonucuna ulaşılmıştır (Martin ve diğerleri, 2021). Hamdan ve diğerleri (2023) birinci basamakta hizmet veren hekimlerin palyatif bakım bilgi düzeylerini değerlendiren araştırmasında hekimlerin palyatif bakım bilgi düzeylerinin düşük olduğunu (8,68±2,94 min:0-max:20) belirlemişlerdir. Thi Thanh Vu ve diğerleri (2019) Vietnam’da üçüncü basamak bir geriatri hastanesindeki sağlık çalışanlarının palyatif bakıma yönelik bilgi ve tutumlarını değerlendirdiği araştırmasında ise; hekimlerin %40,5’i ve hemşirelerin %74,2’si geriatrik palyatif bakım konusunda yetersiz bilgi sahibi olduğunu belirlemiştir (p<0,05). Ayrıca bu çalışmada en düşük ortalama puanlar dispne alt boyutundan ardından sırasıyla, gastrointestinal problemler ve ağrı yönetimi alt boyutundan elde edilmiştir (Thi Thanh Vu ve diğerleri, 2019).

Araştırmamızdan elde edilen sonuçlar özellikle hekimlerin palyatif bakım bilgi düzeyi ve özellikle ağrı yönetimi alt boyutu ile ilgili bilgi düzeyinin diğer hemşire, ebe ve diğer palyatif bakım ekibi üyesi sağlık çalışanlarına göre daha yüksek olduğunu göstermiştir (p<0,05). Benzer sonuçlar İspanya’da gerçekleştirilen bir çalışmada da gösterilmiştir. Bu çalışmada hekimlerin palyatif bakım bilgi düzeyinin hemşirelere göre daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Martin ve diğerleri, 2018). Hamdan ve diğerlerinin (2023) çalışmasında hekimlerin ağrı yönetimi boyutundan (ort:3,07±1,22) en yüksek ortalamayı aldıkları ancak “felsefe” alt boyutundan (ort:1,27±0,68) en düşük puan ortalaması elde ettikleri belirlenmiştir. Ancak yine de literatür incelendiğinde sağlık çalışanlarının ve özellikle hekimlerin palyatif bakım hizmetleri sunumunda ağırlı hastayı değerlendirmede ve gerekli tedavi algoritmasını uygulama konusunda bilgi eksikliklerinin olduğu belirlenmiştir (Ütebey, 2022). Sağlık çalışanlarının ağrı yönetimine ilişkin uzmanlık eğitimi eksikliğinin etkili ağrı yönetiminin önünde önemli bir engel olduğu (Munkombwe ve diğerleri, 2020) vurgulanmaktadır.

Ayrıca gerçekleştirdiğimiz bu çalışmada yüksek lisans eğitimi alan sağlık çalışanlarının palyatif bakım bilgi testi toplamından ve özellikle psikiyatrik problemler alt boyutundan diğer gruplara göre daha yüksek puanlar aldıkları belirlenmiştir (p<0,05). Son olarak erkek cinsiyete sahip sağlık çalışanlarının kadınlara göre palyatif bakım bilgi düzeyi ve özellikle ağrı yönetimi, gastrointestinal problemler alt boyutlarından elde ettikleri puanlar daha yüksektir (p<0,05). Bu durumun hekimlerin ağrının klinik seyri ve ağrı kontrolü konusunda daha fazla inisiyatif alma zorunluluklarından ve daha fazla mesleki eğitim almalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. İngiltere’de yapılan bir çalışma ise palyatif tıp alanında çalışan uzman hekimlerin, diğer semptomlardan ziyade hastaların özellikle psikiyatrik problemlerini değerlendirme ve yönetmede zorluk yaşadıkları ortaya koymuştur (Lawrie ve diğerleri, 2004).

Türkiye’de palyatif bakım merkezleri ve yatak sayıları günden güne artış gösterip kısa zamanda önemli bir gelişme kat etmiştir. 2015 yılında yürürlüğe giren “Yeni Palyatif Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” ile beraber hastaneler için palyatif bakım yatağı sayısı hastanelerdeki toplam yatak kapasitesine göre belirlenmeye başlanmış, şartları sağlayan tüm hastanelerde bu oranlamaya göre palyatif bakım birimleri hizmete açılmıştır. Şu anda palyatif bakım ihtiyaçları olan hastalar çoğunlukla hastane ortamında sınırlı sayıda palyatif bakım uzmanı tarafından yönetilmektedir. Son on yılda, Sağlık Bakanlığının palyatif bakım hizmetlerinin tüm ülkede yaygınlaştırılması politikası nedeniyle 81 il merkezindeki hastanelerin yanı sıra ilçe hastanelerinde de palyatif bakım birimleri açılmış ve hizmet vermeye başlamıştır. Ancak kaliteli hizmet sunumunun sağlanması için hizmet sunumunda görevli insan gücünün yeterli ve güncel bilgi ile donatılması gerekir. Hizmete erişimin kolaylaştırılmasında hizmet birimlerinin sayısal fazlalığı önem taşır, ancak hizmet sunumu donanımlı ve nitelikli sağlık personeliyle sağlanmadığı müddetçe istenilen amaçlara ulaşılamayacağı düşünülmektedir.

Bu sorunu çözmek için palyatif bakım hizmetlerine ilişkin ayrıca bir uzmanlık alanı oluşturulması, lisans ve lisans üstü seviyelerde eğitim sağlanması, özellikle bünyesinde palyatif bakım merkezi olan kurumlar tüm kurumlarda ağırlıklı olarak hekimlere değil kurumlarda çalışan tüm sağlık profesyonellerine temel palyatif bakım hakkında güncel teknolojik eğitim ve öğrenme olanaklarının sağlanması gerekmektedir. Nitekim, çeşitli uluslararası kuruluşlar palyatif bakımın sağlık profesyonellerinin eğitimlerine düzenli ve zorunlu bir unsur olarak dahil edilmesini gerektiğini savunmaktadır (Stjernswärd ve diğerleri, 2007; Gamondi ve diğerleri, 2013). Son dönemde yapılan çalışmalarda sağlık çalışanlarında palyatif bakım eğitimi için “Palyatif ve yaşam sonu simülasyon programı” kullanılabileceği vurgulanarak sonuçların, sağlık çalışanlarının duygusal zekasını ve palyatif bakım bilgilerini önemli ölçüde geliştirdiği gösterilmiştir (Yoong ve diğerleri, 2023). Ayrıca hastanelerde görev yapan sağlık çalışanlarının temel palyatif bakım becerilerini geliştirmek için palyatif bakım uzmanları tarafından bir eğitim programı geliştirilmesinin ve uygulanmasının, hastane çalışanlarının palyatif bakım konusundaki bilgilerini artırdığı ve onların her gün karşılaştıkları kroniklik ve tedavi edilemezlik ile ilgili olgulara mesleki uygulamalarında attıkları anlamda değişiklikler olduğu ve uygulamaya yönelik bilgi kazanımı sağlandığı gösterilmiştir (Artioli ve diğerleri, 2019).

Sağlık çalışanlarının palyatif bakım bilgi ve beceri düzeylerinin belirlenmesinin yanı sıra palyatif bakım personelinin duygusal hazırlığının da ele alınması kaliteli palyatif bakım sağlanması için kritik öneme sahiptir. Bununla birlikte, eğitimsel müdahalelerin uzun süreli bakım ortamının gerçekliğine dönüştürülmesi ise halâ büyük bir zorluk olmaya devam etmektedir. Tükenmişliğin eğitim alımı üzerindeki olumsuz etkisi ve organizasyonel faktörlerin dikkate alınmaması (örn. düşük personel seviyeleri, zaman baskıları) sürdürülebilir değişime engel teşkil edebilir. Karmaşık, kaliteli sağlık hizmetlerinin sağlanması, çok disiplinli ekip üyeleri arasında etkili ilişkilerin yanı sıra birlikte öğrenme ve değişime uyum sağlama becerisini gerektirir. Hasta, yakını ve bakım profesyonellerinin bu süreci Konfüçyüs’ün "Söyle bana, unuturum. Bana göster, belki hatırlarım. Beni dahil et, anlarım" sözü bağlamında, yeni bilginin uygulamaya sürekli aktarımının hayati bir bileşeni olan “uygulamalı” öğrenmeyi destekleyen bir eğitim modeli ile yürütmeleri (Frey vd., 2019) daha fazla fayda sağlayacaktır.

## Kaynakça

1. Akçakaya, A. (2020). Palyatif bakım: ülkemizde ve dünyada son durum. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 54(1), 46-51.
2. Arslanoğlu, A., ve Kabadayı, M. A. (2022). Sağlık çalışanlarının palyatif bakım konusunda bilgi, düşünce ve tutumlarına ilişkin Türkiye'de yayınlanan lisansüstü tezler üzerine bir değerlendirme. *Journal of Social and Analytical Health*, 2(2), 194-204.
3. Artioli, G., Bedini, G., Bertocchi, E., Ghirotto, L., Cavuto, S., Costantini, M., & Tanzi, S. (2019). Palliative care training addressed to hospital healthcare professionals by palliative care specialists: a mixed-method evaluation. *BMC Palliative Care*, 18(1), 1-10.
4. Aslan, Y. (2020). Türkiye'de ve Dünya'da palyatif bakım modellerine genel bakış. *Anadolu Güncel Tıp Dergisi*, 2(1), 19-27.
5. Ataman Kufacı, A. ve Mumcu, N. (2022). Palyatif bakımda ağrı yönetimi. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 9 (2), 28-36.
6. Bandeali, S., des Ordon, A. R., & Sinnarajah, A. (2020). Comparing the physical, psychological, social, and spiritual needs of patients with non-cancer and cancer diagnoses in a tertiary palliative care setting. *Palliative & Supportive Care*, 18(5), 513-518.
7. Carduff, E., Johnston, S., Winstanley, C., Morrish, J., Murray, S. A., Spiller, J., & Finucane, A. (2018). What does 'complex' mean in palliative care? Triangulating qualitative findings from 3 settings. *BMC Palliative Care*, 17(1), 1-7.
8. Chibnall, J. T., Bennett, M. L., Videen, S. D., Duckro, P. N., & Miller, D. K. (2004). Identifying barriers to psychosocial spiritual care at the end of life: a physician group study. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 21(6), 419-426.
9. Clark, D., Baur, N., Clelland, D., Garralda, E., López-Fidalgo, J., Connor, S., & Centeno, C. (2020). Mapping levels of palliative care development in 198 countries: the situation in 2017. *Journal of Pain and Symptom Management*, 59(4), 794-807.
10. Connor, S. R. (2018). *Hospice and Palliative Care: The Essential Guide*. (3. Baskı). New York: Routledge Taylor & Francis Group.
11. Demir, S. (2022). Comparison of normality tests in terms of sample sizes under different skewness and Kurtosis coefficients. *International Journal of Assessment Tools in Education*, 9(2), 397-409.
12. Dolmans, R. G., Robertson, F. C., Eijkholt, M., van Vliet, P., ve Broekman, M. L. (2023). Palliative care in severe neurotrauma patients in the intensive care unit. *Neurocritical Care Society*, 1-8.
13. Dünya Sağlık Örgütü (2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>. Erişim Tarihi: 16.08.2023.
14. Frey, R., Balmer, D., Boyd, M., Robinson, J. ve Gott, M. (2019). Palliative care nurse specialists' reflections on a palliative care educational intervention in long-term care: an inductive content analysis. *BMC Palliative Care*, 18(1), 1-9.
15. Garren, S. T., & Osborne, K. M. (2021). Robustness of T-test Based on Skewness and Kurtosis. *Journal of Advances in Mathematics and Computer Science*, 102-110.
16. Gamondi, C., Larkin, P. J., & Payne, S. (2013). Core competencies in palliative care. *European Journal of Palliative Care*, 20(2), 86-91.
17. Gwyther, L., Brennan, F., & Harding, R. (2009). Advancing palliative care as a human right. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 767-774.
18. Hales, S., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2010). Review: The quality of dying and death: A systematic review of measures. *Palliative Medicine*, 24(2), 127-144.
19. Hamdan, N., Yaacob, L. H., Idris, N. S., & Abdul Majid, M. S. (2023, February). Primary Care Physicians' Knowledge and Attitudes Regarding Palliative Care in Northeast Malaysia. In *Healthcare*, 11(4), 550-558. MDPI.
20. Hannon, B., Zimmermann, C., Knaul, F. M., Powell, R. A., Mwangi-Powell, F. N., & Rodin, G. (2016). Provision of palliative care in low-and middle-income countries: overcoming obstacles for effective treatment delivery. *Journal of Clinical Oncology*, 34(1), 62-8.
21. Harris, M., Gaudet, J., & O'Reardon, C. (2014). Nursing care for patients at end of life in the adult intensive care unit. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4(6), 84-89.
22. Hatem, G., Zeidan, J., Goossens, M., & Moreira, C. (2022). Normality testing methods and the importance of skewness and kurtosis in statistical analysis. *BAU Journal-Science and Technology*, 3(2), 1-7.
23. Huijjer, H. A., Abboud, S., & Dimassi, H. (2009). Palliative care in Lebanon: Knowledge, attitudes and practices of nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 15, 346-353.
24. Kim, H. Y. (2013). Statistical notes for clinical researchers: assessing normal distribution (2) using skewness and kurtosis. *Restorative Dentistry & Endodontics*, 38(1), 52-54.
25. Koç, A. (2021). Türk tıp tarihinde palyatif bakım. *JARSS Anestezi Dergisi*, 29(3):159-164.
26. Lawrie, I., Lloyd-Williams, M., & Taylor, F. (2004). How do palliative medicine physicians assess and manage depression. *Palliative Medicine*, 18(3), 234-238.
27. Macauley, R. C. (2018). *Ethics in Palliative Care: A Complete Guide*. (1. Edition). Canada: Oxford University Press.
28. Madenoğlu Kivanç, M. (2017). Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri. *Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi*, 4 (2), 132-135.

29. Martín-Martín, J., López-García, M., Medina-Abellán, M. D., Beltrán-Aroca, C. M., Martín-de-Las-Heras, S., Rubio, L., & Pérez-Cárceles, M. D. (2021). Physicians' and nurses' knowledge in palliative care: multidimensional regression models. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9), 5031.
30. Menekli, T. (2023). Palyatif bakım hastalarına bakım veren sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar ve çözüm önerileri. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5(1), 81-88.
31. Moens, K., Higginson, I. J., Harding, R., Brearley, S., Caraceni, A., Cohen, J., ... & Van den Block, L. (2014). Are there differences in the prevalence of palliative care-related problems in people living with advanced cancer and eight non-cancer conditions? A systematic review. *Journal of pain and symptom management*, 48(4), 660-677.
32. Munkombwe, W.M., Petersson, K. & Elgán, C. (2020). Nurses' experiences of providing nonpharmacological pain management in palliative care: A qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(9), 1643-1652.
33. Özcan, N. (2023). Palyatif bakım hastalarında psikososyal semptomların yönetimi. *Sağlık Profesyonelleri Araştırma Dergisi*, 5 (2), 138-145.
34. Özkahramançoç, Ş., Ersoy, S., ve Turan, F. G. (2023). Palyatif bakım ve palyatif bakım hemşireliği. *İçinde Akarsu, T. (Edt.), Sağlık Bilimlerinde Öncü ve Çağdaş Çalışmalar*, (ss. 521-535). İzmir: Duvar Yayınları.
35. Schulman-Green, D., Ercolano, E., LaCoursiere, S., Ma, T., Lazenby, M., & McCorkl, R. (2011). Developing and testing a web-based survey to assess educational needs of palliative and end-of-life health care professionals in Connecticut. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 28(4), 219-229.
36. Seven, A. (2015). Hemşirelerin palyatif bakım hakkındaki bilgi düzeyleri ve ölmekte olan hasta bakımına ilişkin tutumları (Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Türkiye).
37. Sleeman, K. E., De Brito, M., Etkind, S., Nkhoma, K., Guo, P., Higginson, I. J., ... & Harding, R. (2019). The escalating global burden of serious health-related suffering: projections to 2060 by world regions, age groups, and health conditions. *The Lancet Global Health*, 7(7), e883-e892
38. Stjernswärd, J., Foley, K. M., & Ferris, F. D. (2007). The public health strategy for palliative care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(5), 486-493.
39. Soikkeli-Jalonen, A., Stolt, M., Hupli, M., Lemetti, T., Kennedy, C., Kydd, A., & Haavisto, E. (2020). Instruments for assessing nurses' palliative care knowledge and skills in specialised care setting: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 29(5-6), 736-757.
40. Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. (6. Baskı). Boston, Pearson.
41. Thi Thanh Vu, H., Hoang Nguyen, L., Xuan Nguyen, T., Thi Hoai Nguyen, T., Ngoc Nguyen, T., Thi Thu Nguyen, H., ... & CM Ho, R. (2019). Knowledge and attitude toward geriatric palliative care among health professionals in Vietnam. *International Journal of Environmental Research And Public Health*, 16(15), 2656.
42. Türkiye İstatistik Kurumu (2023) <https://data.tuik.gov.tr>. Erişim Tarihi: 01.09.2023.
43. Ullrich, A., Schulz, H., Goldbach, S., Hollburg, W., Rommel, A., Müller, M., ... & Oechsle, K. (2021). Need for additional professional psychosocial and spiritual support in patients with advanced diseases in the course of specialist palliative care—a longitudinal observational study. *BMC Palliative Care*, 20(1), 1-13.
44. Üysal, İ., & Kılıç, A. (2022). Normal dağılım ikilemi. *Anadolu Journal of Educational Sciences International*, 12(1), 220-248.
45. Ütebey, G. (2022). Aile hekimi ve anestezi hekimlerinin palyatif bakım merkezlerine hasta yönlendirme konusundaki görüşleri: anket çalışması. *Journal of Anesthesia/Anestezi Dergisi (JARSS)*, 30(1) 16-21.
46. van der Stap, L., de Heij, A. H., van der Heide, A., Reyners, A. K., & van der Linden, Y. M. (2023). Barriers and facilitators to multidimensional symptom management in palliative care: A focus group study among patient representatives and clinicians. *Palliative & Supportive Care*, 21(4), 616-627.
47. Worldwide Hospice Palliative Care Alliance (WHPCA) (2020). *Global Atlas of Palliative Care*, Editör: Stephen R. Connor, 2nd Edition, London, UK. Erişim Adresi: <https://thewhpc.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020/> Erişim Tarihi: 09.10.2023.
48. Yaşar, N. ve Akın, S. (2023). Palyatif bakım servisinde yatarak tedavi gören hastaların eğitim gereksinimleri ve semptom deneşiminin değerlendirilmesi. *Sağlık ve Toplum Dergisi*, 33(1), 115-123.
49. Nakazawa, Y., Miyashita, M., Morita, T., Umeda, M., Oyagi, Y., & Ogasawara, T. (2009). The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliative medicine*, 23(8), 754-766.
50. Yoong, S. Q., Schmidt, L. T., Devi, K. M., & Zhang, H. (2023). Using palliative and end-of-life simulation to enhance pre-licensure nursing students' emotional intelligence, palliative care knowledge and reflective abilities: A single group, pretest-posttest study. *Nurse Education Today*, 130, 105923.

## Sağlıkta Dijitalleşme Geçici Bir Yenilik mi, Kalıcı Bir Değişim mi? İngiltere Üzerine Bir Değerlendirme

Ali GÜVEN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Düzce Üniversitesi

Sorumlu Yazar: d.aliguven@gmail.com

Bu çalışmanın amacı sağlıkta dijitalleşme konusunun geçici bir yenilik (moda) kavramı olarak mı yoksa kalıcı bir değişiklik ortaya koyabilecek bir uygulama olarak mı değerlendirildiğini belirlemektir. Amaca ulaşabilmek için nitel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Araştırma deseni olarak durum (örnek olay) analizi, araştırma birimi olarak ise İngiltere seçilmiştir. Veri toplamak için doküman incelemesine başvurulmuştur. Verilerin analizi için betimsel analiz tekniği kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre İngiltere sağlık otoritesinin dijitalleşmeyi sağlık sisteminin geliştirilmesi ve yeni iş modellerinin oluşturulması için kalıcı bir uygulama olarak değerlendirdiği, bu bağlamda sağlık hizmetlerinin geleceğiyle ilgili vizyonda dijitalleşmeye ağırlık verdikleri anlaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlıkta Dijitalleşme, Sağlık Politikası, Değişim, İngiltere,

### Is Digitalization in Health a Temporary Innovation or a Permanent Change? An Evaluation of England

The aim of this study is to determine whether the issue of digitalization in health is considered as a temporary innovation (fashion) concept or as an application that can bring about a permanent change. Qualitative research methods were used to reach the goal. Case analysis was chosen as the research design and England was chosen as the research unit. Document analysis was used to collect data. For the analysis of the data, the descriptive analysis technique was used. According to the research findings, it is understood that the UK health authority considers digitalization as a permanent application for the development of the health system and the creation of new business models, and in this context, they focus on digitalization in the vision of the future of health services.

**Keywords:** Digitalization in Health, Health Policy, Change, England,

Global sağlık sektörü yaşlanan nüfus, artan maliyetler, sağlık sistemleri alt yapılarında yaşanan aksaklıklar ve yetişmiş sağlık iş gücü yetersizliği gibi faktörlerle baskı altındadır. Küresel ısınma, finansal krizler, insan alışkanlıkları ve davranışları gibi doğal, ekonomik ve sosyo-kültürel etmenler de sağlık sistemleri üzerindeki baskıyı arttırmaktadır (Brucher ve diğ., 2019). Bu zorlukların yanı sıra, Covid-19 pandemisi de sağlık sektöründe yaşanan sorunların daha belirgin hale gelmesine neden olurken, ülkeleri sağlık sistemleriyle ilgili aksaklıklarla yüzleşmek zorunda bırakmıştır (Lucero-Prisno ve diğ., 2023). Teknolojinin yoğun olarak kullanıldığı sağlık sektöründe karşılaşılan zorlukların üstesinden gelebilmek için dijitalleşme bir çözüm olarak öne çıkmaktadır.

Dijitalleşme kavramını “digitization” kelimesiyle ifade edilen ve sayısallaştırmak anlamına gelen, yalnızca analog verilerin dijital hale getirilmesine indirgemek, kavramın doğru anlaşılmasını zorlaştırmaktadır (Schumacher ve diğ., 2016). Dijitalleşme sayısallaştırmayı da içine alan ve “digitalization” kelimesiyle ifade edilen çok boyutlu geniş bir anlamda karşımıza çıkmaktadır. İş yapma şekillerindeki dönüşümü ifade eden dijitalleşme, dijital teknolojilerden yararlanarak yeni iş modellerinin geliştirilmesi, uygulanması ve benimsenmesini kapsayan bir süreç olarak tanımlanabilir (Gartner, 2023; Hoe, 2020). Dijitalleşme teknolojik gelişmelerden beslenmektedir ve iş yapış süreçlerinin yeni teknolojilere adaptasyonunu ifade etmektedir. 21. yüzyılda dördüncü sanayi devrimini oluşturan teknolojiler dijitalleşmeyi mümkün kılan, tetikleyen ve yönlendiren unsurlar olarak öne çıkmaktadır (Johansson ve diğ., 2019). Bu teknolojilerin kullanım alanlarının çeşitlenmesi ve genişlemesiyle birlikte dijitalleşme tüm sektörlerde hız kazanmıştır.

Dijitalleşmenin hız kazandığı sektörlerin birisi de, yenilikçi teknolojilerin gelişimde öncülük eden ve teknolojinin yoğun şekilde kullanıldığı sağlık sektörüdür. Sağlıkta dijitalleşme, sağlık hizmeti üretim sürecinin her aşamasında dijital teknolojileri kullanarak, yeni iş yapma şekilleri geliştirmek, teknoloji odaklı bir bakış açısı ortaya koymak olarak tanımlanabilir. Temelinde bireyin sağlık hizmetlerine uzaktan erişimini ifade eden teletıp uygulamalarının 20. yüzyılın başında bireysel örneklerinin görüldüğü dikkate alındığında (Artvinli Ve Şenyürek, 2021) sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin yüz yılı aşkın bir tarihi olduğunu söylemek mümkündür. Teletıp örneğinde kablolu telefonların yerini kablosuz telefonların aldığı, sonrasında internet, sensörler, bulut bilişim gibi yeni teknolojilerle uzaktan sağlık uygulamalarının da geliştiği görülmektedir. Teknolojik gelişmelerden etkilenen dijitalleşme sürecinin değişken yapısına uygun olarak teletıp, tele sağlık ve e-sağlık gibi kavramlar altında uzaktan sağlık hizmetleri de gelişmiş ve değişmiştir (Dilbaz ve diğ., 2020). Uzaktan sağlık hizmeti sunumu sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin önemli bir boyutu olmakla birlikte, teşhis aşamasında karar vermeden tedavi süreci geliştirmeye ve izlemeye, cerrahi operasyonlardan tıbbi cihaz takip ve yönetimine kadar sağlık hizmetlerinin her aşamasında dijital teknolojilerin kullanımı yaygınlık kazanmaktadır. Sağlıkta dijital teknolojiler sağlık profesyonellerini, sağlık işletmesi yöneticilerini ve sağlık hizmeti tüketicilerini etkilemektedir. Buradan hareketle sağlık alanında dijitalleşmenin tıbbi, yönetsel ve sosyal boyutlarının olduğunu söylemek mümkündür. Dijitalleşmenin sağladığı avantajlar, sağlık alanında dijitalleşmenin geniş etkisini ve yaygınlığını açıklamaya yardımcı olacaktır.

Sağlık sektöründe dijitalleşme anlık veri üretimi, verilerin paylaşılması, saklanması ve kullanılmasına imkân vermektedir. Verilerle ilgili bu durum sağlık profesyonelleri, yöneticiler ve sağlık hizmeti tüketicilerine farklı avantajlar sağlamaktadır. Sağlık verilerinin

miktarı ve niteliği arttıkça hekimler daha doğru ve hızlı teşhis koyabilmekte ve daha uygun tedavi süreçleri planlayabilmektedirler (Chang,2020). Hekimler bu aşamada klinik karar destek sistemlerinden de faydalanabilmektedirler. Sağlık hizmetlerinde dijitalleşme dokümantasyon işlerini azaltmakta, sağlık profesyonelleri uzmanlık alanlarına odaklanma imkânı bulmaktadırlar. Böylece bir taraftan rutin iş yükleri azalırken, diğer taraftan üretkenlik artmaktadır (Glauner ve diğ., 2021)

Sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi uzaktan hasta takibini de mümkün kılmaktadır. Bu durum yaşanan nüfusla birlikte artan kronik hastalıkların yönetilmesini kolaylaştırmaktadır. Özellikle evde bakım hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla birlikte kronik hastalıklara sahip olan hastaların yaşam kalitesi artmaktadır (Peyroteo ve diğ., 2021). Dijital teknolojilerin gelişmesiyle yaygınlaşan evde bakım hizmetleri, uzaktan hasta takibi gibi uygulamalar sağlığa erişimi kolaylaştırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi kişinin birçok alanda sağlık hizmetine erişebilmesi için fiziksel olarak hizmet sunucusuna ulaşması zorunluluğunu ortadan kaldırmaktadır (Zippel-Schultz ve diğ., 2019). Bu durum hastalar için sağlık hizmeti almanın maliyetini düşürürken aynı zamanda hasta ve hekim etkileşimi de güçlenmektedir.

Güçlenen etkileşimde hastanın rolü dijitalleşmeyle birlikte değişmektedir. Cep telefonları, mobil uygulamalar, taşınabilir tıbbi cihazlar, giyilebilir teknolojiler hastalara kendi sağlık verilerini izleyebilme imkânı vermektedir. Dijital teknolojilerin kullanımının yaygınlaşmasıyla hastalar kendi sağlıklarıyla ilgili daha çok bilgiye sahip olmaktadır ve sağlık durumlarını yönetme yetenekleri artmaktadır. Böylece hasta hekim etkileşiminde yaşanan bilgi asimetrisi azalırken, hastalar sağlık hizmeti süreçlerinde daha aktif yer alabilmekte, hastaların rolü itaatkârlıktan talep kârlığa doğru evirilmektedir (Zanutto, 2019; Brucher ve diğ., 2019).

Bu durum sağlık hizmeti sunum süreçlerinin odağının hizmet sunucusundan tüketiciye doğru kayması sağlamaktadır. Dijitalleşmenin sağladığı bir başka avantaj da artan hasta verileriyle birlikte sağlığın daha fazla kişiselleştirilmesidir. Hekimler jenerik uygulamalar yerine hastaya en uygun tedavi yöntemini planlarken, dijital sağlık teknolojileri sayesinde hastaların tedaviye uyumları da izlenebilmektedir. Bu izleme sürecinde kontrol edilebilen davranışlardan birisi de ilaç kullanımınıdır. Hastaların ilaçları reçeteye uygun şekilde kullanımının izlenmesi, tedavi sürecinin başarıya ulaşmasını kolaylaştırırken, yanlış ilaç kullanımının doğurabileceği sorunların ve maliyetlerin de önüne geçilmektedir (Johnson,2021).

Sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesi yönetsel açıdan da çeşitli avantajlar sağlamaktadır. Veri akışının hızlanmasıyla birlikte idari kararların hızı da artmaktadır. Dijital teknolojiler üretilen hizmetin kalitesini arttırırken, çalışanların iş yükünü azaltmaktadır. Yeni teknolojilerle birlikte hastane içinde kullanılan tıbbi cihazların uzaktan izlenmesi, cihazların daha verimli kullanılmasına imkan sağlamaktadır. Yalnızca tıbbi cihazların değil sarf malzemelerinin de takibinin kolaylaşmasıyla birlikte stok yönetiminde etkinlik artmaktadır (Paris, 2017; Visconti ve Morea, 2020; Schmid ve Fried, 2019).

Dijital sağlık hizmetlerinin sağladığı avantajların yanı sıra, dijitalleşme sürecinde karşılaşılan bazı zorluklar da söz konusudur. Yeni teknolojilerin satın alma ve elde tutma maliyetlerinin yüksek olması bu zorluklardan birisidir. Bu durum yeni sağlık teknolojilerinin kullanım yaygınlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (Blix ve Levy, 2018; Lorenzoni ve diğ., 2019).

Dijital sağlık teknolojilerinin kullanımının yaygınlaşması bu teknolojilerin veriye dayalı ilerleyişini ve gelişimini hızlandırmada ve ölçek ekonomisine uygun olarak üretim maliyetlerinin düşmesinde etkilidir. Yasal mevzuatların teknoloji gelişim hızına ayak uyduramaması işleyişte bazı boşlukların doğmasına neden olabilmektedir. Bu durum güncel sorunların çözümü ve ihtiyaçların karşılanması noktasında yasal düzenlemelerin yetersiz kalmasına sebep olmaktadır (Williatte, 2017). Sağlıkta dijital teknolojilerin kullanımında karşılaşılan bir başka sorun adaptasyondur. Yeni iş yapış şekilleri getiren sağlıkta dijitalleşme süreci hem hizmet sunucuları hem de sağlık hizmeti tüketicileri içinde değişime karşı dirence sebep olabilmektedir (Güven ve Kılınc, 2022).

Dijitalleşme pek çok farklı cihazın birlikte uyum içinde çalışmasını gerektirmektedir. Bu bütünleşme dijitalleşme sürecinde çeşitli cihaz ve teknolojilerin her birisini vazgeçilmez hale getirmektedir. Yeterli teknolojik altyapının olmayışı, mevcut altyapının ihtiyaçlara cevap verememesi de sağlık hizmetlerinde dijitalleşmenin önündeki zorluklardan birisidir. Cihazlar arasında birlikte çalışabilirliğin olmayışı, dijitalleşme için gerekli olan cihazlar arası bütünleşme engellemekte, bu durum da sağlık hizmetlerinde dijitalleşme sürecini zorlaştıran bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Dijitalleşme sürecinin odağında veri olduğundan, sağlık hizmetlerinin dijitalleşmesinde veri güvenliğinin sağlanması önemli bir zorluktur. Sağlık verilerinin potansiyel kötüye kullanımı ve hasta mahremiyeti göz önüne alındığında sağlık alanında veri güvenliğinin önemi daha da artmaktadır (Monnet ve Very, 2017).

## Yöntem

Bu araştırmanın amacı; dijital dönüşümünün sanayi ve hizmet sektörlerinde yoğun bir biçimde tartışıldığı bir dönemde sağlıkta dijitalleşme konusunun geçici bir yenilik (moda) kavramı olarak mı yoksa kalıcı bir değişiklik ortaya koyabilecek bir uygulama olarak mı değerlendirildiğini belirlemektir.

Bu amacı gerçekleştirebilmek için nitel araştırma yöntemleri kullanılmıştır. Bu kapsamda bir durumu kendi sınırları içinde bütüncül olarak analiz etmeye odaklandığı için durum (örnek olay) çalışması araştırma deseni olarak tercih edilmiştir (Kurtça ve Ekşi, 2021). Yine bu bağlamda araştırma birimi olarak İngiltere belirlenmiştir. İngiltere'nin araştırma birimi olarak ele alınmasının nedenleri;

Gelişmiş yedi ülke içerisinde yer alması nedeniyle dijital dönüşümü destekleyebilecek teknoloji birikiminin olması,  
Gelişmiş yedi ülke içerisinde tarihi arka planı ile birlikte çok kapsayıcı ulusal sağlık sistemine sahip olması,

Yukarıda sıralanan iki nedene rağmen Covid 19 pandemi dönemi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumunda büyük sorunlar yaşanması,

Belirtilen sorunları aşmak için sağlıkta dijitalleşme çabalarını arttırması, şeklinde açıklanabilir.

Araştırma birimi olarak belirlenen İngiltere’de araştırma amacını ulaştırmayı sağlayacak veriler doküman incelemesi (analizi) ile elde edilmiştir. Doküman incelemesi, araştırılması amaçlanan olgu ya da olaylar ile ilgili bilgi içeren yazılı ya da görsel kaynakların incelenmesini kapsamaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2013). Bu çalışmada incelemeye tabi tutulan dokümanlar ise hali hazırda geçerliliği olan sağlık strateji belgeleri olarak belirlenmiştir. Bahsi geçen belgeler ülkenin en üst düzey sağlık otoritesi tarafından ülke hükümetinin inisiyatifi dâhilinde oluşturulduğu ve uygulandığı için temel dokümanlar olarak kabul edilmiştir.

Bu dokümanlar sağlıkta dijitalleşme vizyonunun ortaya konulması kadar bu vizyonun hayata nasıl geçirileceğini gösteren uygulamaları da içermesi açısından önemlidirler. Dolayısı ile doküman analizinde kriterler; stratejik amaçlar, stratejik hedefler ve uygulama planları olarak seçilmiştir. Bu kriterler üzerinden veri seti oluşturulmuş ve bu sette yer alan veriler betimsel analiz yöntemi ile analiz edilmiştir.

### Bulgular

Yöntem bölümünde belirtilen kriterlere uygun yalnızca bir dokümana ulaşılmıştır. İngiltere Sağlık Bakanlığı’nın internet sayfasından ulaşılan doküman Ulusal Sağlık Servisi Uzun Dönemli Plan (The NHS Long Term Plan) olarak adlandırılmakta ve 2020 ile 2030 yılları arasında kapsamaktadır. Detaylı şekilde ele alınan bu strateji belgesi kapsamında dijitalleşmeye atf yapılan; beş stratejik amaç ve bu amaçları gerçekleştirmek için belirlenmiş on beş tane stratejik hedefin olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca belirtilen stratejik hedeflerin nasıl hayata geçirileceğini belirten kırk yedi adet eylem tanımlandığı belirlenmiştir.

Tablo 1’de yer aldığı üzere İngiltere öncelikle sağlıkta dijitalleşme ile sağlık hizmetleri alanların (bireylerin) kendi sağlıkları konusunda daha fazla bilgiye sahip olmalarını ve sağlıkları ile ilişkili konuları yönetebilmelerini amaçlamaktadır. Bunun için de sağlık bilgi kayıtlarının tutulmasından dijital olarak etkinleştirilecek terapi modellerine kadar uzanan yedi eylem tanımlanmaktadır.

**Tablo 1. Dijitalleşme İle Sağlık Hizmeti Tüketicilerini Güçlendirmeye Yönelik Çabalar**

Stratejik Amaçlar İçinde Dijitalleşmeye Atf	Stratejik Hedefler İçinde Dijitalleşmeye Atf	Uygulama Planları İçinde Dijitalleşmeye Atf
İnsanları (Sağlık Hizmeti Tüketicileri) Güçlendirmek	İnsanların sağlık bilgisine erişimini ve etkileşimini kolaylaştırmak. Bireylerin kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini arttırarak, sağlıklarını yönetebilme becerilerini geliştirmek	İnsanların sağlık bilgilerini, uygulamaları bulması ve NHS hizmetlerine erişmek için kaydolması için güvenilir bir platform sağlayacağız(NHS Uygulaması App.) Ailelerin kullanımına sunulacak ve çocukların gelişiminin takip edileceği Kişisel Sağlık Kaydı sistemi kurulması Dijital diyabet önleme programı Depresyon ve anksiyete bozuklukları için dijital olarak etkinleştirilmiş terapi modelleri sunan bir dizi teknolojinin desteklenmesi Özet Bakım Kaydı uygulaması, uzun dönem evde bakım hastaları için hatırlatıcı, yönlendirici uygulamalar geliştirilmesi Kişisel Sağlık Kayıtlarının (Personal Health Records) tartı, tansiyon aleti gibi ekipmanlardan gelecek verileri de işleyebilecek şekilde geliştirilmesi Kanser teşhisi konan herkesin, tedavi sürecini takip edebileceği dijital bir programa kaydedilmesi (NHS Comprehensive Model for Personalised Care)

Ayrıca İngiltere sağlıkta dijitalleşme sürecinde sağlık profesyonellerinin mesleki olarak geliştirilmesi üzerine de odaklanmıştır. Tablo 2’de yer alan veriler üzerinden dijitalleşme ile birlikte sağlık çalışanlarının; hem hastalara yoğunlaşmaları, hem iş yüklerinin azaltılması hem de becerilerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Bu doğrultuda personelin bakım sürecinde ihtiyaç duyduğu tüm tıbbi bilgilere erişimini sağlayacak şekilde klinik süreçleri optimize etmek ve dijital hizmetlere mobil erişimin sağlanması yoluyla sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını daha esnek hale getirmek benzeri uygulamalar belirlenmiştir.

**Tablo 2. Dijitalleşme İle Sağlık Profesyonellerinin Desteklenmesine Yönelik Çabalar**

Stratejik Amaçlar İçinde Dijitalleşmeye Atıf	Stratejik Hedefler İçinde Dijitalleşmeye Atıf	Uygulama Planları İçinde Dijitalleşmeye Atıf
Sağlık profesyonellerinin desteklenmesi	Sağlık profesyonellerinin idari yüklerinin azaltılması Sağlık profesyonellerinin hasta bakımına odaklanmalarını sağlamak Sağlık profesyonellerine becerilerini artırma fırsatları sunmak	Hali hazırda kullanılan ve çalışanlar için süreçleri zorlaştıran/yavaşlatan mevcut hantal teknolojilerin yenilenmesi Personelin bakım sürecinde ihtiyaç duyduğu tüm tıbbi bilgilere erişimini sağlayacak şekilde klinik süreçleri optimize etmek Dijital hizmetlere mobil erişimin sağlanması yoluyla sağlık çalışanlarının çalışma koşullarını daha esnek hale getirmek NHS Dijital Akdemi Programını güçlendirip genişleterek personelin dijital becerilerini arttırmak, dijital okur-yazar işgücü yaratmak Sağlık bakım çalışanlarına hizmet içi "dijital eğitimi" vermek/arttırmak/yaygınlaştırmak

Sağlık hizmeti alanların ve verenlerin dijitalleşme ile birlikte daha etkin hale getirilmesinin ötesinde sağlıkta dijitalleşme ile İngiltere yeni bir iş modeli (sağlık hizmeti sunum modeli) ortaya koymak istemektedir. Tablo 3’de açıklanan veriler bu iş modelinin yüz yüze ve ayakta tedavi modellerini azaltacak ve sağlık hizmetlerinin mümkün oldukça uzaktan yapılmasını sağlayacak hedefleri içerdiğini göstermektedir. İngiltere bu çerçevede; aile hekimlerini dijital olarak erişilebilir hale getirilmesinden hizmet olarak yazılımın (Software as a Service (SaaS)) teşvik edilerek mobil uygulamaların yaygınlaşmasını sağlamaya kadar dokuz tane eylem gerçekleştirecektir. Tablo 3’den anlaşılacağı üzere dijitalleşme sürecinde en yoğun çaba yeni iş modellerinin oluşturulmasına verilmektedir.

**Tablo 3. Dijitalleşme İle Yeni Bir İş Modeli (sağlık hizmeti sunum modeli) Geliştirmeye Yönelik Çabalar**

Stratejik Amaçlar İçinde Dijitalleşmeye Atıf	Stratejik Hedefler İçinde Dijitalleşmeye Atıf	Uygulama Planları İçinde Dijitalleşmeye Atıf
>Yeni bir iş modeli (sağlık hizmeti sunum modeli) geliştirmek	Klinik yüz yüze bakımı kademeli bir üst basamak sağlık hizmetine dönüştürmek Sağlık hizmeti sunumunun her aşamasında "önce dijital" anlayışıyla klasik uygulamaları revize etmek Önümüzdeki beş yıl içinde yüz yüze ayakta tedavi sayılarını üçte bir oranında azaltmak, yılda 30 milyon ayakta tedaviyi ortadan kaldırmak	Aile hekimlerini dijital olarak erişilebilir hale getirmek Elektronik hasta kaydı sisteminin güçlendirilmesi ve yaygınlaşmasını sağlamak Hizmet olarak yazılımın (Software as a Service (SaaS)) teşvik edilerek mobil uygulamaların yaygınlaşmasını sağlamak Birlikte çalışabilirliğe dayalı zorunlu standartlar ve teknik gereksinimler geliştirilerek tröstlerin dijitalleşme sürecinin hızlandırılması Tröstlere dijitalleşme sürecinde merkezi finansman sağlanması Takip randevularının yerini alacak sanal kliniklerin kurulması ve yaygınlaştırılması (Bradford’da yürütülen sanal ortopedi klinikleri, Tower Hamlets’teki sanal nefroloji kliniği vb.) Dijital tedarikçilerin platformlarını birinci basamak ağlarına standart NHS koşullarında sunmaları için yeni bir çerçeve oluşturmak Aile hekimlerinin dijital sağlık hizmetleri kullanımında finansman adaletsizliği yaratmayan bir ödeme sisteminin geliştirilmesi Bakım Evlerinde Gelişmiş Sağlık (Enhanced Health in Care Homes - EHCH) programını tüm ülkede kullanıma sunarak birinci basamak sağlık işletmeleriyle yerel bakım evleri arasında anlık, sürekli, uzaktan iletişim ve etkileşimi sağlamak.

İngiltere sağlıkta dijitalleşme süreci üzerinden yeni iş modellerini hayata geçirmek isterken hizmet kalitesini arttırmayı ve kaliteli hizmetin sürekliliğini de sağlamayı amaçlamaktadır. Tablo 4’de sıralandığı üzere bu amaca ulaşmak için oldukça iddialı eylemler planlanmıştır. Bunlara örnek olarak ‘uzaktan hasta izleme sistemleriyle özellikle yaşlılarda, müdahale gerektiren akut durumları izleme ve hızlı müdahale edebilme’ ile ‘kliniklerin yapay zeka destekli karar destek sistemlerinin kullanımının yaygınlaştırılması’ verilebilir.



**Tablo 4 - Dijitalleşme İle Üretilen Hizmetin Kalitesini Arttırmaya ve Sürdürmeye Yönelik Çabalar**

Stratejik Amaçlar İçinde Dijitalleşmeye Atf	Stratejik Hedefler İçinde Dijitalleşmeye Atf	Uygulama Planları İçinde Dijitalleşmeye Atf
Üretilen hizmetin kalitesini arttırmak ve sürdürmek	Teşhislerin hızının ve başarısının artırılması Sunulan sağlık hizmetinin kişiselleştirilmesi Hizmete erişimin kolaylaşması Hasta güvenliğinin iyileştirilmesi	<p>Kanser teşhisi konulan bireyler Kişiselleştirilmiş Bakım için Kapsamlı NHS Modeli'ne kayıt olarak tedavi süreçlerinin izlenmesi ve yönetilmesinde söz sahibi olabilmesi</p> <p>Kanser hastaları dijital platformlar aracılığıyla ihtiyaç duydukları her an bir sağlık profesyonelinin desteğine online olarak olabilmeleri</p> <p>İleri teknolojilerin kullanıldığı Hızlı Teşhis Merkezleri (Rapid Diagnostic Centres) ülke geneline yayılarak, 2028 yılında NHS kanser vakalarının %75'inin 1. veya 2. evrede teşhis edilmesini sağlayacak.</p> <p>NHS Genom Programı aracılığıyla genetik kardiyovasküler rahatsızlığı olan bireylerin erken teşhisi</p> <p>Dijital NHS platformlarının geliştirilmesi, artırılması ve yaygınlaştırılması</p> <p>Klinisyenlerin bugünkü idari güçlükler olmadan, hasta kayıtları ve bakım planlarına dijital ortamda erişebilmeleri</p> <p>Klinisyenlerin yapay zeka destekli karar destek sistemlerinin kullanımının yaygınlaştırılması</p> <p>Genom testlerinin ülkenin her yerinde yaygınlaştırılması ve kullanımının kolaylaştırılması</p> <p>Tüm NHS sistemleri ve personeli için zorunlu olacak siber güvenlik standartları geliştirmek ve sürekli güncellemek.</p> <p>Yeni teknolojilerle daha karmaşık testlerin daha kısa sürelerde ve daha yüksek doğruluk oranlarıyla yapılabilmesi</p> <p>Uzaktan hasta izleme sistemleriyle özellikle yaşlılarda, müdahale gerektiren akut durumları izleme ve hızlı müdahale edebilme</p> <p>&gt; Bütün teknoloji tedarikçilerinin uymak zorunda olacakları standartlar oluşturmak ve güncellemek</p> <p>&gt; Yeni teknolojiler yardımıyla tedavi sürecinde invaziv yöntemlere daha az başvurulacak (ancak gerekli olduklarında), böylece hastalara gereksiz yere zarar verilmesi önlenecek</p> <p>&gt; Hasta Güvenliği Olay Yönetim Sistemi (mevcutta olan Ulusal Raporlama Ve Öğrenme Sistemi'nin yerine geçecek) toplanan verileri makine öğrenme ile analiz ederek öngörülerde bulunmak yoluyla hasta güvenliğini iyileştirmek</p>

Son olarak İngiltere'nin sağlıkta dijitalleşme sürecini verimlilik üzerine kurduğu anlaşılmaktadır. Tablo 5 İngiltere'nin dijitalleşme ile birlikte sağlık alanında çalışan verimliliği ve finansal verimliliğine sağlamak istediği ortaya koymaktadır.

**Tablo 5 - Dijitalleşme İle Verimliliğin Arttırılmasına Yönelik Çabalar**

Stratejik Amaçlar İçinde Dijitalleşmeye Atf	Stratejik Hedefler İçinde Dijitalleşmeye Atf	Uygulama Planları İçinde Dijitalleşmeye Atf
Verimliliğin arttırılması	Sağlık çalışanlarının verimliliğinin arttırılması Finansal verimliliğinin arttırılması Toplumda sağlık sorunlarından kaynaklanan işgücü kaybının azaltılması	Dijitalleşmeyle birlikte sağlık hizmeti sunucuları ve paydaşları (aile hekimlikleri, tröstler, belediyeler, merkezi yönetim vb.) arasında entegrasyonun artması ve gereksiz talebin önlenmesi Uzaktan hasta bakımının yaygınlaştırılmasıyla işlem maliyetlerinin düşürülmesi Uzaktan hasta bakımıyla bürokratik süreçlerin kısalması, idari iş yükünün azalması Mobil uygulamalar aracılığıyla klinisyenlerin çalışma sürelerinin esnetilmesi ve üretkenliklerinin arttırılması Dijital tıbbi görüntüleme hizmeti altyapısına yatırım yapmak Elektronik reçete sistemine geçerek ilaç hatalarını azaltmak Reçetelerin takip edilmesinde yapay zeka kullanarak tekrar ilaç yazımlarının ve dolandırıcılığın önüne geçmek Akıllı enerji yönetim sistemlerine geçiş yaparak enerji verimliliğini iyileştirme (NHS karbon ayak izini 2007'ye göre üçte bir oranında azaltmak) Hasta Güvenliği Olay Yönetim Sistemi (makine öğrenme, yapay zeka) ile hasta güvenliğini riske atan tıbbi hataların azaltılması ve bunların neden olduğu maliyetlerin ortadan kaldırılması Entegre Bakım Sistemleri (Integrated Care Systems ICS) sayesinde sağlık hizmetlerinde gereksiz tekrarların önüne geçilmesi (Hastane Bilgi Sistemleri) ICS yardımıyla şeffaflığın arttırılması, sağlık hizmeti sunumundaki paydaşlar arasında iletişimin güçlendirilmesi Yerel NHS birimlerinin entegre çalışmasıyla malzeme alımlarında maliyetlerin düşürülmesi, parçalı siparişler ve bunların getirdiği maliyetlerin azaltılması

Son olarak İngiltere'nin sağlıkta dijitalleşme sürecini verimlilik üzerine kurmak istediği anlaşılmaktadır. Tablo 5 İngiltere'nin dijitalleşme ile birlikte çalışan ve finansman verimliliğini artırmanın yanı sıra iş gücü kayıplarının azaltılarak ekonomik hayatta da verimliliği yükseltmek gayretinde olduğu görülmektedir.

### Sonuç

Bu çalışma ile sağlıkta dijitalleşmenin geçici bir yenilik mi yoksa kalıcı değişiklik ortaya koyabilecek bir uygulama mı olduğu anlaşılmaya çalışılmıştır. Bu doğrultuda teknoloji geliştirme kapasitesi yüksek ve ulusal sağlık hizmeti açısından geniş bir kapsayıcılığı olan İngiltere üzerinde nitel araştırma yöntemleri içerisinde durum analizi deseni kullanılarak bu araştırma yapılmıştır. Sonuçta İngiltere'nin sağlıkta dijitalleşmeyi çok önemseydiği ve konuyu; hasta, sağlık çalışanları ve sağlık hizmetleri bağlamında bir sistem çerçevesinde ele aldığı ortaya çıkmıştır. Dijitalleşme ile hastaların bilinçlendirilmesi ve mümkün olduğunca uzaktan hizmet alabilir hale gelmeleri, sağlık çalışanlarının güçlendirilmesi ve sağlık sisteminin sunduğu hizmetlerin kalitesini ve verimliliğinin arttırılması yanı sıra maliyetlerin düşürülmesi amaçlanmaktadır. Bunlarla birlikte İngiltere örneğinin en önemli sonucu İngiltere'nin sağlıkta dijitalleşmeyi yeni bir iş modeli ortaya koyacak bir fırsat olarak değerlendirdiğinin tespit edilmesidir. Bu durum konunun moda bir kavram olarak ele alınmadığını tam tersine dönüşüm ve değişim gerçekleştirecek stratejik bir bakış açısı içerdiğini göstermektedir. Sonuç olarak sağlıkta dijitalleşme konusu yakın geleceğin temel sağlık yönetim konuları içerisine girebilecektir.

### Kaynaklar

1. Artvinli, F., Şenyürek, G. (2021). *Yakın Geleceğin Uzak Geçmiş: Telesağlık Tarihi (Telesağlık Temel Başvuru Kitabı, Editörler: Dr. İlker Küçükparlak Dr. Hakan Kardeş, Ankara, Nobel Yayınları)*
2. Blix, M., & Levay, C. (2018). *Digitalization and health care-a report to the swedish government's expert group on public economics. The Expert Group on Public Economics, 6.*
3. Brucher, L., Pontet, K., Mosel, K., & Georges, A. (2019). *A journey towards smart health: the impact of digitalization on patient experience. Deloitte*
4. Chang, A. (2020). *The role of artificial intelligence in digital health. Digital health entrepreneurship, 71-81.*
5. Gartner (2023). *Digitalization. (Erişim: 18.07.2023 Definition of Digitalization - IT Glossary | Gartner)*
6. Glauner, P., Plugmann, P., & Lerzynski, G. (2021). *Digitalization in Healthcare. Springer International Publishing.*

7. Güven, A., & Kiliç, İ. (2022). Sağlık İşletmelerinde Endüstri 4.0 Kapsamında Örgütsel Değişim Üzerine Bir Araştırma. *Uluslararası İşletme Bilimi ve Uygulamaları Dergisi*, 2(2), 89-112.
8. Hoe, S. L. (2020). Digitalization in Practice: The Fifth Discipline Advantage. *The Learning Organization*, 27(1), 54-64.
9. Johansson, N., Roth, E., & Reim, W. (2019). Smart and Sustainable eMaintenance: Capabilities for Digitalization of Maintenance. *Sustainability (Switzerland)*, 11(13).
10. Johnson, K. B., Wei, W. Q., Weeraratne, D., Frisse, M. E., Misulis, K., Rhee, K., ... & Snowdon, J. L. (2021). Precision medicine, AI, and the future of personalized health care. *Clinical and translational science*, 14(1), 86-93.
11. Kurtça, T.T. ve Ekşi, H. (2021). *Durum Çalışması*, İstanbul: Edam.
12. Lorenzoni, L., Marino, A., Morgan, D., & James, C. (2019). Health Spending Projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology.
13. Lucero-Priso III, D. E., Shomuyiwa, D. O., Kouwenhoven, M. B. N., Dorji, T., Odey, G. O., Miranda, A. V., ... & Wong, M. C. (2023). Top 10 public health challenges to track in 2023: Shifting focus beyond a global pandemic. *Public Health Challenges*, 2(2), e86.
14. Monnet, B., Very, P. (2017) Cyber Threats in the Health-Care Industry. *The Digitization of Healthcare: New Challenges and Opportunities*, 371-381.
15. Moro Visconti, R., & Morea, D. (2020). Healthcare digitalization and pay-for-performance incentives in smart hospital project financing. *International journal of environmental research and public health*, 17(7), 2318.
16. Paris, V., Slawomirski, L., Colbert, A., Delaunay, N., & Oderkirk, J. (2017). New health technologies managing access, value and sustainability. *New Heal Technol*, 19-44.
17. Peyroteo, M., Ferreira, I. A., Elvas, L. B., Ferreira, J. C., & Lapão, L. V. (2021). Remote monitoring systems for patients with chronic diseases in primary health care: systematic review. *JMIR mHealth and uHealth*, 9(12), e28285.
18. Rachinger, M., Rauter, R., Müller, C., Vorraber, W., & Schirgi, E. (2019). Digitalization and its influence on business model innovation. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 1143-1160.
19. Schmid, A., & Fried, B. (2020). *Crossing Borders-Digital Transformation and the US Health Care System (Vol. 85)*. PCO-Verlag.
20. Schumacher, A., Sihn, W., & Erol, S. (2016). Automation, digitization and digitalization and their implications for manufacturing processes. *Innovation and Sustainability*.
21. Williatte, L. (2017). Use of New Information and Communication Technologies in the Health Sector: The Legal Reason for Differences Between International and European Standards. *The Digitization of Healthcare: New Challenges and Opportunities*, 381-398.
22. World Economic Forum (2023) *Global Risks Report 2023*. (Erişim: 18.07.2023, [https://www3.weforum.org/docs/WEF\\_Global\\_Risks\\_Report\\_2023.pdf](https://www3.weforum.org/docs/WEF_Global_Risks_Report_2023.pdf))
23. Yıldırım, A. ve Şimşek, H. (2013). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri*, Dokuzuncu Baskı, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
24. Zanutto, A. (2019). 'Two clicks and I'm in!' Patients as co-actors in managing health data through a personal health record infrastructure. *Health Informatics Journal*, 25(2), 389-400.
25. Zippel-Schultz, B., Palant, A., Eurlings, C., Ski, C. F., Hill, L., Thompson, D. R., ... & Brunner-La Rocca, H. P. (2021). Determinants of acceptance of patients with heart failure and their informal caregivers regarding an interactive decision-making system: a qualitative study. *BMJ open*, 11(6), e046160.

NS31

## Azerbaycan Sağlık Sistemi Finansmanı

Mert HOROZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi  
Sorumlu Yazar: mert.horoz@hbv.edu.tr

Azerbaycan genç bir nüfus özelliğine sahiptir. Avrupa bölgesinin en yüksek doğum oranına sahiptir. Nüfusun genç olması Azerbaycan devletinin kalkınması açısından avantaj sağlamaktadır ancak sağlık harcamaları artmaktadır bu durum değişen birçok faktörün etkisiyle gerçekleşmektedir nüfusun genç olması çalışma çağındaki olan nüfusa ekonomik yükü arttırmaktadır. Azerbaycan'da kadın doğum ve çocuk hastaneleri yoğunluğu vardır. OECD ortalaması açısından ortalama çocuk doktoru ve kadın doğum uzmanı açısından ortalamadan üzerindedir. Sağlık harcaması açısından cepten finansman modeli ağırlıklı olarak kullanılmaktadır. Zorunlu sağlık sigortası tespit edilememiş olup gönüllü sigorta oranı ise oldukça düşük olduğu görülmüştür. Gönüllü sağlık sigortası sunan sigorta şirketlerinin sayısı 3 ila 4 baskın oyuncu olmak üzere yaklaşık 12'dir. Yalnızca nispeten sağlıklı kurumsal müşteriler için grup kapsamı sunarlar, bu nedenle bireysel bir gönüllü sağlık sigortası poliçesi bulmak zordur. Yeterli kapsam için fiyatlar nispeten yüksektir ve nüfusun büyük çoğunluğu için karşılanamaz. Bütçe planlaması nüfus sağlığı ihtiyaçlarına dayalı değildir, bu da bütçe fonlarının tahsisinde kişi başına yıllık miktarlar açısından önemli bölgesel eşitsizliklere yol açar. Bu farklılıklardan bazıları, geniş bir hizmet altyapısına sahip ilçelere daha fazla devlet fonu verme eğiliminde olan tarihsel ve girdi temelli bütçeleme süreciyle açıklanabilir. Mevcut ödeme düzenlemelerinde daha iyi performans gösteren tesisleri ödüllendirecek bir mekanizma yoktur. Hizmet sağlayıcılar arasında finansman için herhangi bir rekabet yoktur. Bu nedenlerle, hastanelerde vaka bazlı ödemeler ve birinci basamak hizmetlerinin kişi başına finansmanı gibi çıktı temelli finansman kriterlerine doğru ilerlemek için planlar geliştirilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Azerbaycan, Sağlık Sistemi, Sağlık Finansmanı

## Azerbaijan Health System Financing

Azerbaijan has a young population. It has the highest birth rate in the European region. The fact that the population is young provides an advantage for the development of the Azerbaijani state, but the health expenditures are increasing, this is due to the effect of many changing factors. The young population increases the economic burden on the working age population. There is a high density of maternity and children's hospitals in Azerbaijan. In terms of the OECD average, it is above the average for the average pediatrician and obstetrician. In terms of health expenditure model, out-of-pocket financing model is mainly used. Compulsory health insurance could not be determined and the rate of voluntary insurance was found to be quite low. The number of insurance companies offering voluntary health insurance is about 12, with 3 to 4 dominant players. They only offer group coverage for relatively healthy corporate clients, so finding an individual voluntary health insurance policy is difficult. Prices for adequate coverage are relatively high and unaffordable for the vast majority of the population. Budget planning is not based on population health needs, resulting in significant regional disparities in the allocation of budget funds in terms of annual per capita amounts. Some of these differences can be explained by the historical and input-based budgeting process, which tends to give more government funding to counties with a large service infrastructure. Current payment arrangements do not have a mechanism to reward better performing facilities. There is no competition for financing between service providers. For these reasons, plans are being developed to move towards output-based financing criteria such as case-based payments in hospitals and per capita financing of primary care services.

**Keywords:** Azerbaijan, Health System, Health Financing

## Azerbaycan Sağlık Sistemi Finansmanı

### Temel Sağlık Göstergeleri

Azerbaycan sağlık sistemindeki temel sağlık göstergeleri; Toplam doktor sayısı 31,8 bin kişi; toplam hemşire sayısı 55,7 bin kişidir. Toplam hastane sayısı 570; toplam hastane yatak sayısı 44,3 bin kişi; 10.000 kişiye düşen doktor sayısı 32,0; 10.000 kişiye düşen hemşire sayısı 55,9; 10.000 kişi başına hastane yatak sayısı 44,5'dir (Aztat, 2020). 2014 yılında doğum oranı 1000 kişi başına 18,3, ölüm oranı 5,8 olmuştur. Doğal nüfus artışı, Avrupa ülkeleri arasında en yüksek olan 12,5 olarak tespit edilmiştir. Sağlık hizmetleri için ayrılan bütçe son 5 yılda iki katından fazla artırılmıştır. Bu durum, sağlık tesislerinde çok sayıda inşaat ve bakım-onarım çalışmalarına ve sağlık hizmeti arzını arttırmıştır (Azerbaycan Bilgilendirme Raporu, 2014). Azerbaycan'da 2016 yılında 15-19 yaş arası 1000 kadın başına ergen doğum oranı 52,8'dir. DSÖ 2018 yılı Avrupa bölgesi ergen doğum ortalaması ise 16,6 olarak bildirilmiştir. Bu oranlar kıyaslandığında Azerbaycan oldukça yüksek ergen doğum oranına sahiptir (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.1630AG>, (Erişim tarihi 7.06.2022)).

### Sağlık Hizmeti Örgütlenmesi

Ulusal meclis, başkan, başbakan ve kabineden oluşan üst yönetim, 4 bakanlık ve birimleri ile sağlık hizmetlerini yürütmektedir. Sağlık Bakanlığı: Hijyen ve epidemiyoloji merkezleri, Bakü sağlık hizmetleri, Araştırma enstitüleri, Cumhuriyet hastaneleri idari ve mali açıdan yönetmektedir. Merkezi bölge hastanelerini ise idari açıdan yönetiminden sorumludur. Temel sağlık politikalarından ve sağlık sisteminin yönetiminden sorumludur. Finans Bakanlığı: Köy idari komitesi (köy ayakta bakım kliniği ve ebe hizmet birimleri), Merkezi Bölge Hastaneleri (uzman klinikleri, küçük köy hastaneleri, bölge poliklinikleri) bütçe bakımından bağlıdır.

İçişleri ve Savunma Bakanlığı: Paralel sağlık hizmetleri sununda devlet şirketlerinin (devlet demiryolları ve devlet petrol şirketi) desteğiyle sunulan sağlık hizmetleridir (İbrahimov ve ark., 2010).

### Sağlık Finansmanı

Toplam giderler 2018 yılı 13.371,5 milyon dolar, ekonomi giderleri 4.601,6 milyon dolar, eğitim giderleri 1.156,8 milyon dolar, sağlık giderleri 417,6 milyon dolardır (2018 Aztat verileri). Toplam gelirler 2018 yılı 13.240,5 milyon dolar, diğer gelirler 7.012,7 milyon dolar ile en çok geliri göstermektedir, katma değer vergisi 2.522,1 milyon dolar, kurumlar vergisi 1.470,4 milyon dolar, gelir vergisi 560,1 milyon dolardır. (2018 Aztat verileri), (Nüfus, temel sağlık, finansal gelir gider tablosu) (erişim tarihi 7.06.2022). İlaçlar, toplam sağlık harcamasının önemli bir bileşenidir (2011'de Avrupa ortalaması % 18'dir) ve birçok ülkede cepten harcamaların ana gücünü oluşturur. Örneğin Azerbaycan'da toplam cepten harcamaların yaklaşık % 60'ını oluştururlar. Ülkede, farklı katkı payları olan, sübvansiyonlu veya ücretsiz ilaçların bir listesi vardır ancak ağırlıklı olarak cepten finansman modeli ile ilaca ulaşım söz konusudur (<https://www.who.int/> (erişim tarihi 7.06.2022)).

Hamile kadınlar, doğum ve doğum sonrası kadınlar ve 0-18 yaş arası çocuklar için ilaçlar, gebelik önleyiciler ve benzeri ilaçlar sübvansiyonlu veya ücretsiz ilaçlar listelerinde yer almaktadır. Ancak, temel listelerinde yer alan ilaçların ücretsiz olması gereken Azerbaycan'da, sağlık tesislerindeki ilaç stoklarının yeterli olmaması ve süreç içerisinde hastaları ilaçlarını satın almaya zorladığını ortaya çıkarılmıştır. Prencip olarak, Azerbaycan'daki devlet sağlık tesislerinde sunulan tüm hizmetler tamamen devlet tarafından finanse edilmektedir, ancak temel yardım paketinin kapsamı tam olarak tanımlanmamıştır. GSYH'nin bir oranı olarak sağlık için devlet harcamaları % 1 (2016) Toplam devlet harcamalarının bir oranı olarak sağlık için devlet harcamaları % 2.8 (2017) Cari sağlık harcamalarının bir oranı olarak cepten harcamalar %79 (2016) olarak bildirilmiştir (<https://www.who.int/> (erişim tarihi 7.06.2022)). Kişi başı sağlık harcaması dağılımı 2017 yılında 304 \$ sağlık harcamasının; 2 \$ ön ödemeli özel harcama, 250 \$ cepten harcama, 51 \$ kamu sağlık harcaması, 1 \$ sağlık için kalkınma yardımı şeklinde olmuştur (Tengillimoğlu ve Öztürk 2021; 517). Sağlık Bakanlığı ulusal düzeydeki hizmet sağlayıcıların ve Sıhhi-Epidemiyolojik Hizmetin finansmanından sorumludur. Diğer yasalarla sağlanan paralel hizmetler, nüfusun yaklaşık % 5'ini kapsamaktadır ve özel sağlayıcılar sistemin giderek daha önemli bir parçası olmaktadır. Ayakta tedavi ilaçları ve diş hekimliği gibi bazı tıbbi hizmetler için resmi olarak ve hizmet sağlayıcılar tarafından gayri resmi ücretlerin varlığı tespit edilmiştir (Sovyet Dönemi). Dolayısıyla, cepten harcama ödemeleri hastalara mali bir yük getirmekte ve bakıma muhtaç düşük gelirli gruplar için belirli bir engel oluşturabilmektedir. Sağlık için uluslararası yardımın kesin miktarı bilinmemektedir. Ancak bazı tahminlere göre bu yardım, ülkedeki temel sağlık hizmetlerine yönelik kamu fonlarının % 25'ini temsil ettiği tahmin edilmektedir (İbrahimov, İbrahimova, Kehler, Richardson, 2010).

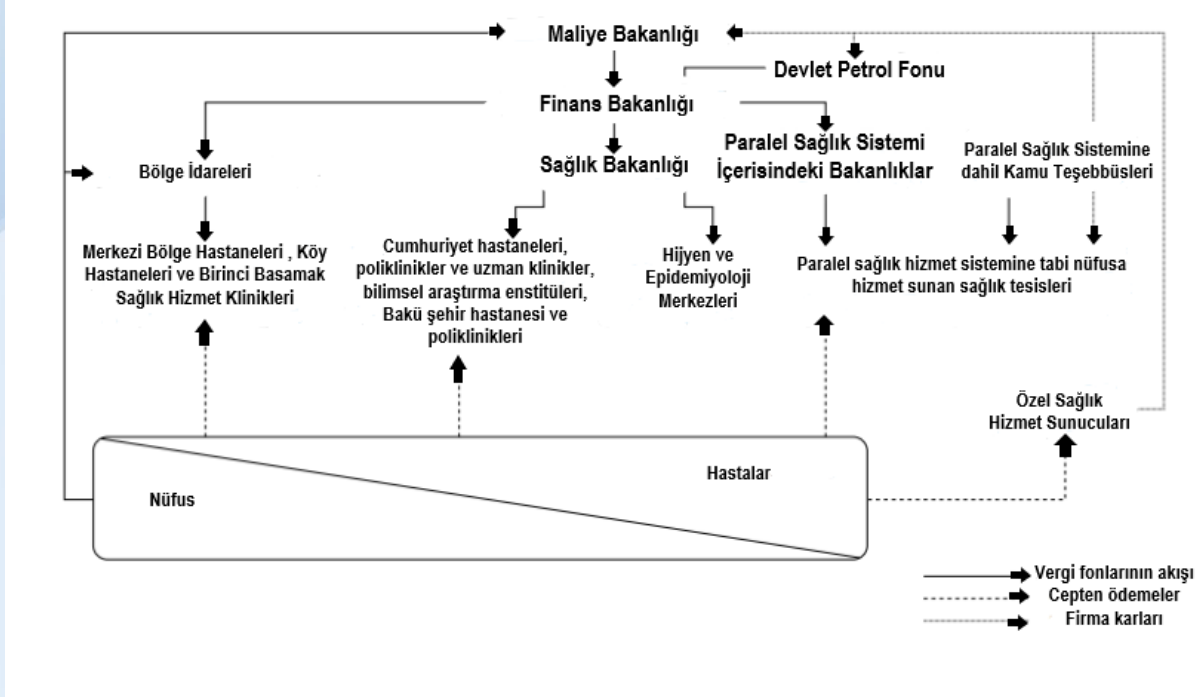
Zorunlu sağlık sigortası; 2017 pilot uygulamayla Mingçeşvir şehri ve Yevlah ilinde 2018 yılında Ağdaş ilinde başlamıştır. Uygulama süresince sigorta primleri alınmıştır. Zorunlu sağlık sigortası 1 Ocak 2020 yılında uygulamaya geçmiştir. 1 Ocak 2021 tarihi itibarı ile ülkenin tamamı kapsama alınmıştır. 1. Basamak sağlık hizmetleri, acil, poliklinik, laboratuvar ve cerrahi operasyonlar dahil 2550 hizmet zorunlu sağlık sigortası kapsamına alınmıştır <https://sehiyye.gov.az/vetendaslar-ucun/icbari-tibbi-sigorta/> (erişim tarihi 8.06.2022). Zorunlu sağlık sigortası; 1 Nisan 2021 tarihinden itibaren tüm Azerbaycan'da uygulanmıştır. Günümüzde zorunlu sağlık sigortası sistemi ile birlikte sigorta primler 60 dolar kişi başı ve yıllık enflasyona endekslenmiştir. %2 işveren, %2 çalışandan 4700 dolar üzeri gelirden %0,5 artacak şekilde prim ödeme sistemi oluşturulmuştur. Zorunlu sağlık sigortasına akaryakıttan, alkollü içeceklerden, tütün ürünlerinden ve enerji içeceklerinden finansman kaynağı sağlanmıştır. <https://tabib.gov.az/> (erişim tarihi 25.10.2023).

Gönüllü sağlık sigortası sunan sigorta şirketlerinin sayısı 3 ila 4 baskın oyuncu olmak üzere yaklaşık 12'dir. Yalnızca nispeten sağlıklı kurumsal müşteriler için grup kapsamı sunarlar, bu nedenle bireysel bir gönüllü sağlık sigortası poliçesi bulmak zordur. Yeterli kapsam için fiyatlar nispeten yüksektir ve nüfusun büyük çoğunluğu için karşılanamaz. Bütçe planlaması nüfus sağlığı ihtiyaçlarına dayalı değildir, bu da bütçe fonlarının tahsisinde kişi başına yıllık miktarlar açısından önemli bölgesel eşitsizliklere yol açar. Bu farklılıklardan bazıları, geniş bir hizmet altyapısına sahip ilçelere daha fazla devlet fonu verme eğiliminde olan tarihsel ve girdi temelli bütçeleme süreciyle açıklanabilir. Mevcut ödeme düzenlemelerinde daha iyi performans gösteren tesisleri ödüllendirecek bir mekanizma yoktur. Hizmet sağlayıcılar arasında finansman için herhangi bir rekabet yoktur. Bu nedenlerle, hastanelerde vaka bazlı ödemeler ve birinci basamak hizmetlerinin kişi başına finansmanı gibi çıktı temelli finansman kriterlerine doğru ilerlemek için planlar geliştirilmektedir (İbrahimov, İbrahimova, Kehler, Richardson, 2010). Gönüllü sağlık sigortası 2007 yılında gönüllü sigorta primleri yoluyla toplam sağlık harcamasının tahmini %0,7'si kadardır (Dünya Sağlık Örgütü, 2009). Başka bir rapora göre, 2007 yılı tahminleri, bu payın muhtemelen toplam sağlık harcamalarının % 2'sine kadar artmış olabileceğini göstermektedir (Zoidze, 2008).

Azerbaycan İstatistik Komitesi, hane halkı bütçe araştırmalarına göre; buna göre, cepten harcama ödemelerinin payı 2002'de toplam sağlık harcamalarının % 76,2'sinden; 2007'de % 55,4'e düşmektedir (Azerbaycan Cumhuriyeti Devlet İstatistik Komitesi, 2009). Sağlık harcamalarının toplam hane halkı harcamaları içindeki payının 2006 yılında projenin kapsadığı ilçelerde %7,5 ve iki kontrol bölgesinde % 7,0 olduğunu tahmin etmektedir. (Azerbaycan Cumhuriyeti Devlet İstatistik Komitesi, 2009). Kullanılan metodolojiye bakılmaksızın, tüm hane halkı anketleri, Azerbaycan'da sağlık finansmanı kaynağı olarak cepten ödemelerin ağırlığını göstermektedir (<http://www.azstat.org>, erişim 7.06.2022). Hane halkı sağlık harcamalarını temsil eden tek kapsamlı ulusal araştırma, ilk Dünya Bankası destekli Sağlık Reformu Projesi (G&G Consulting, 2004) çerçevesinde 2004 yılında gerçekleştirilmiştir. Çalışma, ortalama yıllık hane halkı sağlık harcamasının 96 ABD doları olduğunu bulduğu ve bu, aynı yıl için hane halkı bütçe anketi bulgusunda dört katından daha yüksektir. Bu verilere dayanarak, cepten harcama ödemelerinin toplam sağlık harcamaları içindeki payının % 80 olduğu tahmin edilmiştir. Cepten yapılan ödemelerin yapısına bakıldığında, %31,4'ü kayıt dışı harcamalar, %63,1'i sağlık personeline yapılan nakit ödemelerdir. Resmi ödemelerinin büyük çoğunluğu ayakta tedavi ilaçları için kullanılmaktadır. Ayakta tedavi harcamaları tüm cepten ödemelerin en büyük payını oluşturmaktadır (% 68.6), bunu koruyucu sağlık hizmetleri (%

20.5) ve hastaneye yatışlar (% 10.9) takip etmektedir. Ayakta tedavi harcamalarının %70,7'sini tıbbi malzeme ve ilaç ödemeleri oluşturmaktadır (G&G Consulting, 2004).

Şekil 1. Sağlık Hizmetleri Finansmanı (Holley ve diğerleri, 2004)



Paralel sağlık sistemindeki sağlık harcaması için kesin rakamlar mevcut değildir. Devlete ait şirketler (Devlet Demiryolu Şirketi ve SOCAR gibi) ve çeşitli vergi ve cezalar (Savunma Bakanlığı ve İçişleri Bakanlığı gibi) aracılığıyla sağlanan paralel sağlık hizmetleri için finansman devlet bütçesinden gelmektedir. Bu hizmetlerin nüfusun yaklaşık % 5'ini kapsadığı tahmin edilmektedir (Holley ve diğerleri, 2004). Paralel sağlık sistemleri ile verilen hizmetlerin daha kaliteli olduğu algısı, bu tesislerdeki hizmetlerin yoğun talep görmesine neden olmuştur (Holley ve diğerleri, 2004).

### Azerbaycan Cumhuriyetinde 2019-2025 Sağlık Sisteminin Geliştirilmesi Stratejisi

Sağlık Bakanlığı tarafından zorunlu sağlık sigortasına geçiş öncelikleri belirlenmiş ve yıl içinde yatak stokunun optimize edilmesi, personel alımı, tıbbi hizmetlerin bölgeselleştirilmesi ve e-reçeteye geçişin hızlandırılması için ciddi adımlar atılmıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesindeki sağlık kurumlarının kamu tüzel kişiliğine dönüştürülmesi için hazırlıklar tamamlanmış ve geçiş takvimi oluşturulmuştur. Birinci basamak sağlık sistemi düzeyinde doktor ve hemşirelerin faaliyetlerini iyileştirmek için "birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumuna ilişkin kurallar" geliştirilmiştir. Kurallar, aile hekimlerinin eğitimine özel önem vermektedir. Ayrıca, Azerbaycan Tıp Üniversitesi bünyesinde kurulan "Sağlık Yönetimi" alanında yüksek lisans öğrenci kabulü için müfredatı için çalışmalar geliştirilmiştir. Zorunlu sağlık sigortasının getirilmesiyle bağlantılı olarak acil tıbbi bakımın geliştirilmesi amacıyla, birçok yabancı ülkenin tecrübesi ile "Bakü Şehri Acil ve Acil Tıbbi Yardım İstasyonu Tüzüğü" hazırlanmıştır (<http://sehiyye.gov.az/xeberler/2319-shiyye-nazirliyind-ilin-yekun-kollegiya-iclas-keirilib-foto.html> (erişim tarihi 7.06.2022)).

### Sonuç ve Öneriler

Azerbaycan nispeten yeni kurulan bir ülke olmanın ve teşkilatlanma ve hizmet sunumu organizasyonlarında ve finansmanda sıkıntılar yaşadığı söylenebilir. Bu durumu aşmak için teşkilatlanmaya hızlı bir şekilde geçilip zorunlu sağlık sigortası kapsamı genişletilerek finansmanda yaşanan sıkıntıların en aza indirilmesi ile sorunlar giderilmiştir. Zorunlu sağlık sigortası ile kapsayıcı bir sağlık hizmet sunumuna geçilmiş ve birçok hastalık bu kapsama alınarak fon tarafından karşılanmaktadır. Genç nüfusa uygulanan sağlığı tarama çalışmaları her yaş grubu için uygulanabilmesi ile sağlık durumunun etkin tespiti yapılabilir. Verilerin standart bir şekilde yayımlanması ise gelecekteki sağlık sisteminin daha iyi bir şekilde konumlanmasında yol gösterici olacaktır.

### Kaynakça

1. Azerbaycan Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu raporu, Türk-Azerbaycan İş Konseyi, (2013).
2. Azerbaycan Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 2014 yılında yapılan çalışmalar hakkında bilgilendirme raporu, (2014).
3. G&G Consulting (2004). Final report on health expenditure analysis component. Ankara, G&G Consulting.
4. Holley J, Akhundov O, Nolte E (2004). Health care systems in transition: Azerbaijan.
5. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies.
6. Ibrahimov F, Ibrahimova A, Kehler J, Richardson E, (2010). Azerbaijan: Health system review. Health Systems in Transition, , 12(3):1-117.

7. İnternet Azerbaycan sağlık tarihi, [http://www.health.gov.az/umumi\\_melumat.html](http://www.health.gov.az/umumi_melumat.html) (erişim tarihi: 7.06.2022)
8. İnternet Azerbaycan Sağlık Bakanlığı Teşkilat Yapısı Kaynak: <http://sehiyye.gov.az/files/stuktur.jpg> (erişim tarihi 7.06.2022)
9. İnternet <https://sehiyye.gov.az/vetendaslar-ucun/icbari-tibbi-sigorta/> (erişim tarihi 8.06.2022).
10. İnternet Azstat.org (nüfus, temel sağlık, finansal gelir gider tablosu) (erişim tarihi 7.06.2022).
11. İnternet Adolescent birth rate: data by country. In: WHO Global Health Observatory (GHO) data [database]. Geneva: World Health Organization; 2019 (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.1630AG>, erişim tarihi 7.06.2022).
12. İnternet WHO Eylül 2018 - Şubat 2019 arasında DSÖ Avrupa Bölgesi'ndeki altı ülke (Arnavutluk, Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan, Moldova Cumhuriyeti ve Romanya) araştırması, <https://www.who.int/> (erişim tarihi 7.06.2022).
13. İnternet State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan (2009) [web site]. Baku, State Statistical Committee of the Republic of Azerbaijan (<http://www.azstat.org>, erişim tarihi 7.06. 2022).
14. İnternet <https://tabib.gov.az/> (erişim tarihi 25.10.2023).
15. Tengillimoğlu D, Öztürk Z, (2021). Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri ss:517.
16. Zoidze A. (2008). Technical assistance to develop health financing policy for Azerbaijan. Final report to the Ministry of Health. Tbilisi, Curatio International.

## Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Sağlık Sistemlerine Güvensizlik ve Mobil Sağlık-Kişisel Sağlık Kayıtlarına İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi

Seda KIZIL<sup>1</sup>, Rahime Nur DEMİR<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bayburt Üniversitesi

Sorumlu Yazar: rahimenurdemir@bayburt.edu.tr

Dijitalleşme ile birlikte mobil sağlık uygulamalarının kullanımı her geçen gün artmaktadır. Sağlık hizmet sunumunda teknolojinin kullanılması hasta memnuniyetinde ve dolayısıyla da kalitede artışa katkı sağlamaktadır. Ayrıca mobil sağlık uygulamaları sayesinde verilere anlık güncel erişim, sağlık önerilerinin günlük yaşama aktarılması gibi katkıları vardır. Hastaların sağlık bilinci artarak bakım sağlayıcıların iş yükleri azalmıştır. Bu katkıların yanı sıra sağlık bilgilerine başkalarının erişmesi gibi birçok problem de oluşabilmektedir. Sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin sağlık sistemlerine güvensizlik ve mobil sağlık kayıtlarına ilişkin görüşlerinin incelenmesi literatürde eksiklik oluşturmaktadır.

Bu çalışmada, Bayburt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık sistemlerine güvensizlik, mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmada nicel araştırma deseni ve basit rastgele örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmamız Bayburt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerine uygulanmıştır. Araştırmamızın evreni 832 kişiden oluşmaktadır. 265 kişinin dâhil edilmesi yeterli bulunmuş olup 270 kişi örnekleme dâhil edilmiştir. Araştırmaya dâhil olan öğrencilerden onam alınarak çevrim içi anket yöntemi ile 15 Nisan-15 Temmuz 2023 tarihleri arasında veriler toplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS25.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Konu ile ilgili literatür taraması sonucunda demografik verilerin yer aldığı kişisel bilgi formu, Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği, Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kayıtlarına İlişkin Görüş Ölçeği kullanılmıştır. Sağlık sistemlerine güvensizlik ölçeğinin cronbach alpha değeri ,849 iken, mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ölçeğinin cronbach alpha değeri ,970'dir.

Araştırmaya katılan öğrencilerin %64,7'si kadın iken, %59,9'u 21-23 yaş aralığındadır. Çalışmaya katılanların %53,5'i sağlık yönetimi, %36,8'i beslenme ve diyetetik bölümü, %9,7'si hemşirelik bölümü öğrencisidir. Katılımcıların %94,1'i sağlık problemleri hakkında bilgi almak için internet kullanmaktadır. Telefonunda herhangi bir sağlık uygulaması yüklü olanların oranı ise %80,7'dir. Sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyi kadınlarda daha yüksek iken, mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş düzeyleri beslenme ve diyetetik öğrencilerinde daha yüksektir. Sağlık problemleri hakkında bilgi almak için internet kullanmayanların sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyi daha yüksektir. Telefonunda herhangi bir sağlık uygulaması yüklü olanların mobil ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş düzeyleri daha yüksektir.

Bireyler sağlıklarını kaybettikleri zaman kendilerini savunmasız, çaresiz hissedip kendilerini eski sağlıklarına kavuşturacak kişilere ve sistemlere güvenmek zorunda kalabilirler. Araştırma sonucuna göre sağlık sistemlerine güvensizlik düzeyi ile mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş arasında negatif yönlü orta düzeyde bir ilişki bulunmuştur ( $r=-,670$ ;  $p<0,001$ ).

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık Sistemi, Güvensizlik, Mobil Sağlık, Kişisel Sağlık, Üniversite Öğrencileri

### Examination of the Views of the Students of the Faculty of Health Sciences on Distrust of Health Systems and Mobile Health- Personal Health Records

With digitalization, the use of mobile health applications is increasing every day. The use of technology in the provision of health services contributes to an increase in patient satisfaction and, therefore, quality. In addition, it has contributions such as instantaneous up-to-date access to data thanks to mobile health applications, transferring health recommendations to daily life. By increasing the health awareness of patients, the workloads of care providers have decreased. In addition to these contributions, there may also be many problems such as access to health information by others. The examination of the views of students studying in the field of health on distrust of health systems and mobile health records constitutes a deficiency in the literature. In this study, it was aimed to examine the opinions of Bayburt University Faculty of Health Sciences students about distrust of health systems, mobile health and personal health records. Quantitative research design and simple random sampling method were used in the research. Our research was applied to Bayburt University Faculty of Health Sciences students. The universe of our research consists of 832 people. it was found sufficient to include 265 people and 270 people were included in the sampling. Dec April 15-15, 2023 Data were collected by online survey method by obtaining the consent of the students included in the research between the dates of July 2023 and April 2023. The obtained data were analyzed with SPSS25.0 package program. As a result of the literature review on the subject, a personal information form containing demographic data, a Scale of Distrust of Health Systems, a Mobile Health and an Opinion Scale on Personal Health Records were used. The cronbach alpha value of the distrust of health systems scale is 849, while the cronbach alpha value of the mobile health and personal health records opinion scale is 970. While 64.7% of the students participating in the study were women, 59.9% of them were between the ages of 21-23. 53.5% of the participants in the study are students of health management, 36.8% are students of nutrition and dietetics department, 9.7% are students of nursing department. 94.1% of the participants use the Internet to get information about health problems. The proportion of those who have any health application installed on their phone is 80.7%. While the level of distrust of health systems is higher in women, the level of opinions about mobile health and personal health records is higher in nutrition and dietetics students. Those who do not use the Internet to get information about health problems have a higher level of distrust of health systems. Those who have any health app installed on their phone have higher levels of opinion about mobile and personal health records. When individuals lose their health, they may feel vulnerable,



helpless and have to rely on people and systems that will restore them to their former health. According to the research results, a moderate negative correlation was found between the level of distrust in health systems and the opinion about mobile health and personal health records ( $r=-.670$ ;  $p<0.001$ ).

**Keywords:** Health System, Insecurity, Mobile Health, Personal Health, University Students

## Giriş

Sağlık hizmet sunumunda kullanılan teknolojinin hızla ilerlemesi ile yeni tedavi yöntemleri ve yapılar gelişmiştir. Bu gelişmelerle hastalar ve yakınları kendilerine sunulan sağlık hizmeti sunumundan daha memnun bir hale gelirlerken bir takım maliyet artışlarına da katılmak durumunda kalmışlardır. Aslında sosyal devlet anlayışını benimseyen ülkeler vatandaşlarına düşük ücret karşılığında veya ücretsiz sağlık hizmeti sunma yolunu tercih edebilmektedir. Ancak bu durum da düşük fiyatlarla hizmet sunmak ve kar edebilmek için zaman zaman sağlık hizmet sunumunda kaliteden ödün verildiğini akla getirebilmekte ve müşterilerin sağlık sistemlerine karşı güvensizliğine sebep olabilmektedir (Yeşildal vd., 2020).

Sağlık sistemlerinin topluma faydalı olabilmesi için sağlık profesyonellerinin, sağlık kurumlarının ve mesleki bilgi formlarının güvenilir olması gerekmektedir. Dolayısıyla sağlık sistemlerine olan güven sağlık üretimindeki işbirliklerini de destekler niteliktedir (Meyer vd., 2008). Rowe ve Calnan (2006) sağlık sistemine güveni kurumsal ve kişilerarası düzeyde ele almışlardır. Kişilerarası güven hizmet sunucularının yeterliliği, bilgi asimetrisi, hastalığın ortaya çıkardığı çaresizlik gibi risk ve belirsizlikleri içermektedir. Kurumsal güven ise daha çok sağlık sigortalarına, sağlık sistemlerine ve hastanelere olan güven ile ilgili olup hasta desteğinin sağlanarak ekonomik ve politik uygulanabilirliğini etkileyebilmektedir. Sağlık sistemleri; kıt kaynaklarla sınırsız insan ihtiyaçlarını karşıladıkça ve bu sürece ortak oldukça, hastalara yeterli seviyede seçim imkânı tanıdıkkça hem kurumsal hem de kişilerarası güven sağlık sistemleri için önemini koruyacaktır.

Sağlık hizmet sunumunda ve erişiminde gün geçtikçe mobil sağlık uygulamalarının önemi artmaktadır. Mobil sağlık hizmetleri, mobil cihazların ve akıllı telefonların kullanılarak sağlık hizmet sunumunun sağlanması olarak ifade edilmektedir (Zhao vd., 2018). Mobil sağlık uygulamalarını kullananlar verilere hızlı erişebilme, güncel bilgilere ulaşım sağlayabilme, hastalığın uzaktan yönetilebilmesi, sağlık önerilerini 7/24 günlük yaşama aktarabilme, online randevu oluşturabilme, hastane-doktor seçebilme, laboratuvar sonuçlarına uzaktan erişebilme gibi avantajlara sahiptirler. Bunlarla beraber sağlık hizmet kapsamı genişletilebilir. Ayrıca mobil sağlık uygulamaları kronik hastalık yönetimine ve karar verme sürecinin iyileşmesine de yardımcı olabilmektedir. Bu sayede kişisel sağlık verileri depolanabilmekte, istenildiği takdirde takip süreci gerçekleştirilebilmekte ve sağlık hizmet sunucularının karar verme esnasında mobil sağlık uygulamaları aktif bir araç haline gelebilmektedir (Ghose vd., 2017). Sağlık hizmetleri hasta bakımı, kayıt tutma ve yasal zorunluluk sebebiyle büyük miktarlarda veri oluşturmaktadır. Karar destek sistemleri, hastalık sürveyansı ve kişisel sağlık bakımı yönetimi gibi pek çok sağlık hizmeti işlevlerine yardımcı olabilen bu büyük sağlık verilerinin daha kısa sürede analiz edilmesiyle sağlık hizmetleri maliyetleri düşmekte ve sağlık hizmeti verimliliği artmaktadır (Wu vd., 2015). Büyük veri platformları sayesinde veriler depolanmakta, analiz edilmekte ve izlenmektedir. Bu sayede hastalığın ilerlemesi durdurulabilmekte ve erken teşhisler söz konusu olabilmektedir. Üst düzeyde koruma gerektiren veriler olan kişisel sağlık kayıtlarının diğer bireyler tarafından erişilmesi problemlere sebep olabilmektedir. Bu sebeple sağlık eğitimi alan sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin mobil sağlık kayıtlarına ilişkin bilgi düzeylerinin istenilen seviyede olması beklenmektedir.

Sağlık hizmet sunumunun kaynak sağlayan kurumlarından biri (tedarikçileri) olan sağlık bilimleri fakülteleri her yıl çok sayıda sağlık insan gücü mezun ederek sağlık kurumlarının personel ihtiyacını karşılanmaktadır (Uğurluoğlu vd., 2019). Geleceğin sağlık personel adayları olan sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin gün geçtikçe mobil sağlık uygulamalarını kullanımı artmaktadır. Her ne kadar sağlık sektörünün bir parçası olacakları öngörülen bir lisans eğitimi alıyor olsalar da bu sağlık bilinç düzeyine rağmen sağlığını kaybeden her bireye olduğu gibi öğrenciler de kendilerini çaresiz hissedebilir ve bu durumdan kurtulabilmek için sağlık sistemlerine ve kişilere güvenmek zorunda kalabilirler. Bu doğrultuda çalışmada sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin mobil sağlık uygulama kullanma durumları ve sağlık sistemlerine güvensizlik düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç Ve Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Bayburt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencilerinin sağlık sistemlerine güvensizlik düzeylerinin ve mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşlerinin incelenmesidir. Mobil sağlık uygulamalarının verilere anlık güncel erişim ve sağlık önerilerinin günlük yaşama aktarılması gibi katkıları da bulunmaktadır. Ayrıca sağlık bilinci artan hastalar bakım sağlayıcıların iş yükünü azaltmaktadır. Diğer taraftan sağlık bilgilerine başkalarının erişmesi gibi birçok problem de oluşabilmektedir. Sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin sağlık sistemlerine güvensizlik ve mobil sağlık kayıtlarına ilişkin görüşlerinin incelenmesi literatürde eksiklik oluşturmaktadır.

### 2.2. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Bayburt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesinde 2022-2023 bahar döneminde eğitim alan öğrenciler oluşturmaktadır. Araştırmanın yürütüldüğü dönemde fakültede 832 öğrenci bulunmaktadır. 265 kişinin dâhil edilmesi yeterli bulunmuş olup 270 kişi örnekleme dâhil edilmiştir. Veri toplama yöntemi olarak online anket yöntemi kullanılmış olup gönüllülük esas alınmıştır. Araştırmanın yürütülebilmesi için Bayburt Üniversitesi Etik Kurulu'ndan (21.07.2023 tarihli 241/12 protokol numaralı) gerekli etik kurul izni alınmıştır.

### 2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmıştır. 3 bölümden oluşan anket formunun ilk kısmında öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemeye yönelik cinsiyet, okuduğu bölüm, kronik hastalık durumu, genel sağlık durumu, son bir yıl içinde doktora başvuru sayısı, telefonda bir sağlık uygulamasının olma durumu, sağlık problemleri ile ilgili bilgi almak için

interneti kullanma durumu olmak üzere 8 soru yer almaktadır. İkinci kısımda “Sağlık Sistemlerine Güvensizlik” ölçeğindeki ve son kısımda “Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kayıtlarına İlişkin Görüş” ölçeğindeki ifadeler yer almaktadır. Her iki ölçek de 1=Kesinlikle Katılmıyorum” ve “5=Kesinlikle Katılıyorum” arasında değerler alan 5’li likert tipi ölçeklerdir.

**Sağlık Sistemlerine Güvensizlik Ölçeği:** Rose vd., (2004) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Yeşildal vd., (2020) tarafından yapılmıştır. Ölçek 10 ifade ve tek boyuttan oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler araştırma örneğine uygun şekilde düzenlenmiş ve ters maddeler düz olarak ifade edilmiştir. Ölçekte alınan puanlar 5-Kesinlikle Katılıyorum’a yaklaştıkça sağlık sistemlerine güvensizliğin arttığı, 1-Kesinlikle Katılmıyorum’a yaklaştıkça azaldığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin cronbach-alpha değeri ,849 olarak belirlenmiştir.

**Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kayıtlarına İlişkin Görüş Ölçeği:** Aslan ve Demir (2017) tarafından İktisadi ve İdari Bilimleri Fakültesi (İİBF) öğrencileri için geliştirilen ölçeğin Sağlık Bilimleri Fakültesi (SBF) öğrencileri için uyarlaması Koç ve Bilgehan (2021) tarafından yapılmıştır. İİBF öğrencilerine uygulanan 31 ifade ve 4 alt boyuttan oluşan ölçeğin SBF öğrencilerine uyarlanması sonucunda 31 ifade ve 7 alt boyut tespit edilmiştir. Ölçekten alınan puanlar 5-Kesinlikle Katılıyorum’a yaklaştıkça mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş düzeyinin arttığı, 1-Kesinlikle Katılmıyorum’a yaklaştıkça azaldığı anlamına gelmektedir. Ölçeğin cronbach-alpha değeri ,970 olarak belirlenmiştir.

## 2.4. Verilerin Analizi

Online olarak gerçekleştirilen anket sonucu elde edilmiş olan veriler SPSS 22,0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Öğrencilerin tanımlayıcı istatistiklerini elde etmek amacıyla yüzdelik değerler ve frekanslar dikkate alınmıştır. Demografik değişkenler ile ölçek ortalamaları arasında yapılan bağımsız gruplarda t testi ve varyans analizlerinde frekans, ortalama, standart sapma değerleri dikkate alınmıştır. Ayrıca sağlık sistemlerine güvensizlik ve mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş arasında korelasyon ve regresyon analizi yapılmıştır.

## Bulgular

Araştırmaya katılan öğrencilerin ankete verdiği cevaplar doğrultusunda elde edilmiş olan veriler aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

**Tablo 1. Katılımcıların demografik bulguları.**

Cinsiyet	Sayı (n)	Yüzde (%)	Sağlık problemleri hakkında bilgi almak için interneti kullanma durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erkek	95	35,3	Evet	254	94,1
Kadın	175	64,7	Hayır	16	5,9
Yaş			Telefonda herhangi bir sağlık uygulamasının yüklü olma durumu		
18-20	66	24,4	Evet	218	80,7
21-23	161	59,9	Hayır	52	19,3
24-26	33	12,3	<b>Kronik Hastalık Durumu</b>		
27-29	5	1,9	Var	20	7,4
30 ve üstü	5	1,9	Yok	250	92,6
<b>Bölüm</b>			<b>TOPLAM</b>	<b>270</b>	<b>100</b>
Sağlık Yönetimi	144	53,3			
Beslenme ve Diyetetik	99	36,7			
Hemşirelik	27	10			
<b>TOPLAM</b>	<b>270</b>	<b>100</b>			

Tablo 1’de görüldüğü gibi araştırmaya katılanların %64,7’si kadın, %59,9’u 21-23 yaş aralığındadır. Katılımcıların %53,3’ü sağlık yönetimi bölümü öğrencisi iken %92,6’sının herhangi bir kronik hastalığı yoktur. Sağlık problemleri hakkında bilgi almak için interneti kullanma durumuna bakıldığında öğrencilerin %94,1’i, telefonda herhangi bir sağlık uygulamasının yüklü olma durumuna bakıldığında ise %80,7’sinin evet dediği saptanmıştır.

**Tablo 2. Araştırmaya katılanların demografik verileri ile sağlık sistemine güvensizlik ölçeğine ait analizler (bağımsız gruplarda t testi ve varyans analizi)**

		n	ort	ss	t/F	P
Cinsiyet	Erkek	95	2,4	0,75	1,95	,048
	Kadın	175	2,58	0,67		
Kronik Hastalık	Var	20	1,97	0,61	1,30	,000
	Yok	250	2,56	0,69		
Sağlık problemleri hakkında bilgi almak için interneti kullanma durumu	Evet	254	2,47	0,67	4,82	,029
	Hayır	16	3,22	0,82		
Telefonda herhangi bir sağlık uygulamasının yüklü olma durumu	Evet	218	2,34	0,57	14,35	,000
	Hayır	52	3,25	0,74		
Yaş	18-20	66	2,49	0,55	4,72	,001
	21-23	161	2,61	0,73		
	<b>24-26</b>	<b>33</b>	2,09	0,57		
	27-29	5	2,96	1,50		
	30 ve üstü	5	2,18	0,40		
Bölüm	Sağlık Yönetimi	144	2,51	0,614	12,33	,000
	Beslenme ve Diyetetik	99	2,68	0,844		
	<b>Hemşirelik</b>	27	1,94	0,05		

\*p<,05; n=270

Tablo 2’de görüldüğü gibi katılımcıların demografik verileri ile sağlık sistemlerine güvensizlik ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda öğrencilere ait tüm demografik değişkenler açısından Sağlık Sistemine Güvensizlik ortalamaları anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Yapılan analiz sonucunda kadınların sağlık sistemlerine güvensizlik ortalamaları erkeklere oranla daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olmayan bireylerin sağlık sistemlerine güvensizlik ortalamaları daha yüksek iken, 24-26 yaş arası öğrencilerin sağlık sistemlerine güvensizlik ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Bölüm bazında yapılan test sonucunda hemşirelik bölümü öğrencilerinin sağlık sistemlerine güvensizlik ortalamaları diğer bölüm öğrencilerine göre yüksek bulunmuştur. Sağlık problemleri hakkında bilgi almak için interneti kullanmayan öğrenciler ile telefonlarında herhangi bir sağlık uygulaması yüklü olmayan öğrencilerin sağlık sistemlerine güvensizlik ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 3. Araştırmaya katılanların demografik verileri ile mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ölçeğine ait analizler (bağımsız gruplarda t testi ve varyans analizi)**

		n	ort	ss	t/F	P
Cinsiyet	Erkek	95	3,92	0,76	3,89	,049
	Kadın	175	3,97	0,49		
Kronik Hastalık	Var	20	4,20	0,42	0,50	,016
	Yok	250	3,93	0,60		
Sağlık problemleri hakkında bilgi almak için interneti kullanma durumu	Evet	254	4,02	0,45	134,15	,000
	Hayır	16	2,83	1,23		
Telefonda herhangi bir sağlık uygulamasının yüklü olma durumu	Evet	218	4,08	0,41	47,32	,000
	Hayır	52	3,38	0,86		
Yaş	18-20	66	3,95	0,44	7,66	,000
	21-23	161	3,85	0,64		
	<b>24-26</b>	33	4,44	0,38		
	27-29	5	3,62	0,75		
	30 ve üstü	5	4,11	0,04		
Bölüm	Sağlık Yönetimi	144	3,98	0,43	5,00	,007
	<b>Beslenme ve Diyetetik</b>	99	3,83	0,81		
	Hemşirelik	27	4,21	0,18		

\*p<,05; n=270

Tablo 3'te görüldüğü gibi katılımcıların demografik verileri ile mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ortalamaları arasında bağımsız gruplarda t testi ve ANOVA analizleri yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda öğrencilere ait tüm demografik değişkenler açısından Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kayıtlarına İlişkin Görüş ortalamaları anlamlı bir farklılık yaratmaktadır. Yapılan analizler sonucunda kadınların mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ortalamaları erkeklerle oranla daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan öğrencilerin mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ortalamaları daha yüksek iken, 24-26 yaş arası öğrencilerin mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca bölüm bazında yapılan test sonucunda beslenme ve diyetetik bölümü öğrencilerinin mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ortalamaları diğer bölümlere göre daha yüksek bulunmuştur. Sağlık problemleri hakkında bilgi almak için interneti kullanan öğrenciler ile telefonlarında herhangi bir sağlık uygulaması yüklü olan öğrencilerin mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ortalamaları daha yüksek bulunmuştur.

**Tablo 4. Değişkenlere ait ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri**

Değişkenler	$\bar{x}$	SS	Sağlık Sistemine Güvensizlik	Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kayıtlarına İlişkin Görüş
Sağlık Sistemine Güvensizlik	2,52	0,70	1	
Mobil Sağlık ve Kişisel Sağlık Kayıtlarına İlişkin Görüş	3,95	0,60	-0,670**	1

\*\*p<,01; n=270

Tablo 4'te değişkenlere ait ortalama, standart sapma ve korelasyon değerleri bulunmaktadır. Araştırmaya katılan öğrencilerin sağlık sistemine güvensizlik değişkenine dair verdikleri cevapların puan ortalaması 2,52±0,70; mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş değişkenine dair verdikleri cevapların puan ortalaması 3,95±0,60'tır. Elde edilen bulgulara göre öğrencilerin sağlık sistemine güvensizliklerinin orta düzeyin altında, mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşünün ise orta düzeyinin üzerinde olduğu söylenebilir. Sağlık sistemine güvensizlik ile mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş arasında yapılan korelasyon analizi sonucunda iki değişken arasında negatif yönde orta düzeyde ( $r=-0,670$ ,  $p<0,001$ ) anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Tablo 5'de görüleceği üzere mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşün bağımsız değişken, sağlık sistemlerine güvensizliğin bağımlı değişken olarak ele alındığı model anlamlı sonuç vermiştir. Bu durum öğrencilerin mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşleri üzerinde sağlık sistemlerine güvensizliğin rol oynadığını göstermektedir ( $R^2=,449$ ;  $p<,000$ ).

**Tablo 5. Mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşün sağlık sistemlerine güvensizlik üzerine etkisi**

Faktör	mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş	
	$\beta$	t
Sağlık Sistemlerine Güvensizlik	-,670	-14,750**
$R^2$	,449	
F	217,551	
p	,000	

\*\*p<0,01

### Tartışma-Sonuç

Teknolojinin gelişmesiyle her alanda olduğu gibi sağlık alanında da değişimler yaşanmaya başlamıştır. Bir sağlık sorununu çözmek ve yaşam kalitesini iyileştirmek üzere geliştirilen cihaz, ilaç, aşı, prosedür ve sistem formunda organize bilgi ve becerilerin uygulaması sağlık hizmeti teknolojisiyle aynı anlamda kullanılmaktadır (WHO, 2010 aktaran Yiğit ve Erdem, 2016). Dolayısıyla sağlık teknolojilerinin sağlık sistemi için oldukça önemli ve gerekli olduğu ifade edilebilir. Sağlık sisteminde uygulanan teknolojilerden biri mobil teknolojilerdir. Sağlık hizmeti sunumunun devamlılığı, hastaların memnuniyeti, kaliteli hizmetin sürekliliği gibi isteklerin hayata geçirilmesinde ya da kalıcılığının sağlanmasında mobil teknolojiler farklı bir seçenek olarak karşımıza çıkmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü, mobil sağlığı; cep telefonları, hasta izleme cihazları, kişisel dijital asistanlar ve diğer kablosuz cihazlar gibi mobil cihazlar tarafından sağlık uygulamalarının desteklenmesi olarak tanımlamaktadır (Martinez-Pérez vd., 2013). Bu tanımdan yola çıkılarak mobil sağlığı mobil cihazlarla sağlık uygulamalarının gerçekleştirilmesi olarak tanımlamak mümkündür. TÜSİAD'ın Mobil Sağlık Raporu'nda mobil sağlık, "toplumu bilinçlendirmek, hastalıklar hakkında uyarılarda bulunmak ve yönlendirmek amaçlı kullanılan basit SMS mesajlarından, görüntülü telekonsültasyon ve teleziyaret uygulamalarına, cep telefonundan veya internet sitesinden randevu almaktan, taşınabilir veya giyilebilir cihazlardan tıbbi verilerin gönderilmesine, bireyin akıllı telefon uygulamaları ile kendine renk körlüğü testi uygulamasından, uzaktan kronik hastalık yönetimine kadar çok geniş yelpazede uygulama alanı bulmaktadır." şeklinde tanımlanmıştır (Tezcan, 2016).

Mobil teknolojiler ile birlikte sağlık alanına giren bir diğer kavram da kişisel sağlık kayıtlarıdır. Kişisel sağlık kayıtları; özel, güvenli ve gizli bir ortam sunan elektronik bir uygulama aracılığıyla kişilerin sağlık bilgilerine kendilerinin veya kendileri adına yetkilendirdikleri diğer kişilerin erişebilmesi, yönetebilmesi ve bu bilgileri başkalarıyla paylaşabilmesi anlamına gelmektedir (Tang vd., 2006).

Gerek mobil sağlık gerekse kişisel sağlık kayıtları olsun hasta kendisine sunulan hizmette merkezi bir konuma geldiğinden hastanın mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşünün olumlu olması önem kazanmaktadır. Çünkü sağlık sunumunda merkezi konuma gelen hastanın mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşü sağlık sistemlerine duyduğu güveni ya da güvensizliği yönlendirebilmektedir.

Sağlık açısından sağlık sistemlerinin toplumun yararına işlemesi için sağlık profesyonellerinin, sağlık kurumlarının ve mesleki bilgi formlarının güvenilir olması gerekmektedir. Sağlık sistemi temsilcilerinin (örneğin sağlık profesyonelleri) hastaları kişisel bilgilerini paylaşmaya, testler yaptırmaya ve bazı zehirli kimyasalları vücutlarına almaya ikna edebilmelidirler. Bu da hastaların çalışanlara ve sisteme güven duymasıyla gerçekleşebilir. Aksi halde hastaların sağlık sisteminden faydalanmaları söz konusu olmayacaktır (Myer vd., 2008). Sağlık sistemlerine duyulan güvenin ya da güvensizliğin belirlenmesi, sağlık çalışanları, sağlık programı uygulayıcıları ve araştırmacılar tarafından, insanların daha iyi sağlık sonuçlarına sahip güvenilir bir sağlık sistemi oluşturmaya yönelik güvenlerini daha iyi izlemek ve değerlendirmek için açısından kullanılabilir (Ozawa ve Spirad, 2013). Dolayısıyla sağlık sistemlerine güven ya da güvensizliğin arkasındaki unsurların belirlenmesi önem arz etmektedir.

Çalışmamızda mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşün sağlık sistemlerine güven ya da güvensizliği etkilediği üzerinde durulmuştur. Mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ile sağlık sistemlerine güvensizlik arasında kavramsal bir ilişki ortaya konulmasına rağmen, bu ilişkiyi ampirik olarak ele alan bir araştırma sonucuna pek ulaşamamıştır. Dolayısıyla çalışma, bu ilişkiyi ele alması açısından farklılık göstermektedir. Ayrıca çalışmada bu iki değişken ile ilgili analizler bir devlet üniversitesinin sağlık bilimleri fakültesindeki öğrencilerden elde edilen verilerle yapılmış ve yorumlanmıştır. Öğrenciler özellikle de sağlık bilimleri fakültesi öğrencilerinin örneklem olarak seçilmiş olması, aldıkları eğitim açısından mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtları ile sağlık sistemleri hakkında bilinç düzeylerinin yüksek olması ve bu bilinçle yöneltilen ifadeleri doğru değerlendirebilecekleri düşüncesiyledir. Rose vd., (2004)'te yapılan ABD'de 400 katılımcıya uygulanan çalışmada sağlık sistemlerine olan güvensizlikleri ortalaması 2,94 olarak tespit edilirken Turhan vd., (2022)'de Türkiye'de 620 katılımcıya uygulanan çalışmada sağlık sistemlerine olan güvensizlikleri ortalaması 2,98 olarak tespit edilmiştir. Arslan ve Demir (2017)'in İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesinde öğrenim gören 268 öğrenci üzerinde yapmış olduğu çalışmada öğrencilerin mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ortalaması 3.31 iken, Demir ve Uslu (2022)'nin Ankara ilinde yaşayan mobil sağlık uygulamalarını kullanan 240 öğrenci üzerinde yapmış olduğu çalışmada katılımcıların mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ortalaması 3.72 olarak tespit edilmiştir. Literatürde yapılmış çalışmalar ile benzerlik gösteren çalışmamızda öğrencilerin mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşleri 3,95 ortalama ile orta düzeyin üzerinde ve sağlık sistemlerine olan güvensizlikleri 2,52 ortalama ile orta düzeyin altında çıkmıştır. Dolayısıyla öğrencilerin mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşlerinin olumluya yakın olduğu ve sağlık sistemlerine güven duydukları ifade edilebilir.

Ayrıca mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüşün bağımsız değişken, sağlık sistemlerine güvensizliğin bağımlı değişken olarak ele alındığı model de anlamlı sonuç vermiştir ( $\beta=-,670$ ;  $p<,01$ ). Yani mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin olumlu görüşler sağlık sistemlerine güvensizliği azaltmaktadır. Ayrıca çalışmada cinsiyet, kronik hastalık, sağlık problemleri hakkında bilgi almak için interneti kullanma durumu, telefonda herhangi bir sağlık uygulamasının yüklü olma durumu, yaş, bölüm gibi demografik değişkenlerin her iki değişken açısından anlamlı farklılıklar yarattığı da ortaya konulmuştur.

Bu araştırmada sadece sağlık bilimleri fakültesinde okuyan öğrencilerden elde edilen veriler değerlendirilmiştir. Dolayısıyla bu durum geniş çaplı değerlendirmeler yapılmasını engellemekte ve elde edilen sonuçlar genellenememektedir. Farklı alanlarda eğitim gören öğrenciler hatta öğrenciler dışındaki bireyler üzerinden elde edilen verilerle yapılan çalışmalar daha güçlü sonuçlar verebilir. Araştırma değişkenleri çeşitlendirilerek farklı modellerin önerilmesiyle literatür zenginleştirilebilir.

#### Kaynakça

1. Arslan, ET., Demir, H. (2017). Üniversite öğrencilerinin mobil sağlık ve kişisel sağlık kaydı yönetimine ilişkin görüşleri. *Aksaray Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(2), 17-36.
2. Demir, Ö., Uslu, D., (2022). Bireylerin mobil sağlık uygulamalarına ilişkin görüşleri. *USAYSAD Dergisi*, 8(3): 394-407.
3. Ghose, A., Guo, X., Li, B. (2017). Empowering patients using smart mobile health platforms: Evidence from a randomized field experiment. *Work. Pap.*
4. Koç, A., Bilgehan, T. (2021). Mobil sağlık ve kişisel sağlık kayıtlarına ilişkin görüş ölçeğinin sağlık bilimleri fakültesi öğrencileri için yeniden uyarlanması. *THDD*, 2 (2), 1-13.
5. Meyer, S., Ward, P., Coveney, J. & Rogers, W. (2008). Trust in the health system: An analysis and extension of the social theories of Giddens and Luhmann. *Health Sociology Review*, 17(2), 177-186.
6. Ozawa, S., & Sripath, P. (2013). How do you measure trust in the health system? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine*, 91, 10-14.
7. Perez M. B., Diaz T. I., Coronado L. M., (2013), Mobile Health Applications For The Most Prevalent Conditions By The World Health Organization: Review And Analysis, *Journal Of Medical Internet Research*, 15-6).
8. Rose, A., Peters, N., Shea, J. A., Armstrong, K. (2004). Development and testing of the health care system distrust scale. *J Gen Intern Med*, 19(1), 57-63. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.21146.x
9. Rowe, R., & Calnan, M. (2006). Trust relations in health care—the new agenda. *The European Journal of Public Health*, 16(1), 4-6.
10. Tang, P. C., Ash, J. S., Bates, D. W., Overhage, J. M., & Sands. D. Z. (2006). PersonalHealth records: definitions, benefits, and strategies for overcoming barriers to adoption. *J Am Med Inform Assoc*, 13, 121-6.
11. Tezcan, C. (2016). Sağlığa Yenilikçi Bir Bakış Açısı: Mobil Sağlık, Mart 2016, Yayın No: TÜSİAD-T/2016- 03/575, 1-116.).
12. Turhan, Z., Dilcen, H., Dolu, İ. (2022). The mediating role of health literacy on the relationship between health care system distrust and vaccine hesitancy during COVID-19 pandemic. *Curr Psychol* 41, 8147–8156.
13. Uğurluoğlu, Ö., Demir, İ., Ürek, D. (2019). Sağlık kurumlarında stratejik yönetim. Ankara: Nobel Yayınevi.
14. Wu, J., Li, H., Lin, Z., Goh, K.-Y. (2015). How Big Data And Analytics Reshape The Wearable Device Market – The Context Of E-Health. *International Journal Of Production Research*, 55(17), 5168–5182.
15. Yeşildal, M., Erişen, MA., Kıracı, R. (2020). Sağlık sistemlerine güvensizlik: bir geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Usays ad*, 6 (2), 251-259.
16. Zhao, Y., Ni, Q. ve Zhou, R. (2018). What Factors Influence The Mobile Health Service Adoption? A Meta-Analysis And The Moderating Role Of Age. *International Journal Of Information Management*, 43, 342-350.

## B12 Test İsteminin Akılcı Laboratuvar Kullanımı Projesi Kapsamında Değerlendirilmesi

Gülnur TEKİN<sup>1</sup>, Ferdi BİŞKİN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sorumlu Yazar: glnrtn@gmail.com

Laboratuvar testlerinin gereksiz istemi, sağlık sistemi için büyük bir iş yükü ve maliyet oluşturmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından, hastanelerde hastalara doğru tanı konulması, test sonuçlarının klinik yararlılığının artırılması ve test istemlerinin maliyet etkin olarak sürdürülebilmesi amacıyla tıbbi laboratuvarlardan gereksiz istenen test sayısını azaltıcı faaliyetleri düzenlemek için 2018 yılında “Akılcı Laboratuvar Kullanımı Projesi” başlatılmıştır. Bu proje sayesinde, acil ve yoğun bakım üniteleri dışındaki birimlerden yapılan test istemlerinin sağlık hizmet sunucuları tarafından ne kadar etkin bir şekilde uygulanabileceğinin belirlenmesi, fayda ve maliyet analizlerinin tespit edilebilmesi ve sonuç çıktılarının değerlendirilebilmesi hedeflenmektedir.

Araştırma, tıbbi biyokimya laboratuvarına tıbbi bölümlerden gelen B12 vitamini tetkik isteminin gereksizlik ve maliyet açısından retrospektif yaklaşımla analizini amaçlamaktadır. Bu bağlamda, Konya'daki bir üniversite hastanesinin veri tabanında mevcut olan B12 vitamini test istemi verileri analiz edilerek akılcı laboratuvar uygulamasının öncesi ve sonrası şeklinde değişim ortaya konulmuştur.

Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesi, akılcı laboratuvar uygulamasına 2018 eylül ayında başlamıştır. Bu sebeple, akılcı laboratuvar kullanımının test istemlerine etkisini ölçebilmek amacıyla, hastanenin akılcı laboratuvar uygulamasına geçtiği tarihten 2 yıl öncesi ve 2 yıl sonrasına ait veriler araştırmaya dahil edilmiştir. İlgili zaman aralığı, 2016 eylül ayında 2020 eylül ayına kadar geçen süredir. Bu zaman aralığında yapılmış B12 test istemi verileri hastane veri tabanından alınmıştır. Araştırma verilerinin analizi Excel programında hücreler arası formüller kullanılarak yapılmıştır. B12 vitamini testlerinin 2016 Eylül'den 2020 Eylül ayına kadar yapılan istemler hesaplanarak frekans ve yüzde oranları hesaplanmıştır. Gereksiz testlerin maliyetleri ise Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) sağlık hizmetleri fiyat tarifi üzerinden hesaplanmıştır.

Analizler sonucunda, 2016-2018 yılları arası toplam B12 istem sayısı 73.074, toplam tutar 605.096 TL, 2018-2020 yılları arası toplam B12 istem sayısı 73.432, toplam tutar 601.402 TL'dir. Araştırmanın asıl amacını oluşturan hatalı test istemleri, 2016-2018 yılları arasında 17.333 adet ve 146.117,2 TL, 2018-2020 yılları arasında 16.405 adet ve 136.372,1 TL olarak hesaplanmıştır. Hesaplamalara göre B12 vitaminin 2018 yılı öncesi iki yıl ve sonrası iki yıl karşılaştırılmasında, hatalı test istem sayısında 2018 yılı sonrasında %5,35 oranında azalma görülürken, hatalı test istem tutarında 2018 yılı sonrasında %6,67 oranında azalma tespit edilmiştir. 2016 ve 2020 yılları arasında toplamda en fazla gereksiz test isteminin hematoloji polikliniği (6.372), endokrin polikliniği (3.859) ve nöroloji polikliniğinden (3.467) yapıldığı saptanmıştır.

Klinisyenlerin gereksiz tetkik istemleri, mali bir yük oluşmasının yanı sıra hem laboratuvarında zaman ve iş gücü kaybına hem de hastaların tedavi süreçlerinde istenmeyen olumsuz durumlara sebep olmaktadır. Dolayısıyla, gereksiz tetkik istemlerinin hem hasta açısından oluşturduğu olumsuzlukları önlemek hem de gerçek maliyetin belirlenmesi için ülke genelinde daha büyük oranda araştırmaların yapılması önem taşımaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Akılcı Laboratuvar Kullanımı Projesi, Gereksiz Test İstemi, Gereksiz Test İstem Maliyeti, Retrospektif Analiz

### Evaluation of B12 Test Request Within The Scope of Rational Laboratory Utilization Project

Unnecessary ordering of laboratory tests creates a huge workload and cost for the healthcare system. The “Rational Use of Laboratory Project” was initiated by the Ministry of Health in 2018 to organize activities to reduce the number of unnecessary tests requested from medical laboratories in order to diagnose patients correctly, increase the clinical usefulness of test results, and maintain cost-effective test orders. This project aims to determine how effectively health service providers can implement test requests from units other than emergency and intensive care units, to identify cost and benefit analyses, and to evaluate the outputs. The aim of the research is to analyze the vitamin B12 test request coming from the medical departments to the medical biochemistry laboratory with a retrospective approach in terms of unnecessaryness and cost. In this context, the vitamin B12 test request data available in the database of a university hospital in Konya was analyzed and the change in the form of before and after the rational laboratory application was revealed.

The university hospital, where the research was conducted, started its rational laboratory practice in September 2018. For this reason, data belonging to 2 years before and 2 years after the hospital's transition to rational laboratory practice were included in the study in order to measure the effect of rational laboratory use on test requests. The relevant time period is from September 2016 to September 2020. B12 test request data made during this time period were retrieved from the hospital database. The analysis of the research data was made using the formulas between cells in the Excel program. The frequency and percentage rates of vitamin B12 tests were calculated by calculating the requests made from September 2016 to September 2020. The costs of unnecessary tests were calculated over the health services price description of the Social Security Institution Health Implementation Communiqué (SUT). As a result of the analysis, the total number of B12 requests between 2016-2018 is 73.074, the total amount is 605.096 TL, the total number of B12 requests between 2018-2020 is 73.432, the total amount is 601.402 TL. Faulty test requests, which constitute the main purpose of the research, were calculated as 17,333 and 146,117.2 TL between 2016-2018, and 16,405 and 136,372.1 TL between 2018-2020. According to the calculations, in the comparison of vitamin B12 two years before and two years after 2018, a 5.35% decrease was observed in the number of false test requests after 2018, while a 6.67% decrease was found in the cost of false

test requests after 2018. Between 2016 and 2020, it was determined that the highest number of unnecessary test requests were made from hematology polyclinic (6,372), endocrine polyclinic (3,859) and neurology polyclinic (3,467).

Unnecessary examination requests by clinicians cause both a loss of time and labor in the laboratory and undesirable negative situations in the treatment processes of patients, as well as a financial burden. Therefore, it is important to conduct more studies across the country in order to prevent the negative effects of unnecessary test requests for the patient and to determine the real cost

**Keywords:** Rational Use of Laboratory Project, Unnecessary Test Request, Unnecessary Test Request Cost, Retrospective Analysis

## Giriş

Sağlık hizmetlerinde tıbbi laboratuvarlar, yüksek hacimli tıbbi faaliyetlerdir. Laboratuvar verileri tıbbi karar verme sürecinde oldukça önemli olmakla beraber, tıbbi teşhislerin %70'inde etkili olmaktadır (Erasmus ve Zemlin, 2009). Tıbbi laboratuvar testlerine olan talep ise tıbbi aktiviteyle orantısız şekilde artmaktadır (Bozyiğit, 2019). Laboratuvar testleri sağlık sistemine büyük miktarda maliyetlere neden olsa da teşhis ve tedavi sürecinde hayati önem taşımaktadır. Laboratuvar süreçlerinde testlerin gereksiz istemi ise, sağlık hizmeti sunumundaki diğer verimsizliklerle ilgili olduğu düşünülmektedir.

Sağlık kurumlarında klinisyenlerin aşırı test istemi yapmasının temel nedenleri; uygun testlerin istemi konusunda deneyimsizlik veya bilgi eksikliği, önceki sonuçların kontrol edilememesi, değiştirilmesi zor olan test istem rutinleri ve tıbbi uygulama hatasına bağlı yasal yaptırımlar olabilmektedir (Kwok ve Jones, 2004; Khalifa ve Khalid, 2014). Tanı ve tedavi sürecinde hataya ve belirsizliğe toleransın olmaması da aşırı test istemine neden olmaktadır (Freedman, 2015). Ne yazık ki, klinisyenler, genellikle aşırı kullanımın sonuçlarının farkında olmamaktadır. Bu yüzden laboratuvar testlerinin gerçek maliyetleri, test istemi yapılırken göz ardı edildiği düşünülmektedir (Cadamuro vd., 2019).

Sağlık hizmetlerinde hastaya, doğru ve hızlı tanı konulmasında klinisyenin, laboratuvar ve hastane bilgi sisteminin organize iletişimi oldukça önemlidir. Fakat laboratuvarlar doğru ve hızlı sonuç vermeye çalışırken bir yandan da yüksek test maliyetlerinin baskısını yaşamaktadırlar. Klinisyenler, testin yanlış yorumlanmasından kaynaklı ya da alışkanlık gereği testin tekrarlanması isteyebilmektedir (Kaplan, 2019). Bu durum ise gereksiz test maliyeti oluşturmaktadır. Gereksiz test maliyetlerinin önüne geçmek amacıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından, Akılcı Laboratuvar Kullanımı Projesi kapsamında, Akılcı Test İstem Prosedürü belirlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı tarafından 2018 yılında uygulamaya koyulan, hastanelerde hastalara doğru tanı konulması, test sonuçlarının klinik yararlılığının artırılması, test istemlerinin maliyet etkili olarak sürdürülebilmesi ve tıbbi laboratuvarlarda, gereksiz istenen test sayısını azaltıcı faaliyetleri düzenlemek amacıyla "Akılcı Laboratuvar Kullanımı Projesi" başlatılmıştır. Bu proje ile, acil ve yoğun bakım üniteleri dışındaki birimlerden istenen test istemlerinin sağlık hizmeti sunucuları tarafından ne kadar etkin bir şekilde uygulanabileceğinin belirlenmesi, fayda ve maliyet analizlerinin tespit edilebilmesi ve sonuç çıktılarının değerlendirilebilmesi amaçlanmaktadır (sağlik.gov.tr).

Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan akılcı laboratuvar kullanımı projesinin test istem aşamaları şu şekildedir;

Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) veya hasta test istemi hizmetini ve sonuçlarını hekime sunmakla yükümlü bilgi yönetim sistemi kapsamındaki test isteme sayfası, her test için bir hastaya ait geçmiş en az son iki test sonucunu klinisyenin tek bir tıklama ile görebilmesine olanak verecek biçimde düzenlenir.

Klinisyenin bir test için, "Tıbbi Biyokimya Grubu Akılcı Test İstem Listesi"ndeki Bakanlıkça belirlenmiş test istem periyodundan daha kısa sürede bir testi istemesi durumunda, ekrana "Test istem periyodu uyarısı! İstedığınız testin ... tarihinde ..... sonucu mevcuttur. İstem'e devam etmek istediğinizden emin misiniz?-Evet/Hayır" uyarısı gelir.

Klinisyen, "Evet"i seçtiğinde test istemi gerçekleşir, "Hayır"ı seçtiğinde ise test istemi gerçekleşmez.

"Tıbbi Mikrobiyoloji Grubu Akılcı Test İstem Listesi"ndeki testler için Bakanlıkça, "koşul" başlığı altında, test isteminin hangi durumlarda yapılmasının gerekli olduğu açıklanmış ve test istem periyotları belirlenmiştir. SBYS'de veya hasta test istemi hizmetini ve sonuçlarını hekime sunmakla yükümlü bilgi yönetim sisteminde test istem koşullarına ve periyotlarına göre ilgili testlerin istemleri yapılır.

Test istem ekranında "Emin misiniz?" uyarısına rağmen yapılmış test istemi olması halinde (örneğin: Estradiol testi için 0-12 gün içerisinde istem yapılması) sağlık hizmet sunucuları tarafından hekim bazında istatistiki kayıt tutulur. İlgili kayıtlar gerektiği durumlarda Bakanlığa tablolama programları tarafından işlenebilir formatta bir elektronik dosya olarak tıbbi laboratuvar birim sorumlusu tarafından bildirilir.

Bu araştırma, tıbbi biyokimya laboratuvarına, tıbbi bölümlerden gelen B12 vitamini tetkik isteminin gereksiz istemi ve buna bağlı olarak oluşan gereksiz maliyetinin, retrospektif yaklaşımla analizini amaçlamaktadır. Bunun için, Konya'daki bir üniversite hastanesinin veri tabanında mevcut olan B12 vitamini test istemi verileri analiz edilerek, akılcı laboratuvar uygulamasının öncesi ve sonrası şeklinde değişim ortaya koyulmuştur.

## Yöntem

Araştırmanın yapıldığı üniversite hastanesi, akılcı laboratuvar uygulamasına 2018 Eylül ayında başlamıştır. Bu sebeple, akılcı laboratuvar kullanımının test istemlerine etkisini ölçebilmek amacıyla, hastanenin akılcı laboratuvar uygulamasına geçtiği tarihten iki yıl öncesi ve iki yıl sonrasına ait veriler, hastanenin bilgi sisteminden alınarak araştırmaya dahil edilmiştir. 2016 Eylül ayından 2020 Eylül ayına kadar tıbbi birimlerden yapılan tüm B12 vitamini istemleri, hastane veri tabanından alınmıştır.

Tıbbi biyokimya grubu akılcı test istem listesinde, B12 vitamini test istem süresi 365 gün olarak belirlenmiştir. Buna göre, B12 vitamin testi istenen bir hastadan 365 gün içerisinde tekrar istenen B12 vitamini testi gereksiz test ve dolayısıyla gereksiz maliyet olarak değerlendirilmiştir.



Araştırma verilerinin analizi Excel programında hücreler ve sayfalar arası formüller kullanılarak yapılmıştır. B12 vitamini testlerinin 2016 Eylül'den 2020 Eylül ayına kadar yapılan istemler hesaplanarak frekans ve yüzde oranları hesaplanmıştır. Gereksiz testlerin maliyetleri ise Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) sağlık hizmetleri fiyat tarifi üzerinden hesaplanmıştır.

### Bulgular

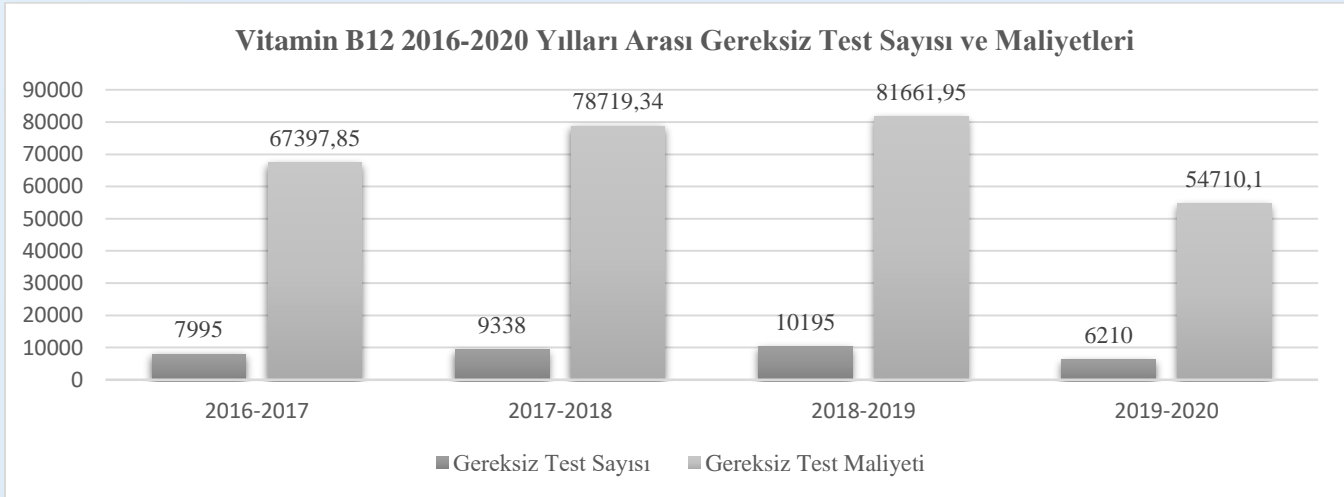
Gereksiz test hesaplamasından önce, tüm tıbbi birimlerden istenen B12 vitamini testinin toplam sayısına ulaşılmış, acil ve yoğun bakım birimleri toplam sayıdan çıkarılarak, hastaların dosya numaraları ile tekrar eden gereksiz test istemleri ve maliyetleri hesaplanmıştır.

Tablo 1. B12 Vitamini Test İstem ve Maliyetleri

Vitamin B12	Test İstem Sayısı	Test İstem Tutarı	Gereksiz Test Sayısı	Gereksiz Test Maliyeti
2016-2018	73074	605096 TL	17333	146117,19 TL
2018-2020	73432	601402 TL	16405	136372,05 TL
Değişim	0,49%	-0,61%	-5,35%	-6,67%

Analizler sonucunda, 2016 Eylül ayından 2018 Eylül ayına kadar geçen süre içinde toplam B12 istem sayısı 73074, toplam maliyet 605.096 TL, 2018 Eylül ayından 2020 Eylül ayına kadar geçen süre içinde toplam B12 istem sayısı 73432, toplam maliyet 601.402 TL'dir. Araştırmanın asıl amacını oluşturan gereksiz test istemleri ve maliyetleri, 2016 Eylül ayından 2018 Eylül ayına kadar geçen süre içinde toplam 17333 adet ve 146.117,19 TL, 2018 Eylül ayından 2020 Eylül ayına kadar geçen süre içinde toplam 16405 adet ve 136.372,05 TL olarak hesaplanmıştır. Hesaplamalara göre B12 vitamininin 2018 yılı öncesi iki yıl ve sonrası iki yıl karşılaştırılmasında, 2018 yılı sonrasında gereksiz test istem sayısında %5,35, gereksiz test istem maliyetinde %6,67 oranında azalma tespit edilmiştir. 2016 ve 2020 yılları arasında toplamda en fazla gereksiz test isteminin hematoloji polikliniği (6.372 adet), endokrin polikliniği (3.859 adet) ve nöroloji polikliniğinden (3.467 adet) yapıldığı saptanmıştır.

B12 vitamininin, yıl bazında gereksiz test istemi ve maliyetlerinin karşılaştırması yapılmış ve sonuçlar grafiksel olarak şekil 1'de verilmiştir. Grafik incelendiğinde, 2016 Eylül ayından 2017 Eylül ayına kadar olan süre içinde 7995 adet gereksiz test istemi ve 67.397,85 TL gereksiz test maliyeti, 2017 Eylül ayından 2018 Eylül ayına kadar olan süre içinde 9338 adet gereksiz test istemi ve 78.719,34 TL gereksiz test maliyeti, 2018 Eylül ayından 2019 Eylül ayına kadar olan süre içinde 10.195 adet gereksiz test istemi ve 81.661,95 TL gereksiz test maliyeti, 2019 Eylül ayından 2020 Eylül ayına kadar olan süre içinde ise 6210 adet gereksiz test istemi ve 54.710,1 TL gereksiz test maliyeti hesaplanmıştır. Bu sonuçlara göre, en fazla gereksiz test istemi ve maliyetinin 2018-2019 yılları arasında yapıldığı, en az gereksiz test istemi ve maliyetinin ise 2019-2020 yılları arasında yapıldığı anlaşılmaktadır. Bu da akılcı laboratuvar uygulamasının etkili olduğunu göstermektedir.



Şekil 1. Vitamin B12 2016-2020 Yılları Arası Gereksiz Test Sayısı ve Maliyetleri

### Sonuç

Laboratuvar testlerinin gereksiz kullanımı ve özellikle aşırı kullanımı sadece maliyet bakımından değil, hasta güvenliği üzerinde önemli bir etkiye sahip olması bakımından da üzerinde durulması gereken bir konudur. Yanlış tanı ve tedavinin önüne geçmek gereğiyle istenen her test, hastanın tedavisi için gerçekten gerekli olmayabilir. Klinisyenlerin gereksiz tetkik istemleri, mali bir yük oluşturmasının yanı sıra, hem laboratuvarında zaman ve iş gücü kaybına hem de hastaların tedavi süreçlerinde istenmeyen olumsuz durumlara sebep olabilmektedir. Gereksiz istenen testler, gerçek tanıyı geciktirerek ve hastanede kalış süresini uzatarak hastada strese de sebebiyet verebilmektedir. Ayrıca gereksiz istenen testler hastanelerdeki sınırlı olan kaynak kullanımını da artırmaktadır. Bu yüzden gereksiz test istemlerinin önüne geçilebilmesi, hem hastalar hem de sağlık kurumları açısından yararlı olacaktır.

Araştırma sonucuna göre, 2018 yılında uygulanmaya başlanan akılcı laboratuvar uygulamasının B12 vitamini testinin isteminde ve maliyetlerinde azalmayı sağladığı görülmüştür. Gereksiz test istem maliyetinin önüne geçmeyi amaçlayan akılcı laboratuvar uygulaması ile birlikte 2018 yılı sonrasında B12 vitamini test maliyetinde %6,67 oranında azalma şeklinde bir başarı söz konusudur. Yalnızca Konya ilindeki tek bir üniversite hastanesinin B12 testi isteminde Akılcı laboratuvar uygulamasının etkisinin değerlendirildiği bu çalışmada, uygulamanın etkinliği ile ilgili, tüm uygulama için genel bir sonuç vermek mümkün değildir. Buna rağmen bu araştırma, akılcı laboratuvar uygulamasının etkinliği hakkında bir fikir verebilir. Gereksiz tetkik istemlerinin hem hasta açısından oluşturduğu olumsuzlukları önlemek hem de gerçek maliyetin belirlenmesi ve uygulamanın etkinliğinin değerlendirilebilmesi için, ülke genelinde daha büyük oranda araştırmaların yapılması uygun olabilir.

#### Kaynaklar

1. Bozyiğit, C. (2019). *Uygun test tekrarlarının retrospektif analizi. Uzmanlık Tezi, Bursa Uludağ Üniversitesi.*
2. Cadamuro, J., Ibarz, M., Cornes, M., Nybo, M., Haschke-Becher, E., Von Meyer, A., Lippi, G., & Simundic, A. (2019). *Managing inappropriate utilization of laboratory resources. Diagnosis, 6(1), 5-13.*
3. Erasmus, R.T., & Zemlin, A.E. (2009). *Clinical audit in the laboratory. J Clin Pathol, 62, 593-597.*
4. Freedman, D.B. (2015). *Towards better test utilization-strategies to improve physician ordering and their impact on patient outcomes. The Journal Of The International Federation Of Clinical Chemistry And Laboratory Medicine. 26(1), 15-30.*
5. Kaplan, Z. (2020). *Kanıt dayalı tıp ile akılcı laboratuvar kullanım yönteminin hastane işlem maliyetleri üzerindeki etkisi: Bir üniversite hastanesi uygulama örneği. Yüksek Lisans Tezi, Düzce Üniversitesi.*
6. Khalifa, M., & Khalid, P. (2014). *Reducing Unnecessary Laboratory Testing Using Health Informatics Applications: A Case Study on a Tertiary Care Hospital. Procedia Computer Science, 37, 253-260.*
7. Kwok, J. & Jones, B. (2005). *Unnecessary repeat requesting of tests: An audit in a government hospital immunology laboratory. J Clin Pathol, 58, 457-462. doi: 10.1136/jcp.2004.021691*
8. <https://tetkikteshis.saglik.gov.tr> (Erişim: 10.09.2021).

## Mültecilerin Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisine Çoğulcu Bakış Açısı: Bir Sistematik Derleme

Gözde TETİK<sup>1</sup>, Semanur OKTAY<sup>1</sup>

<sup>1</sup>İstanbul Gelişim Üniversitesi

Sorumlu Yazar: gtetik@gelisim.edu.tr

Türkiye'nin hemen hemen her bölgesinde giderek artan mülteci sayısı, siyasal, sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan toplumu ve bireyleri etkilemenin yanı sıra sağlık sistemini de etkilemektedir. Bu durum sağlık çalışanları ve sağlık hizmetlerine erişmeye çalışan mülteciler açısından birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Özellikle 2011 yılının Mart ayından itibaren çok sayıda mültecinin Türkiye'ye gelmesi ve bu sayının her geçen sene artması sağlık sistemi üzerinde ekstra bir yük oluşmasına sebep olmuştur. Bunun sonucunda ise sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunların yanı sıra mültecilerin sağlık hizmetlerine yetersiz erişimi, hem mültecilerin hem de Türkiye nüfusunun sağlığı üzerinde ciddi sonuçları beraberinde getirmiştir.

Bu araştırmada "Sağlık çalışanlarının mültecilere sağlık hizmeti sunarken yaşadıkları sorunlar nelerdir?" ve "Mültecilerin sağlık hizmeti alırken yaşadıkları sorunlar nelerdir?" sorularına cevap bulabilmek amacıyla literatürde konuyla ilgili yer alan çalışmaların "sistemik derleme" yöntemiyle gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Araştırmaya dahil edilen makaleler (n=24) dahil etme ve hariç tutma kriterleri ve PRISMA gözden geçirme standartları kapsamında "Google Akademik, Dergipark, ULAKBİM" veri tabanları taranarak belirlenmiştir. Tarama "VE" Boolean bağlacı kullanılarak, "mülteci", "sığınmacı", "sağlık" ve "sağlık hizmetleri" anahtar kelimeleri kullanılarak yapılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgular araştırma sorularına bağlı olarak iki boyutta açıklanmıştır. Araştırmaya dahil edilen çalışmalar "Sağlık profesyonellerinin mültecilere hizmet sunarken yaşadığı sorunlar" (n=14) ve "Mültecilerin sağlık hizmeti alırken yaşadığı sorunlar" (n=10) çerçevesinde incelenmiştir. Araştırma sonucunda sağlık çalışanlarının mültecilere sağlık hizmeti sunarken yaşadıkları sorunlar arasında en çok tekrar eden temanın iletişim sorunu olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra sağlık çalışanları iş yüklerinin ve tükenmişlik seviyelerinin arttığını, kültürel farklılıklar sebebiyle tanı ve tedavi süreçlerini etkili yürütemediklerini ve cinsiyet ayrımına tabi tutulduklarını ifade etmişlerdir. Mültecilerin Türk sağlık sistemi üzerindeki en önemli etkisi ise artan iş yükü sebebiyle sağlık hizmet sunumu kalitesinin düşmesi olarak nitelendirilebilir. Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı temel sorunlar olarak ise sağlık çalışanlarının tutumu, iletişim sorunları ve maddi yetersizlikler ön plana çıkmaktadır. Özellikle dil ve kültür problemleri ve maddi yetersizlikler sağlık personeline ve ilaca erişimde sıkıntılara yol açmaktadır.

Ele alınan araştırma sorularının her ikisinde de ortak temanın iletişim sorunu olduğu görülmektedir. İletişim, sağlık hizmetleri sunumunda hem sağlık çalışanları hem de mülteciler için en önemli sorundur. Bunun yanı sıra mültecilerin sevk zincirini dikkate almamaları ve bu nedenle oluşan hizmet yoğunluğunun sağlık hizmet sunumu kalitesini düşürmesi mültecilerin Türk sağlık sistemi üzerindeki en önemli etkisi olarak görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Mülteci, sağlık, sağlık hizmetleri.

### A Pluralist Perspective on the Impact of Refugees on Health Services: A Systematic Review

The increasing number of refugees in almost every region of Turkey affects the health system as well as affecting the society and individuals politically, socially, culturally and economically. This situation brings many problems for health professionals and refugees trying to access health services. Especially since March 2011, the arrival of a large number of refugees in Turkey and the increase in this number each year caused an extra burden on the health system. As a result, in addition to the problems experienced by health workers, the inadequate access of refugees to health services has brought serious consequences on the health of both refugees and the population of Turkey.

In this research, "What are the problems experienced by healthcare professionals while providing healthcare services to refugees?" and "What are the problems refugees face while receiving health care services?" In order to find answers to the questions, it is aimed to review the studies on the subject in the literature with the "systematic review" method. Articles included in the research (n=24) were determined by scanning the databases of "Google Scholar, Dergipark, ULAKBİM" within the scope of inclusion and exclusion criteria and PRISMA review standards. The search was conducted using the Boolean conjunction "AND" and the keywords "refugee", "health" and "health care".

The findings obtained in the research were explained in two dimensions depending on the research questions. The studies included in the research were examined within the framework of "Problems experienced by health professionals while providing services to refugees" (n=14) and "Problems experienced by refugees while receiving healthcare services" (n=10). In addition, health workers stated that their workload and burnout levels increased, that they could not carry out the diagnosis and treatment processes effectively due to cultural differences, and that they were subjected to gender discrimination. The most important effect of refugees on the Turkish health system can be described as the decrease in the quality of health service delivery due to the increasing workload. The attitudes of health workers, communication problems and financial inadequacies come to the fore as the main problems that refugees experience in accessing health services. Especially language and cultural problems and financial inadequacies cause difficulties in accessing healthcare personnel and medicines.

It is seen that the common theme in both of the research questions addressed is the communication problem. Communication is the most important problem for both health workers and refugees in the provision of health services. In addition, the fact that refugees do not take the referral chain into account and that the resulting service density reduces the quality of health service delivery is seen as the most important effect of refugees on the Turkish health system.

**Keywords:** *Refugee, health, health services.*

## Giriş

Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği'nin 2022 yılı için yayınladığı raporda zulüm, çatışma, şiddet, insan hakları ihlalleri veya kamu düzenini ciddi şekilde bozan olaylar sonucunda dünya çapında 108,4 milyon insanın zorla yerinden edildiği ortaya konulmuştur. Bu göçmenlerin 35.3 milyonu mülteci. Söz konusu raporda Türkiye'nin yaklaşık 3,6 milyon mülteciye ev sahipliği yaparak dünya genelinde mültecilere ev sahipliği yapma konusunda birinci sırada olduğu ifade edilmektedir. Sayılardan anlaşılacağı üzere Türkiye, dünya genelindeki mültecileri kabul etmede ön sıralarda yer almakta ve Türkiye tarafından geçici koruma sağlanan Suriyeliler, Türkiye'deki mülteci varlığı içinde sayıca en büyük grubu oluşturmaktadır (Atar ve ark., 2022; UNHCR, 2023). Mültecilerin Türkiye'nin hemen hemen her bölgesinde giderek artan sayısal yoğunluğu siyasal, sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan toplumu ve bireyleri etkilemenin yanı sıra sağlık sistemini de etkilemektedir (Korkmaz, 2014; Beşer ve Tekkaş Kerman, 2017). Mültecilerin sağlığının korunması ve kaliteli sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması temelde bir insanlık hakkıdır. Bu nedenle Türkiye'de mültecilere yönelik sunulan yardımların başında sağlık hizmetleri gelmektedir (Yıldız ve Yıldız, 2017). Ancak çok sayıda mültecinin Türkiye'ye sığınması ve bu sayının her geçen sene artması sağlık sistemi üzerinde ekstra yük oluşmasına sebep olmaktadır. Bunun sonucu olarak ise sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunların yanı sıra sığınmacıların sağlığa yetersiz erişimi, hem sığınmacıların hem de Türkiye nüfusunun sağlığı üzerinde ciddi sonuçları beraberinde getirmektedir (Beşer ve Tekkaş Kerman, 2017).

Türkiye'de mültecilere yönelik sağlık hizmeti sunumu yasal düzenlemelere dayanmaktadır (Keleşmehmet, 2018). İlk olarak 2014 yılında çıkarılan ve Suriye'den gelen tüm kayıtlı mültecilere birinci basamak ve ikinci basamak sağlık hizmetlerine ücretsiz erişim hakkı tanıyan "Geçici Koruma Yönetmeliği" ile mültecilerin sağlığının korunması yasal dayanak altına alınmış ve Suriyeli göçmenlere yönelik sağlık hizmet sunumu tanımlanmıştır (Diker, 2018). Bunun yanı sıra mültecilerin birinci basamak sağlık hizmetlerinden faydalanabilmeleri için mültecilerin sayısal olarak çoğunlukta oldukları bölgelere Göçmen Sağlığı Merkezleri kurulmuş ve bu merkezlerde standart sağlık profesyonellerinin yanı sıra çevirmenler, fizyologlar ve sosyal hizmet uzmanları istihdam edilmiştir (Diker, 2018; Güner ve ark., 2022). Söz konusu düzenlemelerin temel amacı sağlık hizmeti sunumu olmakla beraber mültecilerin yaşadığı eşitsizlikleri azaltmak ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin iyileştirilmesi de ikincil amaçlar arasında gösterilmektedir (Diker, 2018). Ancak her ne kadar yasal düzenlemeler açısından önemli adımlar atılmış olsa da uygulamada çeşitli sorunlar var olmaya devam etmekte ve mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimini sektöre ugramaktadır (Öztürk ve Çoltu, 2018; Diker, 2018).

Nüfus artışı, nüfusun yaşlanması ve göç gibi değişkenler sağlık hizmeti sunumunu doğrudan etkileyen ve sağlık sistemini dönüşüme zorlayan önemli değişkenlerdir. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından yayınlanan verilere göre 31 Aralık 2022 tarihi itibarıyla Türkiye nüfusu 85 milyon 279 bin 553 sayısına ulaşmıştır (TÜİK, 2023). Türkiye nüfusunun 3,5 milyonunu ise kayıtlı mülteciler oluşturmaktadır (UNHCR, 2023). Sağlık insan gücü sağlık sisteminin en önemli girdisidir ve sağlık sistemleri varlığını devam ettirebilmek için sağlık insan gücüne ihtiyaç duymaktadır (Zurn ve ark., 2004; DSÖ, 2016). Dolayısıyla etkili bir sağlık sistemi, yeterli sayıda sağlık profesyoneline sahip olmaya, sağlık profesyonellerinin kendilerine verilen görevler iyi bir şekilde yerine getirmek için ihtiyaç duydukları araçlara ve motivasyona sahip olmalarına bağlıdır (Liu ve ark., 2017). Ancak sayıları 3,5 milyonu bulmuş olan mültecilerin de etkisiyle sağlık kurumlarının yükü her geçen gün artmakta, sağlık çalışanları kapasitelerinin üzerinde hizmet vermek durumunda kalmakta ve sağlık insan gücü yetersiz kalmaktadır (Akköz Çevik, 2016; Aslan vd., 2018). T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2 Ekim 2023 tarihinde yayınlanmış olan Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni verilerine göre 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 2022 yılında 2021 yılına göre artış göstererek 1.000 kişiye 2,28 oranına ulaşmış olsa da söz konusu sayı OECD ülkelerinin gerisinde kalmaktadır (OECD, 2022; Bora Başara ve ark., 2023). Söz konusu rakamlara bakıldığında mültecilerin nüfusa eklenmesinin sağlık çalışanlarının çalışma şartlarını zorlaştırdığını ve sağlık çalışanlarının iş yüklerini artırıcı bir etkiye sebep olduklarını söylemek mümkündür (Çal vd. 2021; Alay, 2022). Bununla birlikte mültecilerin sağlık hizmetleri üzerine etkisi yalnızca sayısal bir yoğunluk yaratmamakta aynı zamanda hizmet sunumunun işleyişi ve kalitesini de olumsuz etkilemektedir (Zengin, 2021).

Bu büyüklükteki bir mülteci akınının sağlık sistemi için ciddi sonuçları olabileceği, hizmet sunumunun sürekliliğini tehdit edebileceği, yönetimi istikrarsızlaştırabileceği ve bakıma erişimi sınırlandırabileceği göz önüne alındığında mültecilerin sağlık sistemleri üzerine etkisi, araştırılması gereken önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada ulusal literatürde yapılmış olan çalışmalardan yola çıkılarak mülteci kaynaklı ilave nüfus baskısının sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti sunarken yaşadığı sorunlar ve mültecilerin sağlık hizmeti alırken yaşadıkları sorunlar ele alınarak mültecilerin sağlık sistemi üzerindeki etkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır.

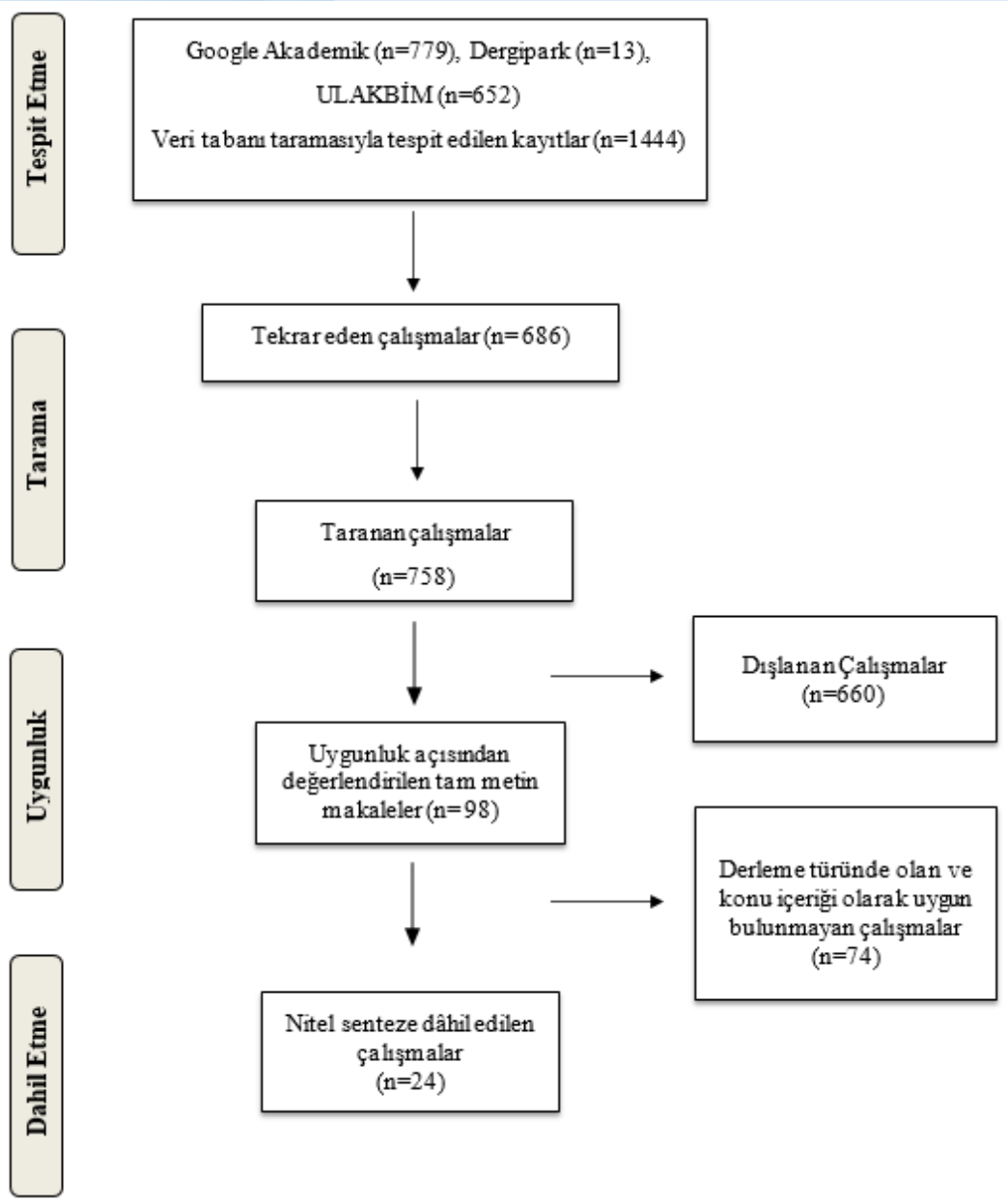
## Yöntem

Bu çalışmada "Sağlık çalışanlarının mültecilere sağlık hizmeti sunarken yaşadıkları sorunlar nelerdir?" ve "Mültecilerin sağlık hizmeti alırken yaşadıkları sorunlar nelerdir?" sorularına cevap bulabilmek amacıyla literatürde konuyla ilgili yer alan çalışmaların "sistemik derleme" yöntemiyle gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Sistemik derleme; belirli bir problem durumunda, o alanda yapılmış tüm araştırmaların taranarak, incelemeye dâhil edilecek çalışmaların uygunluğuna karar verilmesi ve bulgularının sentezlenmesidir (Dickersin ve ark., 1994). Sistemik derlemeye dahil edilecek makalelerin belirlenmesi için ulusal literatürden yararlanılmış ve "Google Akademik, Dergipark, ULAKBİM" veri tabanları taranmıştır. Tarama, anahtar kelimeler arasında "VE" Boolean bağlacı kullanılarak ve "mülteci" VE "sağlık", "mülteci VE "sağlık hizmetleri", "sığınmacı" VE "sağlık", "sığınmacı" VE "sağlık hizmetleri" anahtar kelimeleri kullanılarak yapılmıştır. Sistemik derlemeye dahil edilen çalışmaların seçiminde kullanılan kriterlere Tablo 1'de yer verilmiştir.

Tablo 1. Dahil Etme ve Dışlama Kriterleri

Dahil Etme Kriterleri	Dışlama Kriterleri
2011- 2023 yılları arasında yapılmış olan çalışmalar	2011 yılı öncesinde yapılmış olan çalışmalar
Yayın dili Türkçe olan çalışmalar	Yayın dili Türkçe olmayan çalışmalar
Konu ile ilgili yayınlanmış açık erişimli ve tam metni olan çalışmalar	Tam metnine ulaşılamayan çalışmalar
Türkiye’de yapılmış olan çalışmalar	Farklı ülkelerde yapılan çalışmalar
Mültecilerin sağlık hizmetleri üzerine etkisini belirlemeyi konu alan çalışmalar	

Veri tabanlarının taranması süreci 1 haftalık zaman diliminde gerçekleştirilmiştir. Tarama kapsamında 2011-2023 (Temmuz ayı) yılları arasında yayınlanmış makaleler yer almaktadır. Bunun nedeni, Suriyeli mültecilerin ilk olarak Türkiye’ye gelmeye başladığı dönemin 2011 yılı olmasından ve özellikle 2011 yılından sonra yapılmış çalışmaların sayısının artmasından kaynaklanmaktadır. Bu sistematik derlemede PRISMA adı verilen kanıta dayalı gözden geçirme standartları kullanılmış ve detaylar akış şeması olarak Şekil 1’de paylaşılmıştır.



Şekil 1. PRISMA Akış Şeması

Sistemik derlemeye dahil edilecek çalışmaların belirlenmesi için yapılan ilk taramada Google Akademik (n=779), DergiPark (n=13), ULAKBİM (n=652) veri tabanlarından toplamda 1444 çalışma elde edilmiştir. İkinci taramada aynı adla tekrar eden 686 çalışma toplam veriden çıkarılmıştır. Tekrar eden çalışmalar çıkarıldıktan sonra başlık ve özet okuması yapılmıştır ve mültecilerin yaşadığı toplumsal, kültürel ya da politik sorunları ele alan (n=660) çalışmalar da çıkarılmıştır. Son taramada 98 tam metin makale detaylı incelenmiş ve derleme niteliğinde olan ve konu olarak mültecilerin hastalıklarına, klinik bulgularına yönelik yapılmış çalışmalar çıkarılarak araştırmanın amacına uygun olanlar seçilmiş ve dahil edilen çalışma sayısı (n=24) belirlenmiştir.

## Bulgular

Tablo 1. Sistematik Derlemeye Dahil Edilen Makaleler Sağlık Profesyonellerinin Mültecilere Sağlık Hizmeti Sunarken Yaşadığı Sorunlar

Makale Numarası	Yazar/ Yazarlar	Çalışmanın Yeri	Çalışmanın Deseni	Örneklem	Çalışmanın Amacı	Sonuç ve Tartışma
(1)	Koçan, S. Demirci Güngördü, N. 2017	Çanakkale	Fenomenolojik yaklaşım	2 Hekim 2 Hemşire 3 ATT	Sağlık çalışanlarının ve göçmenlerin karşılaştıkları sorunların bir grup sağlık çalışanının bakış açısıyla belirlenmesi amaçlanmıştır.	Sağlık çalışanlarının ve göçmenlerin karşılaştıkları sorunlar iki ana tema olarak ayrılmıştır. Sağlık çalışanlarının karşılaştıkları sorunlar arasında “iletişim eksikliği, iş yükünün artması, bilgilendirilmiş onam alınamama, mahremiyet ihlali, empati kuramama, tanı ve tedavi sürecini etkili yürütememe, göçmenlere karşı kendilerini sorumlu hissetme” gibi başlıklar yer alırken; göçmenlerin karşılaştıkları sorunlar arasında ise “sağlık çalışanlarına karşı güven eksikliği, korku, sağlık güvencesinin olmaması, iletişim kuramama, bilgilendirilmiş onam verememe, mahremiyetini kontrol edememe” gibi başlıklar yer almıştır.
(2)	Akkoç, S. Tok, M. Hasırıpı, A. 2017	Amasya	Nicel Araştırma (Anket)	75 sağlık çalışanı	Sağlık çalışanlarının Türkiye’de yaşayan mültecilerle sağlık hizmeti sunumunda yaşadıkları sorunların tespit edilmesi amaçlanmıştır.	Sağlık personelinin çoğunluğunun, mülteci hastalarla kullandıkları dilin farklı olmasından kaynaklanan iletişim problemleri yaşadığı, sağlık personeline yönelik cinsiyet ayrımıyla karşılaştığı, hatta mülteciler veya yakınları tarafından şiddete uğradıkları ve mültecilerin hastane kurallarına uymakta sorun yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.
(3)	Eriş, H. Havlioğlu, S. Küçüközkan, Y. Özmen, S. 2017	Şanlıurfa	Kesitsel	258 Hemşire ve Ebe	Şanlıurfa’da yaşayan Suriyeli mülteciler için oluşturulan kampların bulunduğu ilçelerdeki hastanelerde görev yapmakta olan ebe ve hemşirelerin tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Mültecilerin tükenmişlik düzeylerinin ortalamalarının duygusal boyutta 2,30; duyarsızlaşma boyutunda 1,83 ve kişisel başarı boyutunda 1,45 olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Tükenmişliğin en yüksek olduğu boyutun duygusal tükenmişlik boyutu olduğu görülmüştür.

(4)	Aslan, Ş., Sünbül, F. ve Güzel, Ş. 2018	Kilis	Yüz yüze görüşme	11 Sağlık Çalışanı	Kilis'te geçici koruma altındaki Suriyelilerin sağlık hizmetleri üzerindeki etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.	Yoğun nüfus artışıyla birlikte sağlık hizmetlerine olan talep artışının sağlık hizmetlerinde yoğunluğa ve çeşitli sorunlara neden olduğu görülmüştür. Katılımcıların vurguladığı ortak konulardan birisi hizmet yoğunluğudur. Hizmet yoğunluğu etkililiği ve verimliliği derinden etkilemekte, aynı zamanda kaynak yetersizliği baş göstermektedir. Katılımcıların vurguladığı diğer konu ise farklı dillerin konuşulması nedeniyle yaşanan iletişim ve kültürel problemlerdir. Bu sorunlar aynı zamanda memnuniyet sorunlarına da neden olmaktadır. Ayrıca Kilis üzerindeki yoğun göç nedeniyle, fiziki alan ve sağlık insan gücünün yetersizliği önemli bir sorundur. Yoğun göçün etkisiyle daha önce hiç görülmemiş hastalıkların ve enfeksiyon oranlarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır.
(5)	Yıldırım, JG. 2019	İzmir	Fenomen olojik yaklaşım	15 Hemşirelik Öğrencisi	Hemşirelik öğrencilerinin staj yaptıkları kurumlardaki Suriyeli mültecilerle olan deneyimlerinin ve kültürler arası duyarlılığının belirlenmesi amaçlanmıştır.	Hemşire öğrencilerin mültecilerle iletişim, etnik farklılıklar ve sağlık personeli seçiminde cinsiyete yönelik sorunlar yaşadıkları görülmüştür.
(6)	Savcı, C. Şerbetçi, G. 2019	İstanbul	Tanımlay ıcı ve kesitsel	322 hemşire ve ebe	Hemşire ve ebelerin göçmen/sığınmacı/mülteci hastalara bakım verirken karşılaştıkları sorunların belirlenmesi amaçlanmıştır.	Hemşire ve ebeler bakım verirken, hasta ve hasta yakınları ile farklı dillerin konuşulması, bakım verilen hastaların tıbbi özgeçmişlerinin bilinmemesi ve kültürel farklılıklardan kaynaklanan sorunlarla karşılaştıkları sonucuna ulaşılmıştır.
(7)	Soysal, A. Erkek, S. 2019	Gaziantep	Kesitsel	110 sağlık çalışanı	Sağlık çalışanlarının Suriyeli sığınmacılara hizmet sunarken karşılaştıkları sorunların tespit edilmesi amaçlanmıştır.	Çalışmanın sonucunda sağlık çalışanlarının sığınmacılarla hizmet sunumu sırasında yaşadıkları en önemli sorunlar; iletişim, sağlık personeline yönelik yapılan cinsiyet ayrımı, randevu sistemini kullanımı ve resmi belgelerdeki eksiklikler olarak sıralanmıştır.



(8)	Küçükkendirc, H. Batı, S. 2020	Konya	Betimsel Tasarım	1254 sağlık çalışanı	Sağlık çalışanlarının mülteci ve sığınmacılara bakış açılarının toplum yaşamı ve sağlık hizmetleri boyutunda değerlendirilmesi amaçlanmıştır.	Çalışmada sağlık çalışanlarının bakış açısına göre, mültecilerin sağlığı ve iyi yaşaması için yeterli yaşam standartlarının olmadığı, mülteci ve sığınmacıların toplumun sağlığını ve sağlık hizmet politikalarını olumsuz yönde etkilediği, mültecilerin sağlık çalışanlarının iş yükünü arttırdığı görülmüştür. Sağlık çalışanları mülteci ve sığınmacıların sağlık kurumunu gereksiz yere kullandıklarını ve çalışma ortamını olumsuz etkilediklerini düşünmektedirler. Yine mültecilerle yaşanan iletişim problemlerinin olduğunu, mültecilerin kişisel hijyenlerinin yetersiz olduğunu, sağlıksız koşullarda yaşamalarından kaynaklı bulaşıcı hastalıkların yüksek olduğunu düşündükleri sonucuna ulaşılmıştır.
(9)	Başkaya, Y. Özdemir, K. Beytaş, Ş. Turtul B. 2021	Sakarya	Tanımlayıcı Kesitsel (Anket)	520 Öğrenci (Hemşirelik n=329, Ebelik n=191)	Hastanede uygulama eğitimi gören hemşirelik ve ebelik öğrencilerinin mülteci/sığınmacı hastalarla yaşadıkları sorunların tespit edilmesi ve sözsüz iletişime yatkınlık düzeylerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Öğrencilerin mülteci/sığınmacı hastalara bakım verirken iletişimde yaşanan sorunların olduğu ve sorunları çözmek için bireysel çaba gösterdikleri tespit edilmiştir.
(10)	Zengin, M. Düken, ME. Yayan, E.H. Suna Dağ, Y. 2021	Türkiye'nin doğusunda bulunan iki farklı il	Betimsel Tasarım	125 Hemşire	Çocuk servislerinde çalışan hemşirelerin sığınmacı çocuklara bakım verirken yaşadığı zorlukların belirlenmesi amaçlanmıştır.	Sağlık çalışanlarının yaşadığı zorlukların temelinde iletişim sorunları ve kültürel farklılıkların rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır.
(11)	Günbeği, M. Uygul Sazak, E. Turla, A. Aydın, B. 2022		Kesitsel Tanımlayıcı	571 Hekim	Sağlığa erişim hakkı çerçevesinde hekimlerin mültecilere verilen sağlık hizmetlerini değerlendirmesi ve tartışılması amaçlanmıştır.	Çalışmada hekimlerin mültecilerin tüm sağlık hizmetlerine erişememesi gerektiğini ve aynı klinik tabloya sahip Türk vatandaşlarına öncelik tanınması gerektiğini düşündükleri; mülteci hastalardan ayrıntılı anamnez alınmadığı veya nadiren alınabildiği, hastalara verilen tedavinin düzenli kullanılabildiğine inanmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Hekimlerin mültecilerin sağlık durumları hakkındaki eksik bilgileri, iletişim sorunları ve ön yargıları uygulamada meslek etiğine aykırı yaklaşımlara sebep olabilmektedir.
(12)	Hadımlı, A. Çakır Koçak, Y. Şener, AG. Üredi, N. 2022	İzmir	Tanımlayıcı (Anket – 19 soru)	254 Ebelik Öğrencisi	Ebelik öğrencilerinin, ders uygulamaları sırasında mülteci kadınlarla yaşadıkları iletişim sorunlarının ve iletişim	Çalışmada kadınlara verilen bakım sürecindeki en önemli sorunun iletişim olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ebelik öğrencilerinin iletişim sorununu çözebilmek için beden dilini kullandıkları, Türkçe bilen hasta yakınından veya

					becerilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.	başka bir hastadan yardım aldıkları ve iletişim sürekliliğini bu şekilde sağladıkları tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarının iş yükünün artmasıyla birlikte sağlık hizmet kalitesinin düştüğünü belirterek göçün Türkiye'deki sağlık sistemine etkisini değerlendirmişlerdir.
(13)	Çal, A. Çavuşoğlu, F. Aydın Avcı, İ. 2022	Samsun	Tanımlayıcı	339 Hemşire	Hemşirelerin mültecilere bakım verirken yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlara yönelik çözüm önerileri geliştirilmesi amaçlanmıştır.	Hemşirelerin yaşadıkları sorunlar arasında mültecilerin kültürel farklılıklarını tanıma ve iletişim kurmada sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. İletişim kurmada kendini yeterli hissedemeyen hemşirelerin bakım vermede de yeterli oldukları sonucuna ulaşılmıştır.
(14)	Artuğ Cansızlar, G. Beydağ, KD. 2022	İstanbul	Öyküleme Yüz yüze görüşme	5 hemşire 5 ebe	Ebe ve hemşirelerin mülteci gebe ve lohusa kadınlara verdikleri bakımı sürdürmede yaşadıkları zorlukların belirlenmesi amaçlanmıştır.	Hemşire ve ebelerin kadınlara bakım vermede ve sürdürmede çoğunlukla beden dilini kullandıkları, yanlış anlaşılmalara yaşandığı, bakım verirken tükenmiş hissettikleri tespit edilmiştir. Mültecilere bakım vermenin hemşire ve ebelerin yükünü artırdığını ve çalıştıkları kurumda bu hastalara yönelik bakım verme ve sürdürme konusunda bir düzenleme olmadığı belirtilmiştir. Kurumda 24 saat bir tercüman bulunmasının yaşanan iletişim sorunlarını gidermede etkili olabileceği konusunda öneriler verilmiştir.

Makale Numarası	Yazar/ Yazarlar	Çalışmanın Yeri	Çalışmanın Deseni	Örneklem	Çalışmanın Amacı	Sonuç ve Tartışma
(15)	Önal, A. Keklik B. 2016	Isparta	Nicel Anket (65 soru)	276 mülteci ve sığınmacı	Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim konusunda yaşadığı zorlukların belirlenmesi.	Mülteci/sığınmacıların sağlık hizmetlerinde yaşadıkları beş temel faktörün sağlık profesyonellerinin olumsuz yaklaşımları, ortak dil kullanmama, sağlık hizmetleri işleyişindeki olağan olumsuzluklar ve maddi yetersizlikler olduğu belirlenmiştir.
(16)	Demir, G. Bulucu Büyüksoy, GD.Gökçe 2016	Siirt	Tanımlayıcı Anket	298 Iraklı sığınmacı	Siirt'te bir kampta yaşayan Iraklı sığınmacıların yaşam koşullarının ve sağlık durumlarına ilişkin bazı özelliklerin tespit edilmesi.	Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde aynı dili konuşmama nedeniyle iletişim sorunları yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır.
(17)	Babacan, B. Coşkun, M. 2017	Hatay	Tanımlayıcı Anket (37 soru)	20 Suriyeli Sığınmacı	Hatay'daki Suriyeli sığınmacıların sağlık durumları ve sağlık hizmetlerini kullanma özelliklerinin belirlenmesi.	Sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimi noktasında yaşanan en büyük sorunun ekonomik yetersizlikler olduğu sığınmacıların en büyük isteklerinin ilaca ve sağlık profesyonellerine erişim olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
(18)	Kördeve, MK. 2017	Kocaeli	Tanımlayıcı	100 Suriyeli Mülteci	Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadıkları sorunların ortaya konulması.	Mültecilerin sağlık hizmetine erişimde herhangi bir sorun yaşamadıkları tespit edilmiştir.
(19)	Bakacak, AG. Akalın, E. Öktem, B. 2019	İstanbul, Ankara, Sakarya	Yüz yüze görüşmeler	41 Göçmen Kadın	Türkiye'de yaşayan kadın sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişim düzeylerinin belirlenmesi.	Göçmen kadınların sağlık kuruluşlarında karşılaştıkları olumsuz tutumlar, prosedürlerin kuruluştan kuruluşa farklılık gösteriyor olması, dil problemleri gibi nedenlerden dolayı mevcut sağlık problemlerini çözmekte zorluk yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 2. Sistematik Derlemeye Dahil Edilen Makaleler Mültecilerin Sağlık Hizmeti Alırken Yaşadığı Sorunlar

(20)	Gürbüz, S. 2019	Konya	Nitel Yarı yapılandırılmış görüşme	18 Suriyeli Kadın Sığınmacı	Suriyeli kadın sığınmacıların görüşleri doğrultusunda sağlık profesyonellerinin imajlarının tanımlanması.	Sağlık profesyonellerinin hizmet sunumunda bilgili, tecrübeli ve özenli olduğu ancak bazı katılımcı görüşlerine göre teşhis ve tedavinin tam olarak yapılmadığı bunun sonucunda ise tedavi amaçlı verilen ilaçların etkili olmadığı ve bu durumun tedavi sürecinin uzamasıyla sonuçlandığını düşündükleri bulunmuştur.
(21)	Zengin, M. Yayan, EH. Düken, ME. Suna Dağ, Y. 2021	Türkiye'nin doğusunda bulunan dört il	Betimsel tasarım	86 Suriyeli hasta	Suriyeli sığınmacıların kültürel farklılıklar sebebiyle sağlık hizmeti alırken yaşadıkları sorunların belirlenmesi.	Kültürel farklılıklar sebebiyle Suriyeli hastaların sağlık hizmeti alırken karşılaştıkları en büyük sorunun dil olduğu ve bunun doğal sonucu olarak iletişim sorunlarının yaşandığı sonucuna ulaşılmıştır.
(22)	Yeşilyurt, Ö. Savaşçı, E. 2022	Konya	Yarı yapılandırılmış görüşme	20 yabancı birey (Suriye 16, 3 Afganistan, 1 Irak)	Sığınmacı ve mültecilerin gözünden sağlık hizmetlerinde yaşanan iletişim sorunlarının değerlendirilip öneriler sunulması.	Sığınmacıların dil konusunda yeterli destek bulamadığı sağlık kurumlarında sorun yaşanmakta olduğu ve sağlık çalışanlarının tutumunun süreci kolaylaştırmada veya zorlaştırmada etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
(23)	Altındış, S. İnci, MB. Erkorkmaz, Ü. 2023	Sakarya	Kesitsel, Yüzyüze mülakat, Gözlem	500 anket, 50 kişi ile görüşme, 50 saatlik gözlem	Suriye ve Irak kökenli mültecilerin sağlık hizmetlerine erişiminin önündeki engellerin belirlenmesi.	Katılımcıların sağlık kurumlarının işleyişini öğrenme konusunda sorun yaşadıkları, sağlık kuruluşlarındaki bilgilendirmeleri anlamadıkları, randevu almada sorun yaşadıkları, sağlık profesyonelleri ile tanı/tedavi konusunda anlayamadıkları ve ilaçların kullanımına ilişkin sorunlar yaşadıkları tespit edilmiştir.
(24)	Altıparmak, YD. Akman, Y. 2023	Şanlıurfa	Kesitsel	617 Suriyeli	Kronik hastalığı olan Suriyeli mültecilerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilme durumlarının tespit edilmesi.	Kronik hastalıklara sahip olan sığınmacıların birinci basamak sağlık kurumlarına başvurmak yerine ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarına başvurdukları ve sevk zincirine uymadıkları tespit edilmiştir.

Bu araştırmada elde edilen bulgular araştırmanın amacına ve araştırma sorularına bağlı olarak iki boyutta açıklanmıştır. Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalar “Sağlık profesyonellerinin mültecilere hizmet sunarken yaşadığı sorunlar” (n=14) ve “Mültecilerin sağlık hizmeti alırken yaşadığı sorunlar” (n=10) çerçevesinde incelenmiştir.

Araştırmada dahil etme kriterlerine göre 2011-2023 yılları arasındaki çalışmaların yer alacağı belirtilmiştir. Derlemeye dahil edilen çalışmalar arasında diğer uygunluk kriterleri de göz önüne alındığında dahil edilen çalışmaların 2016-2023 yılları arasındaki çalışmaları kapsadığı görülmektedir. Dahil edilen çalışmalar arasında sayıca en çok çalışmanın 2017, 2019, 2022 (n=5) yıllarında yayınlandığı görülmektedir. Ülkemize gelen mülteci sayısındaki artış son yıllarda bu konuda yapılan çalışmalara yoğunlaşılmasının nedeni olarak söylenebilir. İncelemeye alınan çalışmalar nicel, nitel ve karma desen kullanılmış çalışmalardan oluşmaktadır. Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmalarda kullanılan araştırma yöntemleri ise anket, yüz yüze görüşme, (yapılandırılmış, yarı yapılandırılmış) ve gözlem yöntemlerinden oluşmaktadır.

Sistematik derlemenin amacı sağlık profesyonelleri ve mülteci bakış açısıyla sağlık hizmeti sunumunda yaşanan sorunları değerlendirmek olduğundan, çalışmalar örneklem bağlamıyla da ayrı olarak değerlendirilmiştir. Çalışmalarda kullanılan örneklem sayısının en az n=7 (1); en fazla ise n=1254 (8) olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Toplam örneklem sayısı ise sağlık profesyonelleri (n=3871) ve mülteciler (n=1476) ile birlikte 5347’dir. Çalışmaların yapıldığı şehirlerin dağılımı incelendiğinde, İstanbul, Konya, Sakarya’da üç tane; İzmir ve Şanlıurfa’da iki tane, Çanakkale, Amasya, Kilis, Hatay, Gaziantep, Samsun, Isparta, Siirt, Kocaeli, Ankara’da ise birer çalışma yapıldığı ve bir çalışmada da çalışmanın yapıldığı şehirlerin belirtilmediği görülmüştür.

### Tartışma

Mülteciler genellikle sıkıntılar ve sorunlara maruz kalan dezavantajlı gruplar arasındadır. Eğitim, sağlık, istihdam vb. alanlarda karşı karşıya kaldıkları sıkıntılar nedeniyle ekonomik ve sosyal yaşamdan dışlanmaktadır. Ancak mültecilerin belki de en az sıkıntı yaşamaları gereken alan sağlıktır. Çünkü sağlık hizmetleri en önemli ve acil olanıdır (Saleh ve ark., 2018). Araştırmadan elde edilen bulgular mültecilerin sağlık hizmeti alırken yaşadığı sorunlar ve sağlık sunucularının mültecilere sağlık hizmeti sunarken yaşadığı sorunlar olarak iki ekseninde açıklanmıştır.

Çalışmada sağlık personelinin mülteci ve sığınmacı hastalar ile farklı dilleri konuşmalarından kaynaklanan iletişim sorunu hem mültecilerin hem de sağlık sunucularının yaşadığı en büyük ortak problem olarak vurgulanabilir (Akkoç ve ark., 2017; Aslan ve ark., 2018; Savcı ve Şerbetçi, 2019; soysal ve Erkek, 2019; Başkaya ve ark., 2021; Zengin ve ark., 2021; Çal ve ark., 2022). Dil ve iletişim problemi verilen hizmetlerin doğru bir şekilde anlaşılmasını zorlaştırmakta ve bunun sonucu olarak alınan hizmetten duyulan memnuniyet azalmaktadır (Aslan ve ark., 2018). Sağlık çalışanları yaşanan iletişim sorunları için bireysel çaba ve çözümler üretmektedir (Başkaya ve ark., 2021; Hadımlı ve ark., 2022). Mülteci hastalarla çoğunlukla beden dili kullanılarak, Türkçe bilen hasta yakınından veya başka bir hastadan yardım alınarak iletişim sağlanmaya çalışıldığı sonucuna ulaşılmıştır (Eriş ve ark., 2017). Hadımlı ve ark., 2022). Hemşire ve ebelerin kadın, gebe ve lohusa hastalara bakım vermede zorluk çektikleri, iletişimde büyük oranda beden dilini kullandıkları ve iletişim sorunlarından kaynaklanan yanlış anlaşılmalara nedeniyle tükenmiş hissettikleri belirtilmiştir (Eriş ve ark., 2017; Cansızlar ve ark., 2022). Sistematik derleme kapsamına alınan çalışmaların sonuçlarına bakıldığında mülteciler ile iletişim konusunda kendilerini yeterli hissedenden hemşirelerin hizmet sunumunda daha verimli oldukları görülmüştür (Çal ve ark., 2022).

Sağlık çalışanları ile mülteciler arasındaki en büyük engellerden biri olarak görülen dil sorunu sağlık hizmet planlaması yapılırken göz önünde bulundurulursa hizmet kalitesinin artacağı düşünülmektedir (Küçükkendirci ve Batı, 2020). Sağlık kurumlarında 24 saat tercüman bulundurulması ve hatta sadece mülteci hastaların yararlanabileceği hastanelerin açılmasıyla birlikte yaşanan sorunların azalacağı öngörülmektedir (Cansızlar ve ark., 2022). İletişim sorununun yanında sağlık personeline yönelik yapılan cinsiyet ayrımı da önemli bir sorundur (Soysal ve Erkek, 2019; Yıldırım, 2019; Akkoç ve ark., 2017) ve sağlık personelinin yaşadığı cinsiyet ayrımı problemleri mülteci veya yakınları tarafından şiddete uğramalarına neden olabilmektedir (Akkoç ve ark., 2017).

Yoğun göçle birlikte yaşanan nüfus artışı sağlık hizmetlerine olan talebin artmasına neden olmaktadır. Sağlık hizmetlerine yönelik talebin artması ise hizmet sunumunda yoğunluğa neden olmakta ve birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Hizmet yoğunluğu, sağlık tesislerini ve sağlık insan gücünü yetersiz kılmakta, etkililiği ve verimliliği etkilemekte, kaliteli hizmet anlayışında tavizlere ve hatta kaynak yetersizliğine neden olabilmektedir (Aslan ve ark., 2018; Hadımlı ve ark., 2022). Sayısı 3.5 milyonu bulmuş mültecilerin etkisiyle sağlık çalışanları kapasitelerinin üzerinde hizmet vermek durumunda kalmakta ve sağlık insan gücü yetersiz kalmaktadır (Akköz Çevik, 2016). Sağlık kurumlarında mülteci hastalara yönelik verilecek bakımı sürdürme konusunda bir düzenleme bulunmamaktadır (Cansızlar ve ark., 2022). Sağlık çalışanları, bakım verdiği hastanın tıbbi özgeçmişlerinin bilinmemesi sorunlarıyla karşı karşıya kalmaktadır (Savcı ve Şerbetçi, 2019). Mülteci hastaların daha önceki sağlık verilerine ulaşamaması özellikle kadın, bebek ve çocukların takip edilmesinde zorlaştırıcı bir faktör olmaktadır (Aygün ve ark., 2015).

Mülteciler hastane kurallarına uyum sağlamakta zorluk yaşamaktadırlar (Akkoç ve ark., 2017). Mültecilerin sağlık kurumlarını gereksiz yere kullandığı ve çalışma ortamını olumsuz yönde etkilediğine dair bulgular da yaşanan sorunları desteklemektedir (Küçükkendirci ve Batı, 2020). Mültecilerin randevu sistemini kullanmama, resmi evrakları yanında bulundurmama gibi davranışları yine sağlık çalışanlarının hizmet sunumunda sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır (Soysal ve Erkek, 2019). Sağlık profesyonelleri arasında sosyal ve ekonomik açıdan mültecilere karşı kendilerini sorumlu hissedenden çalışanlar olabildiği gibi (Koçan ve Güngördü, 2017); mültecilerin sağlık hizmetlerine ücretsiz erişememesi gerektiğini düşünen, benzer klinik duruma sahip hastalar arasında Türk vatandaşlarının önceliklendirilmesi gerektiğini düşünen sağlık profesyonelleri de bulunmaktadır. Mültecilerin sağlığına ilişkin bilgilerin eksik oluşu, iletişim sorunu ve önyargıların uygulamada meslek etiğine aykırı yaklaşımlara neden olabileceği söylenebilmektedir (Günbeği ve ark., 2022).

Mülteci sayısının artışıyla birlikte ülkemizde daha önce hiç görülmemiş hastalıklar ortaya çıkmaya başlamış ve enfeksiyon oranları artmıştır (Aslan ve ark., 2018). Bulaşıcı hastalıkların oranının artmasında mültecilerin yeterli yaşam standartlarına sahip olmaması,

sağsız koşullarda yaşaması ve kişisel hijyenlerinin yetersiz olması gibi faktörler önemli rol oynamaktadır. Göç sırasında ve sonrasında oluşan bu olumsuz şartlar göçü dolaylı da olsa bulaşıcı hastalıklarla ilişkilendirmektedir (Sharara ve Kanj, 2014). Bu nedenle mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmet politikalarını bunun bir sonucu olarak ise toplumun sağlığını olumsuz yönde etkilediği düşünülmektedir (Küçükendirci ve Batı, 2020).

Mültecilerin sağlık hizmeti alırken yaşadığı temel sorunlar arasında ise hizmete erişim, maddi yetersizlikler, iletişim sorunları (Demir ve ark., 2016; Babacan ve ark., 2017; Gürbüz, 2019) ve sağlık personelinin olumsuz tutumu ve yer almaktadır (Önal ve Keklik, 2016; Bakacak ve ark., 2019). Mülteci hastaların sağlık hizmeti alırken sağlık çalışanları ile aynı dili kullanmaması ve kültürel farklılıklardan dolayı sorunlar yaşadıkları belirlenmiştir (Zengin ve ark., 2021). Günbeği ve arkadaşları (2022) çalışmasında hekimlerin mülteci hastalar ile diğer hastalarına aynı yaklaşımı gösteremediği sonucunu elde etmiştir. Mülteci hastalar kimi zaman sağlık çalışanlarına karşı güven eksikliği duyabilmekte ve hatta sağlık çalışanlarından korkabilmektedir (Koçan ve Güngördü, 2017). Bu nedenle sağlık personelinin tutumu iletişim sürecinin kolaylaşması veya zorlaşmasını etkileyen önemli bir faktör olarak görülmektedir (Yeşilyurt ve Savaşçı, 2022).

Mültecilerin en büyük beklentileri sağlık personeline ve ilaca erişimdir (Babacan ve Coşkun, 2017). Çoğunlukla mülteci kamplarında yaşam sürmekte olan mültecilerin yaşam koşulları iyileştirilmeye çalışılsa da kronik hastalıkların yaygınlaşmakta olduğu ve özellikle çocukların aşılmasının eksik olduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Demir ve ark., 2016). Sağlık personeli içinde ne kadar bilgili, deneyimli olup, titiz bir süreç yürütse de bazen teşhis ve tedaviler yapılamamakta, bu nedenle de verilen ilaçların etkili olmadığı görülmekte ve tedavinin uzamasına neden olmaktadır (Gürbüz, 2019; Günbeği ve ark., 2022). Kronik hastalığa sahip mülteci hastaların hastalıkları nedeniyle birinci basamaktan yararlanamayıp ihtiyaçlarını genellikle hastanelerden karşıladıkları sonucuna ulaşılmıştır (Altıparmak ve Akman, 2023). Mültecilerin sağlık sisteminin işleyişini öğrenmek, sağlık kuruluşlarındaki bilgilendirme/yönlendirme levhalarını anlamak, randevu almak, hekimle tanı-tedavi konusunda anlaşmak, ilaç temin etmede ya da ilacın kullanımı konusunda sorun yaşadıklarına ilişkin literatürde benzer sonuçlar yer almaktadır (Babacan ve Coşkun, 2017; Günbeği ve ark., 2022; Altındiş ve ark., 2023).

## Sonuç

Mültecilerin sağlık hizmetleri alımında, sağlık çalışanlarının da sağlık hizmeti sunumunda karşılıklı yaşadığı sorunlar bulunmaktadır. Çalışmalardan elde edilen bulgulara göre sağlık çalışanlarının mültecilere sağlık hizmeti sunarken yaşadıkları sorunlar arasında en çok tekrar eden temanın iletişim sorunu olduğu belirlenmiştir. Bunun yanı sıra sağlık çalışanları iş yüklerinin ve tükenmişlik seviyelerinin arttığını, kültürel farklılıklar sebebiyle tanı ve tedavi süreçlerini etkili yürütemediklerini ve cinsiyet ayrımına tabi tutulduklarını ifade etmişlerdir. Mültecilerin Türk sağlık sistemi üzerindeki en önemli etkisi ise artan iş yükü sebebiyle sağlık hizmet sunumu kalitesinin düşmesi olarak nitelendirilebilir. Mültecilerin sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı temel sorunlar olarak ise sağlık çalışanlarının tutumu, iletişim sorunları ve maddi yetersizlikler ön plana çıkmaktadır. Özellikle dil ve kültür problemleri ve maddi yetersizlikler, sağlık personeline ve ilaca erişimde sıkıntılara yol açmaktadır. Sağlık kurumlarındaki hekimlerin ve sağlık çalışanlarının mültecilere karşı olan olumsuz tutumları da mevcut sağlık sorunlarının çözülmesinde hala güçlük yaşanmasına neden olmaktadır.

Ele alınan araştırma sorularının her ikisinde de ortak temanın iletişim sorunu olduğu görülmektedir. İletişim, sağlık hizmetleri sunumunda hem sağlık çalışanı hem de mülteciler için en önemli sorundur. Bunun yanı sıra mültecilerin ülkenin sağlık sistemi ve sağlık çalışanları üzerinde oluşturduğu iş yükü ve bu nedenle oluşan hizmet yoğunluğunun sağlık hizmet sunumu kalitesini düşürmesi mültecilerin Türk sağlık sistemi üzerindeki en önemli etkisi olarak görülmektedir. Mültecilerin sağlık hizmetlerine kolaylıkla erişebilmeleri ve sağlık hizmetini kullanım önceliklerinin belirlenmesi de sağlık sistemindeki devamlılığı ve gelişimi sağlamak için önemlidir.

Sistematik derlemeye dahil edilen çalışmaların incelenmesi sonucunda bazı öneriler geliştirilmiştir. Bunlar;

Hem sağlık çalışanlarının hem de mültecilerin dil farklılığı sebebiyle yaşadıkları problemlerin çözümü doğrultusunda çalışmalar yapılması, mültecilerin yoğun bulunduğu bölgelerdeki sağlık kurumlarında tercüman sayısının artırılması ve kayıtlı mültecilerin Türkçe dil eğitiminin desteklenmesi,

Mültecilere sunulmakta olan sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanabilmesinin yanı sıra sağlık çalışanlarının üzerine yüklenmiş olan ekstra yükün azaltılabilmesi için neler yapılması gerektiğinin daha iyi anlaşılabilmesi adına mevcut durumu ortaya koyan daha fazla çalışmanın yapılması,

Mültecilerin Türkiye'nin hemen hemen her bölgesinde bulunduğu göz önüne alındığında mülteciler ile ilgili farklı illerde de çalışmalar yapılmasıdır.

## Kaynakça

1. Akkoç, S., Muhammed, T. O. K., & Hasiripi, A. (2017). Mülteci ve sığınmacı hastalara sağlık hizmeti sunulurken sağlık çalışanlarının yaşadığı sorunlar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 23-27.
2. Alay, F. (2022). Türkiye'de sağlık hizmet sunumunda Suriyeli sığınmacıların yol açtığı bölgelerarası dengesizliğin analizi (Master's thesis, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
3. Altındiş, S., İnci, M. B., & Erkorkmaz, Ü. (2023). Mültecilerde Sağlık Hizmetlerine Erişim. *Sağlık Bilimlerinde Değer*, 13(1), 113-118.
4. Altıparmak, Y. D., & Akman, M. (2023). Şanlıurfa'da Yaşayan Suriyeli Mültecilerde Kronik Hastalık Prevalansı ve Sağlık Hizmetinden Yararlanma Durumu. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 17(1), 150-156.
5. Aslan, Ş., Sümbül, F., ve Güzel, Ş., "Mültecilerin Kilis Sağlık Hizmetleri Üzerindeki Etkisi", *Sağlık Yönetimi ve Liderlik Dergisi*, Sayı: 1, 2018, ss. 48-58.

6. Atar, E., Hossain, F., & Sumnaya Kumasey, A. (2022). Public service provision for Syrian refugees in Turkey: challenges and prospects. *Asian journal of political science*, 30(1), 82-98.
7. Aygün, O., Gökdemir, Ö., Bulut, Ü., Yaprak, S., & Güldal, D. (2016). Evaluation of primary health care services which is provided to refugees within a public health center. *TJFM&PC*, 10(1), 6-12.
8. Babacan, B., Coşkun, M., Öztürk Dönmez, R., & Mermer, G. (2017). .Hatay'a Göç Eden Suriyeli Sığınmacıların Ev Yaşam Koşulları, Sağlık Durumları Ve Sağlık Hizmeti Kullanma Özellikleri *Türkiye Klinikleri Journal Of Nursing Sciences*, 9(4).
9. Bakacak, A. G., Akalın, E., & Öktem, P. (2019). Türkiye'ye Farklı Ülkelerden Göç Etmış Kadınların Sağlık Hizmetlerine Erişimi Üzerine Nitel Bir Alan Araştırması. *Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 36(2), 383-399.
10. Başara Bora, B. Aygün, A. Soyutun Çağlar, İ. Kulali, B. Ünal, G. (2023). Sağlık İstatistikleri Yılığ 2022 Haber Bülteni. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sayı 11.
11. Başkaya, Y., Özdemir, K., Beytaş, Ş., & Turtul, B. (2021). Ebelik ve Hemşirelik Öğrencilerinin Mülteci/Sığınmacı Hastalara Bakım Verme Sürecinde Yaşadıkları Sorunlar ve Sözsüz İletişime Yatkınlık Düzeyleri. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 10(2), 186-193.
12. Beşer, A., & Tekkaş Kerman, K. (2017). Göç eden bireylerin öncelikli sağlık sorunları ve sağlık hizmetine ulaşımındaki engeller. *Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics*, 3(3), 143-8.
13. Cansızlar, G. A., & Beydağ, K. D. (2022). Mülteci Gebe ve Lohusa Kadınlara Bakım Veren Ebe ve Hemşirelerin Bakım Verme ve Bakımı Sürdürmede Yaşadığı Güçlükler. *Dünya İnsan Bilimleri Dergisi*, 2022(2), 53-72.
14. Çal, A., Çavuşoğlu, F., & Avcı, İ.A. (2022). Hemşirelerin Göçmen Bireylere Bakım Verirken Yaşadıkları Sorunlar ve Çözümüne Yönelik Öneriler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 15(2), 197-206.
15. Çevik, S. A. (2016). Suriye'den Türkiye'ye göç'ün etkileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 80-83.
16. Demir, G., Bulucu Büyüksoy, GD. (2016). Siirt İlinde Bir Kampta Yaşayan Sığınmacıların Yaşam Koşullarının ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bazı Özelliklerinin Belirlenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 32(2), 75-84.
17. Dickersin, K., Scherer, R., & Lefebvre, C. (1994). Systematic reviews: identifying relevant studies for systematic reviews. *Bmj*, 309(6964), 1286-1291.
18. Diker, E. (2018) "Türkiye'deki Suriyeli Mültecilerle İlgili Kaynakçalar: Sağlık", Koç Üniversitesi Göç Araştırmaları Uygulama ve Araştırma Merkezi, FMRC Serisi No:1.
19. Eriş, H., Havlioğlu, S., Küçüközkan, Y., & Özmen, S. Suriyeli Mülteci Kamplarının Bulunduğu İlçelerde Çalışan Hemşire ve Ebelerin Tükenmişlik Seviyesi: Şanlıurfa Örneği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(3), 326-339.
20. Günbeği, M., Uygul, E. S., Turla, A., & Aydın, B. (2023). Hekimlerin Mültecilere Yönelik Sağlık Hizmetleri Hakkındaki Görüşleri ve Sağlık Hizmeti Sunumundaki Yaklaşımları. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 32(2), 123-129.
21. Güner, A. E., Hatipoğlu, M., Kocayığıt, E., Şahin, E., Peksu, S., & Bilal, A. (2022). İstanbul'da Göçmen Sağlığı Merkezlerinde Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Değerlendirilmesi. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 16(2), 321-329.
22. Gürbüz, S. (2019). Suriyeli Sığınmacı Kadınlar Örneğinde Sağlık Personeli İmajı. *Kurgu*, 27(3), 53-65.
23. Hadımlı, A., Koçak, Y. Ç., Şener, A. G., & Üredi, N. (2022). Ebelik Öğrencilerinin Klinik Uygulamaları Sırasında Mülteci/Sığınmacı Kadınlarla İletişimde Yaşadıkları Güçlükler. *Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 6(1), 1-9.
24. Keleşmehmet, H. (2018). Dünyada ve Türkiye'de göçmen sağlığı. *The Journal of Turkish Family Physician*, 9(4), 119-126.
25. Koçan, S., Demirci Güngördü, N., Demir, A., & Üstün, Ç. (2017). Bir Grup Sağlık Çalışanının Bakış Açısıyla Göçmen Sorunu: Nitel Bir Çalışma. *Electronic Turkish Studies*, 12(31).
26. Korkmaz, A. Ç. (2014). Sığınmacıların sağlık ve hemşirelik hizmetlerine yarattığı sorunlar. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1(1), 37-42.
27. Kördeve, M. K. (2017). Suriyeli Mültecilerin Sağlık Hizmetlerine Erişimi: Bir Alan Araştırması. *Sağlık Yönetimi Dergisi*, 1(2), 1-12.
28. Küçükkendirci, H., & Batı, S. (2020). Konya'da sağlık çalışanlarının mülteci ve sığınmacılara bakış açısının değerlendirilmesi. *Genel Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 28-39.
29. Liu, J. X., Goryakin, Y., Maeda, A., Bruckner, T., & Scheffler, R. (2017). Global health workforce labor market projections for 2030. *Human resources for health*, 15(1), 1-12.
30. OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>.
31. Önal, A., & Keklik, B. (2016). Mülteci ve sığınmacıların sağlık hizmetlerine erişimde yaşadığı sorunlar: Isparta ilinde bir uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7(15), 132-148.

32. Saleh, A., Aydın, S., & Koçak, O. (2018). Türkiye, Lübnan ve Ürdün'de Bulunan Suriyeli göçmenlerin sağlık hizmetlerine erişimleri ve hizmetlerin sağlanması ile ilgili karşılaştırmalı bir değerlendirme. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, 8, 16.
33. Savcı, C., & Şerbetçi, G. (2019). Göçmen/Mülteci/Sığınmacı Hastalara Bakım Veren Hemşire ve Ebelerin Karşılaştıkları Güçlüklerin Belirlenmesi. *International Social Sciences Studies Journal*, 4(43).
34. Soysal, A., & Erkek, S. (2019). Sağlık Hizmetleri Sunumunda Suriyeli Hastalarla Karşılaşılan Sorunlar: Gaziantep İlinde Bir Araştırma. *Uluslararası Kahramanmaraş Yönetim, Ekonomi ve Siyaset Kongresi Bildiri Kitabı* (ss. 13-25) içinde. Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Kahramanmaraş.
35. Türk Tabipler Birliği (2014). Suriyeli sığınmacılar ve sağlık hizmetleri raporu. Ankara.
36. UNHCR. *Global Trends: Forced Displacement in 2022*. (2023). Available online at: <https://www.unhcr.org/sites/default/files/2023-06/global-trends-report-2022.pdf> (Erişim tarihi; 4 Ekim 2023).
37. World Health Organization. (2016). *Global strategy on human resources for health: workforce 2030*.
38. Yeşilyurt, Ö., & Savaşçı, E. (2022). Sığınmacı Ve Mültecilerin Sağlık İletişim Sorunları Üzerine Bir Değerlendirme. *İçtimaiyat*, 6(Göç ve Mültecilik Özel Sayısı), 286-306.
39. Yıldırım, J. G. (2019). Suriyeli Mültecilere bakım veren hemşire öğrencilerin deneyimleri: Olgubilim Çalışması. *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 28(4), 263-271.
40. Yıldız, T., & Yıldız, İ. (2017). Suriyelilerin Türkiye Ekonomisinde Kayıt Dışı İstihdama Etkileri ve Bunun Yansıması Olarak Türkiye'ye Maliyetleri Üzerine Bir İnceleme. *İktisadi İdari ve Siyasal Araştırmalar Dergisi*, 2(3), 30-46.
41. Zengin, M., Düken, M. E., Yayan, E. H., & Suna, Y. (2021). Hemşirelerin Suriyeli Sığınmacı Çocuklara Bakım Verirken Yaşadığı Güçlükler. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 9(1), 252-263.
42. Zengin, M., Yayan, E. H., Düken, M. E., & Suna, Y. (2021). Suriyeli Sığınmacıların Sosyo-Kültürel Farklılıklarının Sağlık Hizmetlerine Yansıması. *Bandırma Onyedil Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 3(1), 11-17.
43. Zurn, P., Dal Poz, M. R., Stilwell, B., & Adams, O. (2004). Imbalance in the health workforce. *Human resources for health*, 2( 1), 1-12.



## İzmir 112 Acil Sağlık Hizmetleri Helikopter Ambulans Vakalarının Değerlendirilmesi

Nurgül KÖMÜRÇÜ<sup>1</sup>, Emine ÇETİN ASLAN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bakırçay Üniversitesi

<sup>2</sup>Bakırçay Üniversitesi

Sorumlu Yazar: nrglkmrc@gmail.com

**Amaç:** Bu çalışmanın amacı, 2018- 2022 yılları arasında İzmir 112 acil sağlık hizmetlerine bağlı helikopter ambulansın faaliyetlerinin ve hizmetten yararlanan hastaların özelliklerinin belirlenmesidir.

**Gereç ve Yöntem:** Çalışma geriye dönük, kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, 2018-2022 yılları arasındaki beş yıllık dönemde, İzmir 112 acil sağlık hizmetlerinde gerçekleşen helikopter ambulansı vakaları oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri, İzmir 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği, Acil Sağlık Otomasyon Sisteminden alınmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden yararlanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 paket programı ve Microsoft Excel kullanılarak analiz edilmiştir. Helikopter ambulansı ile nakledilen vakaların ön tanıları ICD 10'a (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- 10th revision) göre gruplandırılmıştır. Helikopter ambulansların olay yerinde bekleme, organ nakli ve ilaç antidotu nakli görevlendirmeleri ile görev iptali olarak kodlanan görevlendirmeleri analizlere alınmamış, yalnızca bilgi olarak özetlenmiştir.

**Bulgular:** Araştırma döneminde helikopter ambulans ile nakledilen toplam hasta sayısı 975 bulunmuştur. Helikopter ambulansın yıllık görevlendirme sayıları değişiklik göstermekte olup, en fazla hasta (278 vaka toplam vakaların %28,5'i) 2021 yılında taşınmıştır. Helikopter ambulans için en sık çağrı nedenin (628 vaka ve %64,4) nakil olduğu ve en sık hastaneler arası nakil amaçlı kullanıldığı bulunmuştur. Bu vakaların 897'si bölge içi vakalar olup, bunların 878'i (%90,05) İzmir'den yapılan hasta sevklerini içermektedir. Helikopter ambulans ile taşınan hastaların 653'ü (%67) erkektir. Hasta yaşları sıfırdan başlayarak 20'şer yıllık gruplar halinde sınıflandırılmıştır. Yaş grupları içerisinde en büyük payı (484 vaka ve %49,64) olanı 60 yaş ve üzeri, en küçük payı (126 vaka ve %12,92) 20-39 yaş grubu oluşturmaktadır. Hastaların %963'ü (%98,8) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı ve 950'si (%97,44) ile Sosyal Güvenlik Kurumu sigortalısıdır. Helikopter ambulans ile nakledilen hastalar en fazla kardiyovasküler sistem hastalıkları (546 vaka, %56) ve travma (163, %16,72) ön tanısı almışlardır. Hastaların %75,10'u kırmızı ve %0,5'i siyah triaj grubunda yer almaktadır. Hastaneler arası nakillerin en sık nedenlerinin (593 vaka ve %60,82) uzman hekim ve tıbbi ekipman (68 vaka ve %6,97) ihtiyacından kaynaklandığı bulunmuştur. Helikopter ambulansı ile hastaneler arası nakilde (hastayı teslim alıp sevk edilen hastaneye ulaşım) ortalama uçuş süresi 31,25±19,149 dakika, olay yerinden alınıp hastaneye nakledilen vakalarda ise ortalama 21,56±8,353 dakikadır.

**Sonuç:** Helikopter ambulans genel olarak acil müdahale gerektiren ve gerekli uzman hekimin bulunmadığı durumlarda, hastaların daha hızlı tedavi almasını sağlamak amacıyla kullanılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Anahtar Kelimeler; Acil sağlık hizmetleri, Hastane öncesi acil sağlık hizmetleri, Helikopter ambulans, İzmir

### İzmir 112 Emergency Health Services Helicopter Ambulance Evaluation of Case

**Aims:** The aim of this study is to determine the activities of the helicopter ambulance connected to İzmir 112 emergency health services between 2018 and 2022 and the characteristics of the patients benefiting from that service.

**Materials and Methods:** The study is a retrospective, cross-sectional study. The universe of the research consists of helicopter ambulance cases that took place in İzmir 112 emergency health services in the five-year period between 2018-2022. The study data were obtained from the İzmir 112 Provincial Ambulance Service Chief Physician, Emergency Health Automation System. Descriptive statistics were used in the analysis of the data. Data were analysed using the SPSS 22.0 package program and Microsoft Excel. Pre-diagnosis of patients who transferred by helicopter ambulance were grouped according to ICD 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10th revision). Helicopter ambulances were not included in the analysis, as they were coded as waiting at the scene, organ transplant and drug antidote transfer assignments, and mission cancellation. Summarized as information only.

**Results:** The total number of patients transferred by helicopter ambulance during the research period was 975. The annual assignment numbers of the helicopter ambulance vary, and the highest number of patients (278 cases, 28.5% of the total cases) was transported in 2021. It was found that the most common reason for calling for a helicopter ambulance (628 cases and 64.4%) was transportation and it was most frequently used for transportation between hospitals. 897 of these cases are intra-regional cases and 878 (90.05%) of these include patient referrals from İzmir. Of the patients transported by helicopter ambulance, 653 (67%) were male. The ages of the patients were classified into groups of 20 years, starting from zero. The largest share (484 cases and 49.64%) among the age groups is 60 years and older, and the smallest share (126 cases and 12.92%) is the 20-39 age group. Of the patients, 963% (98.8%) were citizens of the Republic of Turkey and 950 (97.44%) were insured by the Social Security Institution. Patients who were transported by helicopter ambulance were mostly pre-diagnosed with cardiovascular system diseases (546 cases, 56%) and trauma (163, 16.72%). 75.10% of the patients are in the red triage group and 0.5% in the black triage group. It was found that the most common reasons for transfers between hospitals (593 cases and 60.82%) were due to the need for specialist physicians and medical equipment (68 cases and 6.97%). The average flight time by helicopter ambulance is 31.25±19.149 minutes for transfers between hospitals (transferring the patient to the hospital where they are delivered) and 21.56±8.353 minutes for the cases taken from the scene and transferred to the hospital.

**Conclusion:** Helicopter ambulance was generally used in cases where emergency intervention was required and the necessary specialist physician was not available, in order to enable patients to receive treatment faster.

**Keywords:** Keywords; Emergency health services, Pre-hospital emergency health services, Helicopter ambulance, İzmir

## Giriş

Hastane öncesi acil sağlık hizmetlerinin amacı, acil durumlarda bireylere acil tıbbi bakım ve tedavinin sağlanmasıdır. Olağanüstü hallerde ortaya çıkan acil yardım ihtiyacı, ani gelişen sağlık sorunlarının yönetilmesini ve sağlık kurumuna ulaşmayı gerekli kılmaktadır. Bu hizmetlerin etkili ve hızlı şekilde sunulması ile kronik hastalıklara ve travmaya bağlı gelişen akut durumlar, hastalık ve ölüm oranları azaltılabilmektedir (Barnett ve ark, 2006). Acil sağlık hizmetleri, hastane öncesinde ambulanslar ile hastanelerde ise acil servislerde sunulan sağlık hizmetlerini içermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2006). Ambulanslar kara, deniz ve hava ambulansları olarak sınıflandırılmaktadır. Hava ambulansları acil tıbbi müdahale ve hastaların nakli amacı ile kullanılan ulusal sivil havacılıkla yetkili kurumlardan uçuş ve çalışma izinlerinin alındığı ve yönetmeliklerde belirlenen tıbbi cihaz ve donanıma sahip helikopter ve uçaklardır (Sağlık Bakanlığı, 2006).

Helikopter ambulansları askeri operasyonlarda ortaya çıkmış ve özel sivil hava ambulansları fikrine ilham vermiştir. Sivil helikopterlerin hasta veya yaralıların taşınması için kullanılması modern acil sağlık sistemlerinin önemli bir parçası haline gelmiştir. Kara ambulanslarının, mesafe ya da uygun olmayan arazi koşulları nedeniyle, olay yerine uygun bir müdahale süresinde ulaşamadığı durumlarda helikopter ambulansları kullanılabilir (Muhlbauer ve ark, 2016). Helikopter ambulanslar, gerekli bakımın sunulabileceği sağlık tesislerine uzak ve zaman kaybına duyarlı olan hastaların hayatlarının kurtarılmasında önemli rol oynamaktadır. Uzak bölgelerdeki hastalara, diğer hastalar ile eşit olanaklar sunabilir (Floccare ve ark, 2013). Helikopter ambulansının geniş kapsama alanı ile kırsal alandaki travmalı hastaya daha hızlı, etkin ve kısa sürede ulaşım sağlaması gibi avantajlar sağlamaktadır (Pham ve ark, 2017).

Helikopter ambulans kullanımında avantajlar kadar, kullanımında göz önünde bulundurulması gereken bazı alanlar da bulunmaktadır. Helikopter ambulansının hava koşullarına bağlı gelişebilecek kaza riski kara ambulansı ile benzerdir. Örneğin hasta ağırlığı, hava koşulları, hava trafiği, yakıt ikmal gibi birçok faktör uçuş öncesinde dikkate alınmalıdır. Helikopter ambulansı ile sağlanacak acil sağlık sunumu en pahalı hastane öncesi tedavi yöntemlerinden birini temsil ettiğinden, bunların kullanımına yönelik prosedür ve politikalar belirlenirken faydalarının göz önünde bulundurulması gerekebilir. Gelişmekte olan ülkelerin bu pahalı ve kıt kaynağı dikkatli bir şekilde kullanması esastır (Galvagno ve ark, 2012). Helikopter ambulansının kullanımına ait maliyet etkinliği ile ilgili bilgilerin ve bu alanda yapılan çalışmalarda literatürün yetersizliği, helikopter ambulans ve personel hizmet alımlarına ait politika belgelerinin dayandırılacağı temel bilgiler olmadığından bu konu üzerinde net yorum yapılamamaktadır (Muhlbauer ve ark, 2016).

Türkiye’de helikopter ambulans hizmetleri, ilk olarak 28.10.2008 tarihinde Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde hizmet veren iki helikopter ambulans ile başlamıştır. 2009 yılının mart ayında ise ülke genelinde sayıları artırılarak yaygınlaşması sağlanmıştır. 16.05.2023 tarihi itibarı ile İstanbul, Ankara, İzmir, Antalya, Adana, Samsun, Konya, Erzurum, Trabzon, Malatya, Kayseri, Van ve Diyarbakır illerinde birer adet olmak üzere toplam 13 adet helikopter ve üç adet uçak ambulans hizmet vermektedir. İzmir 112 acil sağlık hizmetlerinde ise ilk helikopter ambulans kullanımı 2009 yılının şubat ayında başlamıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen şehirlerde yer alan helikopter ambulanslarının bölgesi içerisindeki idaresi ve sevk bulduğu ile ait İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı 112 Komuta Kontrol Merkezleri (KKM) tarafından gerçekleştirilen, bölge dışı idare ve sevk ise genel müdürlük bünyesinde Bakanlık Ambulans Hava Operasyon Merkezi tarafından gerçekleştirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2023).

Helikopter ambulanslarının sorumluluk sahası içinde görev emri ve kara ambulans sistemiyle entegrasyonu, konuşulan ilin 112 acil KKM’ce sağlanacaktır. Yönlendirme, 112 il ambulans servisi başhekimisi onayı takiben, 112 Acil KKM tarafından telsiz veya telefon aracılığı ile en kısa sürede, hava ambulans ekibinin görevlendirilmesi suretiyle yerine getirilir. Ayrıca 112 acil KKM durumun niteliğine göre ihtiyaç duyduğu diğer kurum ve kuruluşları da bilgilendirir (Sağlık Bakanlığı, 2011). KKM helikopter ambulansının uygun olan heliport/iniş alanına yönlendirilmesini sağlar. KKM yönlendirmenin yanı sıra sevk edilen hastane acil servisine vaka ile ilgili bilgilendirmeyi yapar. Helikopter iniş alanı hastanede ise çevre güvenliğinin alınması, alanın boş tutulması ve ışıklandırılması hastane başhekimliğinin sorumluluğundadır Hastanın tedavi göreceği sağlık kurumuna ait heliport alanı yoksa en yakın ve iniş kalkış yapabileceği stadyum vb. bölgeler tespit edilerek çevre helikopter uçuş ekibine bilgi verir. KKM bölgeden aldığı hastayı alıp nakledilmesi için kara ambulansını yönlendirir (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında yayımlanan ve 17.10.2011 tarihinde güncellenen Ambulans Hava Aracı İşletmesine Dair Esasların 7.3.1. maddesinde Hava Ambulans İle Hasta Nakli İçin genel kriterler şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı, 2011);

“Kara ambulanslarının hastaya ulaşma süresinin 30 dakika veya daha uzun olduğu durumlar,

Afet ve olağan dışı durumlar,

İklim ve arazi şartlarının vakaya ulaşılmasının zor olduğu ve hastanın en uygun sağlık kurumuna nakli için gereken zamanın hastanın ölüme ya da sakat kalması bakımından risk oluşturduğu durumlar,

Adalardan veya denizden hasta naklinin yapılması gereken durumlar,

Olay yerine sağlık ekiplerinin acil bir şekilde ulaştırılması gereken durumlar,

Birden çok hasta ya da yaralı taşınmasının gerekli olduğu durumlar,

Yurt içi ve yurt dışına sağlık ekibi, tıbbi malzeme ve ekipman sevkinin gerekli olduğu durumlar,

Organ ve organ nakli ekibinin taşınması gereken durumlar,

Salgın vb. durumlarda aşıların gerektiği bölgelere taşınması gereken durumlar,

Acil ihtiyaç durumlarında kan naklinin gerekli olduğu durumlar,  
Yoğun bakım şartlarında tutulması gereken yenidoğanların nakillerinin sağlanması gereken durumlar,  
Erişkin ve çocuk hastalarda yoğun bakım ihtiyacı gerektiği ve bulunduğu ilde yoğun bakımlarda yer bulunmadığı durumlar,  
Hastanın gerekli stabilizasyonu sağlandıktan sonra ileri tetkik ve tedavisinin gerekli olması ile nakli zorunlu olan durumlar,  
Ayrıca yukarıda ifade edilen durumlar dışında Genel müdürlük tarafından uygun görülen diğer görevler.”  
Sağlık Bakanlığı, ambulans helikopter ile hasta naklinin uygun olmadığı durumları da belirtmiştir. Bu durumlar;  
“Hastanın sağlığı açısından uçuşuna mani durumlar,  
Hava ambulansın inmesine uygun alan bulunmayan veya güvenlik gibi nedenlerden dolayı izin verilmeyen yerler için gelen çağrılar,  
Dekontaminasyon yapılmamış, radyoaktif/kimyasal kontamine hastalar,  
Davranış bozukluğu ve şiddete başvurabilecek psikiyatrik hastalar” olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2011).  
Tüm kriterler ile beraber hastaya ait anatomik ve fizyolojik bulgular da hasta naklinin helikopter ambulans ile gerçekleşip gerçekleşmeyeceğine karar verilmesi açısından önem arz eden diğer kriterlerin başında gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Bu çalışmada önemli sağlık hizmeti alanlarından birisi olan, helikopter ambulansın İzmir 112 acil sağlık hizmetlerindeki faaliyetleri ve bu hizmetten yararlanan hastaların özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

## Yöntem

Çalışma geriye dönük, kesitsel bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini, 2018-2022 yılları arasındaki beş yıllık dönemde, İzmir 112 acil sağlık hizmetlerinde bir helikopter ambulansın kullanımı ile gerçekleşen helikopter ambulans vakaları oluşturmaktadır. Araştırmanın verileri, İzmir 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği, Acil Sağlık Otomasyon Sisteminden alınmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistiklerden (ortalama, standart sapma vb.) yararlanılmıştır. Veriler SPSS 22.0 paket programı ve Microsoft Excel kullanılarak analiz edilmiştir. Helikopter ambulansı ile nakledilen vakaların ön tanıları ICD 10’a (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems- 10th revision) göre gruplandırılmıştır. İzmir 112 Acil Sağlık Hizmetlerine bağlı helikopter ambulansı ile 2018- 2022 yıllarında, Acil Sağlık Otomasyon Sistemi (ASOS) üzerinde açılmış vaka kaydı toplam 1118’dir. Bunlardan 119’u görev iptali, 18’i olay yerinde bekleme ve 4’ü diğer (organ nakli, ilaç antidotu) olduğundan toplamda 141 adet vaka kaydı helikopter ambulansı ile taşınan hasta ve yaralı sayısı ile ilgili analizlere dahil edilmemiş, yalnızca bilgi olarak özetlenmiştir.

## Bulgular

Araştırma döneminde 1118 kayda ulaşılmıştır. Bu vakaların 141’i acil sağlık hizmetleri kullanımı ile ilişkili olmayan olay yerinde bekleme ve görevin iptal edildiği durumlar olup tablo 1’de sunulmuştur. Hastane öncesi acil sağlık hizmeti kullanımı amacıyla gerçekleşmiş 975 vaka bulunmaktadır.

Tablo 1. Helikopter ambulans faaliyetlerinin sonuçlarına göre değerlendirilmeye dahil edilmeyen vakalar

Görev Tamamlanma Şekilleri (Sonuçları)	Vaka sayısı (n)	Yüzde (%)
Görev İptali	119	84,40
Olay Yerinde Bekleme	18	12,77
Diğer	4	2,84
Toplam	141	100

Faaliyet sonuçlarına göre değerlendirilmeye alınmayan vakalar; görev iptali, olay yerinde bekleme ve diğer olarak gruplandırılmıştır. Görev iptali olan vakalar, helikopter ambulansının talep edilmesinden sonra hastanın fizyolojik bulgularının helikopter ambulans ile taşınmasına uygun olmaması, hastanın yaşam fonksiyonlarının durması, hava şartlarının uygunsuz ve ambulans uçuş zamanının dışında olması, başka bir vakada olması sebeplerine bağlı olarak hasta alınmadan sonuçlanmış vakaları içermektedir. Burada helikopter ambulansının uçuş zamanı güneşin doğduğu saat ile güneşin battığı saat aralığını esas almakta olup, güneşin doğuşu ve batışı arasındaki zaman dilimini ifade etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2011). Olay yerinde bekleme ise protokol ve sağlık tedbiri amaçlı görevlendirmeleri içermektedir. Diğer olarak gruplandırılan faaliyetlerde ise organ nakli, ilaç antidotunun temin edilmesi gibi sebeplerle gerçekleşen vakaları ifade etmektedir.

Tablo 2. Helikopter ambulansının faaliyetine ilişkin bulgular

Faaliyetine İlişkin Bulgular		Vaka sayısı (n)	Yüzde (%)
Yıllar	2018	152	15,59
	2019	185	18,97
	2020	138	14,15
	2021	278	28,51
	2022	222	22,77
Çağrı Nedeni	Nakil	628	64,41
	Medikal	324	33,23
	Diğer Kazalar	6	0,62
	Trafik Kazası	6	0,62
	Diğer	11	1,13
Görev Sonlanma Şekli	Nakil- Hastaneler Arası	805	82,56
	Nakil- Diğer	155	15,90
	Nakil- Hastaneye	9	0,92
	Ex- Yerinde Bırakıldı	4	0,41
	Diğer	1	0,10
	Nakil- Ret	1	0,10
Bölge	Bölge İçi	897	92,00
	Bölge Dışı	78	8,00
Sevk Edilen İl	İzmir	878	90,05
	Manisa	43	4,41
	İstanbul	19	1,95
	Ankara	14	1,44
	Diğer	21	2,15
Toplam		975	100

Araştırma döneminde hava ambulanslarının acil sağlık hizmetleri sunumuna yönelik faaliyetleri tablo 2’de özetlenmiştir. Hava ambulansı faaliyetleri; yıllara göre vaka sayıları, çağrı nedeni, görev sonlanma şekli, görevlendirmenin bölge içi ya da dışında oluşu ve sevk yapıldığı il başlıklarında değerlendirilmiştir.

Araştırma verilerinde yer alan helikopter ambulans talebinin yapılması ile oluşan çağrı nedenleri nakil, medikal, diğer kazalar, trafik kazası ve diğerden oluşmaktadır (Tablo 2). Çağrı nedenleri arasında yer alan nakil kavramı hastanede tıbbi tedavi ve müdahalesi yapılan ancak uzman hekim, yoğun bakım vb. gibi şartların yetersiz kaldığı ya da hastanenin tüm yataklarının dolu olması gibi sebeplerle vakaların sevk amacı ile taşınmasını ifade etmektedir. Medikal nedenli vakalar ise kardiyovasküler, solunum, sindirim, yenidoğan ve nörolojik sistem hastalıkları başta olmak üzere travma ve düşmeye bağlı gelişen kırık, kanama olan vakalardır. Diğer kazalar ise, düşmeye bağlı gelişen ve ağırlaşan vakaları ifade eder. Trafik kazası, araç ya da motor kazası sonucu gelişen yaralanmalar ile oluşan vakaları içerir. Diğer olarak nitelendirilen nedenler arasında ise iş kazası, intihar, yaralanma, yangın sonucu ile gelişen hastalıklar ve yaralanmalara ait vakaları ifade etmektedir. Hasta sayılarının yıllara göre dağılımına bakıldığında en fazla taşınan hasta sayısının 278 (%28,5) ile 2021 yılı olduğu, en az taşınan hasta sayısının ise 138 (%14,2) kişi ile 2020 yılı olduğu görülmektedir. Çağrı nedenlerinin dağılımına bakıldığında vakaların 628’inin (%64,40) nakil amaçlı olduğu, 324’ünün (%33,20) ise medikal nedenlerle nakledildiği, diğer kazalar ve trafik kazası nedenli vakalarda ise her birinden toplamda 6 (%0,6) vaka helikopter ambulans ile taşınmıştır.

Araştırma kapsamında kayıtlarda vaka sonuçları ile ilgili verilere ulaşılmıştır. Bu veriler hastaneler arası nakil, hastaneye nakil, nakil-diğer, ex yerinde bırakıldı, diğer şeklindedir. Hastaneler arası nakiller, ileri tıbbi tedavi ve bakım gerektiren, hastanın

bulunduğu hastanedeki personel, tıbbi-teknik ve ekipman olanaklarının yeterli olmadığı durumlarda gerçekleşen nakilleri ifade eden sonuçtur. Hastaneye nakiller, hastalık, kaza veya yaralanma sonucunda olay yerine ulaşarak hastaya ilk müdahalenin yapıldığı ve hastaneye transportunun sağlandığı nakilleri ifade etmektedir. Nakil- diğer, helikopter ambulansın hastayı hastanenin heliport alanından değil de en yakın heliport alanında bulunan kara ambulansından teslim alıp, transportunu sağladığı hasta nakillerini kapsamaktadır. Nakil reddi ise helikopterin kalkış yapıp vakaya ulaştığı ancak sevk eden hekimin, hastanın veya yakınlarının nakli kabul etmemesi sonucunda nakil reddi olarak kaydedilen vakaları içermektedir. Sonuçlarda yer alan ex- yerinde bırakıldı ifadesi ise, helikopterde ya da sağlık kurumunda, hastanın yapılan müdahaleye rağmen kurtarılamaması ve yaşam fonksiyonlarının sona ermesi ile sonuçlanan vakaları ifade etmektedir. Araştırmada görev sonlanma şekline göre helikopter ambulansı en çok hastaneler arası nakil amaçlı kullanılmıştır. Vakaların 805'inin (%82,60) hastaneler arası nakil, 155'inin (%15,90) ise nakil-diğer, 9'unun (%9) hastaneye nakil olarak kaydedildiği sonucuna varılmıştır.

Helikopter ambulansının tahsis edildiği bölge, sorumlu oldukları bölgeler ile bakanlıkça belirlenen heliport ve iniş/kalkış yerlerine ait yaklaşma/kalkış koridorlarına ait haritaları bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011). Buna göre bu bölgenin dâhilinde belirlenen alanlar helikopter ambulansı için bölge içi vakaları içerirken, bu alanın dışında kalan bölgeler bölge dışı olarak adlandırılmaktadır. Helikopter ambulans vakalarının 897'si (%92.00) bölge içi vaka iken, 78'i bölge dışındaki vakalardan oluşmaktadır. Helikopter ambulans ile ilgili veriler incelendiğinde, nakledilen vakaların 878'i (%90,05) İzmir ilinden gerçekleşirken, 43'ü (%4,41) Manisa iline, 19'u (%1,95) İstanbul, 14'ü (%1,44) ise Ankara iline aittir.

Tablo 3. Helikopter görevlendirilen hastalara ilişkin tanımlayıcı bulgular

Tanımlayıcı Bulgular		Vaka sayısı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Erkek	653	66,97
	Kadın	322	33,03
Yaş Kategorisi	0 – 19	127	13,03
	20 – 39	126	12,92
	40 – 59	238	24,41
	60 ve üstü	484	49,64
Uyruk	Türkiye Cumhuriyeti	963	98,77
	Suriye Arap Cumhuriyeti	7	0,72
	Diğer	5	0,51
Sosyal Güvence	SGK	950	97,44
	Güvencesiz	11	1,13
	Vatansız ve Sığınmacılar	8	0,82
	Yabancı Uyruklular	4	0,41
	TSK Mensupları	2	0,21
Toplam		975	100

Araştırma dönemi boyunca helikopter ambulans ile hizmet sunulan hastalara ilişkin tanımlayıcı bilgiler Tablo 3'te özetlenmiştir. Hastaların 653'ü (% 67) erkek, 322'si (%33) kadından oluşmaktadır. Hasta yaşları sıfırdan başlayarak 20'şer yıllık gruplar halinde sınıflandırılmıştır. Yaş grupları içerisinde en büyük payı (484 vaka ve %49,64) 60 yaş ve üzeri, en küçük payı (126 vaka ve %12,92) 20-39 yaş grubu oluşturmaktadır. Hastaların 963'ü (98,80) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı iken, toplamın 5'ini (%0,5) yabancı uyruklular oluşturmaktadır. Diğer grubu içerisinde Umman Sultanlığı, Afganistan İslam Cumhuriyeti, Azerbaycan Cumhuriyeti ve Belçika Krallığı uyruklular yer almaktadır. Nakledilen hastaların sosyal güvence durumları incelendiğinde 950'sinin (%97,44) SGK sigortalısı olduğu bulunmuştur. Hastaların 11'i (%1,13) ise herhangi bir sosyal güvenceye sahip değildir.

Tablo 4. Helikopter ambulansı vakalarının ön tanı ve triaj gruplarına ait bulgular

Ön Tanı ve Triaj Bulguları	Vaka sayısı (n)	Yüzde (%)	
Ön Tanı Grubu	I00-I99- Kardiyovasküler Sistem Hastalıkları	546	56,00
	T00-T07- Travma	163	16,72
	K00-K93-Sindirim Sistemi Hastalıkları	54	5,54
	P00P96- Yenidoğan Hastalıkları	44	4,51
	J00-J99-Solunum Sistemi Hastalıkları	40	4,10
	G00-G99-Nörolojik Hastalıkları	35	3,59
	Diğer	93	9,54
Triaj Grubu	Kırmızı	732	75,08
	Sarı	228	23,38
	Yeşil	10	1,03
	Siyah	5	0,51
Toplam	975	100	

Helikopter ambulans ile nakledilen hastaların 546'sı (%56,00) kardiyovasküler sistem hastalıkları, 163'ü (%16,72) travma ve 54'ü (%5,54) sindirim sistemi hastalık gruplarından olmak üzere en fazla hasta nakli yapılan ön tanı gruplarını oluşturmuşlardır. Diğer hastalık ön tanı grupları; üriner sistem, jinekoloji, zehirlenmeler, metabolik, neoplazm, kas iskelet sistem, hematoloji, dermatoloji, psikiyatrik, göz hastalıkları ön tanı gruplarıdır (Tablo 4).

Araştırmadaki verilerde hastalar triaj kodlarına göre sınıflandırılmıştır. Triaj kodlamalarında, kırmızı kod olan vakalar birinci öncelikli olup nakledilmesi gereken hastaları belirtmektedir. Sarı kodlu vakalar ise nakil işlemi zamanında sağlanmazsa sağlık açısından risk teşkil edecek ve sağ kalım oranı düşecek hastaları temsil eder. Yeşil kodlu vakalar yürüyebilen, acil bakıma çok fazla ihtiyacı olmayan, bilinci açık olan hastalar iken, siyah kod vakalar yaşamsal fonksiyonları sona ermiş, vefat etmiş vakalardır (Usta ve ark, 2017). Araştırma da triaj kodlarına ilişkin sonuçlara yer verilmiştir. Buna göre vakaların en fazla 732'sinin (%75,1) kırmızı kodlu vakalar, 5'inin (%0,5) ise siyah kodlu vakalar olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. Helikopter ambulansının hastaneler arası nakil ve hastaneye nakil vakalarında ortalama uçuş süreleri

Sonuç	Vaka sayısı (n)	Ortalama ± Standart Sapma
Hastaneler Arası Nakil	805	31,25±19,149
Hastaneye Nakil	9	21,56±8,353
Toplam	814	31,14±19,088

Araştırma döneminde helikopter ambulans ile nakledilen toplam hasta sayısı 975 bulunmuştur. Ancak tablo 5'te helikopter ortalama uçuş süresi hesaplanırken sadece hastaneler arası nakil ve hastaneye nakil sonuçları değerlendirmeye alınmıştır. Ortalama hesaplanırken, 2 vakanın süresi bilinmediği için ortalamaya dahil edilmemiştir. Ayrıca ex-yerinde bırakıldı, nakil-diğer, nakil ret ve diğer sonuçları da ortalamaya dahil edilmemiştir. Hastaneler arası nakil, bir hastaneden başka bir hastaneye sevk olan hastanın naklini ifade etmektedir. Hastaneye nakil ise hastalık, kaza veya yaralanma sonucunda olay yerinde ilk müdahalenin yapıldığı vakaların hastaneye transportunu ifade etmektedir. Helikopter ambulans ile hastaneler arası nakil amaçlı 805 vakanın transportu sağlanmıştır. Hastaneye nakledilen vaka sayısı ise 9 olarak bulunmuştur. Hastaneler arası nakil ve hastaneye nakil amaçlı transportun gerçekleştiği vakalar baz alınarak helikopter ambulansın ortalama uçuş süresi hesaplanmıştır. Ortalama uçuş süresi, helikopterin vakayı teslim alıp olay yerinden ayrılması ile hastaneye varması arasında geçen süreyi ifade etmektedir. Helikopter ambulansı ile hastaneler arası nakilde (hastayı teslim alıp sevk edilen hastaneye ulaşım) ortalama uçuş süresi 31,25±19,149 dakika iken, olay yerinden alınıp hastaneye nakledilen vakalarda ise ortalama uçuş süresi 21,56±8,353 dakika olarak bulunmuştur.

Tablo 6. Helikopter ambulans vakalarının nakledilme sebeplerine göre dağılımı

Nakil Sebebi	Vaka sayısı (n)	Yüzde (%)
Uzman Hekim İhtiyacı	593	60,82
Tıbbi Ekipman İhtiyacı	68	6,97
Yoğun Bakım İhtiyacı	65	6,67
Boş Yer Olmaması	18	1,85
Yanık Ünitesi İhtiyacı	18	1,85
Diğer	213	21,85
Toplam	975	100

Tablo 6’da helikopter ambulansı ile hastaneler arası sevk edilen hastaların nakledilme sebepleri yer almaktadır. Buna göre vakaların 593’ü (%60,82) ve en fazla nakil sebebi uzman hekim ihtiyacıdır. Tıbbi ekipman ihtiyacı ile 68 (%6,97) vaka, yoğun bakım ihtiyacı ile 65 (%6,67) vaka, sağlık kurumunda boş hasta yatağı olmaması nedeni ve yanık ünitesi ihtiyacı ile 18 (%1,85) vaka sevk edilmiştir. Diğer nakil sebepleri olan; amputasyon ve replantasyon, görüntüleme (yenidoğan nakli), ileri merkeze sevk, yan dal uzman hekim ihtiyacı, tıbbi teknik arıza, organ nakli, bir üst seviye yoğun bakıma sevk, ileri merkeze sevk (yenidoğan nakli) ilgili hizmet unsurlarındaki tadilatlar ve toplamı 213 dır (%21,85).

#### Tartışma ve Sonuç

2008 yılından itibaren ülkemizde hizmet vermeye devam eden helikopter ambulansı, birçok vatandaşımıza hava yolu ile hızlı ve güvenli nakil imkânı sunmuş ve sağlık yönünden daha iyi olmalarına imkân sağlamıştır. Bu araştırmada da 2018- 2022 yılları arasında İzmir 112 acil sağlık hizmetlerine bağlı bir helikopter ambulansın faaliyetlerinin ve hizmetten yararlanan hastaların özelliklerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çalışma, helikopter ambulansı ve vakaların değerlendirilmesine ilişkin literatür incelendiğinde ülkemizde bu alanda yapılan çok az sayıda çalışmalardan birisi olmuştur.

Araştırma bulgularında helikopter ambulans için 2018 ve 2022 yılları arasında beş yıllık dönemde kaydı açılan vaka sayısı 1118 olarak bulunurken, Trabzon ilinde helikopter ambulansının görevlendirilmesi ile ilgili verilerin incelendiği çalışmada beş yıllık toplam vaka sayısını 1086 olarak bulmuşlardır (Bilgin, 2021). Araştırmada beş yıllık dönemde nakli gerçekleştirilen vakaların demografik özellikleri incelendiğinde %67’sinin erkek, %33’ünün kadın olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir çalışmada ise 2016 ve 2019 yılları arasında helikopter ambulans ile taşınan vakaların %59,2’sinin erkek, %40,7’ sinin kadın olduğunu bulmuşlardır (Bilgin, 2021). Karşılaştırılan iki çalışmada da birbirine benzer sonuçlar elde edildiği görülmüştür. Çalışma kapsamında 60 yaş ve üstü vaka sayısı %49,64 olarak bulunurken, % 24,41’inin 40-59 yaş aralığında ve % 13,03’ünün 0-19 yaş aralığı olduğu bulunmuştur. Yapılan başka bir çalışmada ise vakaların %30’unun 65 yaş ve üzeri, %58’inin 18-64 yaş arası vakalardan oluştuğunu bulmuşlardır (Ayten, 2015).

Araştırmada hava helikopter ambulanslarının % 82,6 oranında nakil (hastaneden hastaneye) amaçlı kullanıldığı görülmüştür. Çanakkale de yapılan bir çalışmada ise hastaneler arası nakil oranı %87,5 olarak bulunmuştur (Çalışkan, 2015). Çalışmada helikopter ambulansı ile sevk edilen nakillerin nakledilme sebepleri arasından ilk sırayı %60,2 ile uzman hekim ihtiyacı almıştır. Artvin 112 acil sağlık hizmetlerinin değerlendirildiği bir çalışmada ise il dışına sevk edilen vakaların sevk edilme nedenlerinin başında %54,0 ile yine uzman hekim ihtiyacı olduğu sonucuna varmışlardır (Usta, 2018). Her iki çalışmanın sonuçlarının benzer olduğu görülürken, özellikle ilçelerdeki hastanelerde uzman hekim ihtiyacının fazla olması, ilgili yoğun bakım servisinin olmaması, merkezde bulunduğu ildeki nüfusa oranla yoğun bakım yataklarının yetersiz kalması gibi sebeplerin hastaneler arası nakil oranını arttırdığı düşünülmektedir.

Helikopter ambulans ile sevk edilen vakaların ön tanı gruplarına göre incelendiği çalışmada %56 vakanın kardiyovasküler sistem hastalıkları, %16,72 vakanın travma, %5,54’ünün sindirim sistemi hastalıkları olduğu sonucuna varılmıştır. Başka bir araştırmada %31,9 vakanın dolaşım sistemi hastalıkları, %27,7’ünün travma, %11’inin ise sinir sistemi hastalıklarına ait ön tanıları vaka olduğu sonucuna varmışlardır (Kozuel, 2020). Hong Kong’da yapılan başka bir çalışmada ise helikopter vakalarının çoğunluğunun nörolojik sistem hastalıkları ön tanısına sahip olduğu sonucuna varılmıştır (Wong ve Lau, 2000). Bu sonuçlara göre yaşamı tehdit eden, acil müdahale ve girişimsel işlem gerektiren ön tanıları vakanın helikopter ambulans ile nakledildiği düşünülmüştür. Genel olarak değerlendirildiğinde ise 112 acil sağlık hizmetlerinde helikopter ambulans, acil müdahale gerektiren ve gerekli uzman hekimin bulunmadığı durumlarda, hastaların daha hızlı tedavi almasını sağlamak amacıyla kullanılmıştır.

Helikopter ambulansı ile nakli gerçekleştirilen hastaların ön tanılarından yola çıkarak ve hasta nakil kriterleri göz önüne alındığında, naklin gerçekleşmemesi halinde, hastanın hayati riskinin artacağı söylenebilir. Sonuç olarak hava yolu ulaşım araçlarından biri olan helikopter ile hasta naklinin ulaşım ve süre açısından kolaylık sağladığı ve hastalarda tedavi sürecini hızlandırdığını söylemek mümkündür. Helikopter ambulansı ile nakli gerçekleştirilecek olan vakaların seçiminde, belirlenen hasta ve hava koşullarına ait kriterlerin yanında, vaka, hasta ve öncelik planlamasının doğru yapılması, sürecin işleyişi açısından önem arz etmektedir. Yine sürecin yönetiminde özellikle hastaneler arası nakillerde, Komuta Kontrol Merkezi ile hastanelerin yoğun bakım ve acil servislerinin koordineli olması, hastaların tıbbi tedavi süreçleri açısından önem taşımaktadır. Acil sağlık hizmetlerinde helikopter ambulans kullanımının değerlendirilmesi ve analiz edilmesi bu kapsamda sürdürülen yeniliklere katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

## Kaynakça

1. Ayten, S. (2015). Denizli İlinde 112 Komuta Merkezine Yapılan Aramalar ve Acil Ambulans Hizmetlerinin Kullanımının Değerlendirilmesi, Yayınlanmış Uzmanlık Tezi, Denizli: Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim dalı.
2. Barnett, A.T., Segree, W. ve Matthews, A. (2006). The roles and responsibilities of physicians in Pre-Hospital Emergency Medical Services: A Caribbean perspective. *West Indian Med J.* 2006 Jan;55(1):52-5. doi: 10.1590/s0043-31442006000100012. PMID: 16755821.
3. Bilgin, M. (2021). Acil Sağlık Hizmetleri Ambulans Organizasyonu: Türkiye Trabzon ili Helikopter Ambulans Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Trabzon: Avrasya Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Kurumları İşletmeciliği ve Yönetimi Anabilim Dalı.
4. Çalışkan, C. (2015). Gökçeada ve Bozcaada'dan 01.01.2009-31.12.2013 Tarihlerinde 112 Ambulansları ile Sevk Edilen Hastaların Ambulans Hasta Kayıt Formlarının Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Hacettepe Üniversitesi, Halk Sağlığı Enstitüsü Afetlerde Sağlık Yönetimi Programı.
5. Floccare, D.J., Stuhlmiller, D.F.E. ve Braithwaite S.A. (2013). Appropriate and safe utilization of helicopter emergency medical services: A joint position statement with resource document. *Prehosp Emerg Care* 2013;17(4):521-525.
6. Galvagno S.M., Haut E.R. ve Nabeel Zafar S. (2012). Association between helicopter vs ground emergency medical services and survival for adults with major trauma. *JAMA* 2012;307(15):1602-1610.
7. Kozyel, M. (2020). Çanakkale 112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği 'ne Bağlı Hava Ambulansının 01.09.2009-31.12.2018 Tarihleri Arasındaki Faaliyetlerinin Değerlendirilmesi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale: Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Afetlerde Sağlık Yönetimi Programı.
8. Muhlbauer D., Naidoo R. ve Hardcastle, T.C. (2016). An analysis of patients transported by a private helicopter emergency medical service in South Africa, *S Afr Med J* 2016;106(2):201-205. DOI:10.7196/SAMJ.2016.v106i2.9919.
9. Sağlık Bakanlığı. (2006). Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği Erişim tarihi: 22.08.2023, <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=10834&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
10. Sağlık Bakanlığı. (2011). Ambulans hava aracı işletmesine dair esaslar. Erişim tarihi: 22.08.2023, <https://www.saglik.gov.tr/TR,11147/ambulans-hava-araci-isletmesine-dair-esaslar.html>
11. Sağlık Bakanlığı. (2023). Helikopter ambulans. Erişim tarihi: 22.08.2023, <https://acilafet.saglik.gov.tr/TR-78201/helikopter-ambulans.html>
12. Usta, G., Torpuş, K. ve Küçük, U. (2017). Afetlerde START Triaj Skalası, Artvin Çoruh Üniversitesi Doğal Afetler Uygulama ve Araştırma Merkezi Doğal Afetler ve Çevre Dergisi 2017;3(2); 70-76.
13. Usta, G. (2018). Artvin 112 Acil Sağlık Hizmetlerine 2016 Yılında Yapılan Çağruların Acil Durum Yönetimi Açısından Analizi, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Giresun: Gümüşhane Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afet Yönetimi Anabilim Dalı.
14. Pham H., Puckett Y. ve Dissanaïke S. (2017). Faster on-scene times associated with decreased mortality in helicopter emergency medical services (HEMS) transported trauma patients. *Trauma Surg Acute Care Open.* 2017;2(1): e000122-e.
15. Wong, T. W. ve Lau, C. C. (2000). Profile and Outcomes of Patients Transported To an Accident and Emergency Department By Helicopter: Prospective Case Series, *Emergency*, 27(9.6), 19-3.



## Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Davranışlarının Siberkondria Üzerine Etkisi

Mehmet KILINÇ<sup>1</sup>, Serap KILINÇ<sup>2</sup>, Hatice TURAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bayburt Üniversitesi

<sup>2</sup>Konya Numune Hastanesi

Sorumlu Yazar: mehmetkilinc@bayburt.edu.tr

Son yıllarda bilgiye erişimin kolaylaşması ile birlikte internet ve sosyal medya ortamında sağlık bilgisini elde etmek de kolaylaşmıştır. Fakat internet ortamında elde edilen sağlık bilgisinin ne derece güvenilir ve doğru olduğu tartışmaya açıktır. Bu durum, dijital ortamda sağlık bilgisi edinme davranışının, tekrarlayan çevrimiçi sağlık bilgisi arama davranışı sonucunda bireylerin kaygı düzeylerinde artışı ifade eden siberkondria kavramı ile ilişkisini akla getirmektedir. Araştırmanın amacı, bireylerin dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit davranışları ile siberkondria düzeylerinin incelenmesi, kavramların birbirleriyle ve demografik verilerle olan ilişkisinin araştırılmasıdır. Araştırma evrenini Bayburt ilinde yaşayan 18 yaş ve üzeri yaklaşık 40.000 birey oluşturmaktadır. Araştırmada rastgele örnekleme yöntemi kullanılmış ve %95 güven düzeyinde örneklem sayısı en az 381 kişi olarak belirlenmiştir. Araştırma verileri 18 yaş ve üzeri 418 kişiden anket yöntemi ile toplanmıştır. Verilerin toplanmasında Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Ölçeği ve Siberkondria Ciddiyet Ölçeği Kısa Formu kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde bağımsız iki örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi, bonferroni post hoc testi, pearson korelasyon analizi ve nedensellik etkisini belirlemek amacıyla ise regresyon analizi kullanılmıştır. Araştırma bulgularına göre katılımcıların web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme (3,36) ve web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme (3,44) düzeylerinin orta seviyenin üzerinde, dijital teyit (2,83) davranışının ise orta seviyenin altında olduğu belirlenmiştir. Siberkondria (3,32) ile alt boyutları olan zorlantı (3,24), aşırı kaygı (3,32), aşırılık (3,67) ve içini rahatlatma (3,52) orta düzeyin üzerinde, doktora güvensizlik (2,86) alt boyutu ise orta seviyenin altında bulunmuştur. Dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit ile siberkondria'nın yaş ve eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme ve web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme ile siberkondria arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Dijital teyit davranışının ise siberkondria ile negatif yönlü anlamlı ilişkide olduğu belirlenmiştir. Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışının, siberkondria üzerindeki değişimin yaklaşık %20'sini ( $R^2=0,200$ ), web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışının, siberkondria üzerindeki değişimin yaklaşık %38,6'sını ( $R^2=0,386$ ), dijital teyit davranışının ise siberkondria üzerindeki değişimin yaklaşık %11,3'ünü ( $R^2=0,113$ ) açıkladığı saptanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme ve web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışı arttıkça siberkondria düzeyi artmakta, dijital teyit davranışı arttıkça ise siberkondria düzeyi azalmaktadır. Web ve sosyal medya üzerinden elde edilen sağlık bilgisinin bireylerin siberkondria düzeyini arttırdığı görülürken, sağlık profesyonellerinin, sağlık kuruluşlarının ve Sağlık Bakanlığı'nın dijital platformları ya da dijital ortamdaki bilimsel yayınlar yoluyla bu bilgilerin teyit edilmesinin ise siberkondria düzeyini azalttığı görülmektedir. Dijital teyit davranışlarını arttırmaya yönelik çalışmaların, bireylerin siberkondria düzeylerini azaltarak toplum sağlığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri ve Sağlık Bakanlığı tarafından özellikle 18 yaş ve üzeri bireyler için dijital ortamda teyit davranışlarını geliştirmeye yönelik çalışmaların arttırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme, Dijital Teyit, Siberkondria

### The Effect of Health Information Acquisition and Confirmation Behaviors on Cyberchondria in Digital Environment

In recent years, with the ease of access to information, it has become easier to obtain health information in the internet and social media environment. However, it is open to debate how reliable and accurate the health information obtained on the internet is. This situation brings to mind the relationship between the behavior of acquiring health information in the digital environment and the concept of cyberchondria, which expresses an increase in the anxiety levels of individuals as a result of repetitive online search for health information. The aim of the research is to examine individuals' health information acquisition and confirmation behaviors in the digital environment and their levels of cyberchondria, and to investigate the relationship between concepts and demographic data. The population of the research consists of approximately 40,000 individuals aged 18 and over living in Bayburt. Random sampling method was used in the study and the sample number was determined as at least 381 people at the 95% confidence level. The research data were collected from 418 people aged 18 and over by questionnaire method. Health Information Acquisition and Confirmation Scale in Digital Environment and Cyberchondria Severity Scale Short Form were used to collect data. Independent two-sample t-test, one-way analysis of variance, bonferroni post hoc test, pearson correlation analysis, and regression analysis to determine the causality effect were used in the analysis of the research data. According to the research findings, it was determined that the participants' levels of acquiring health information with web 1.0 (3.36) and acquiring health information with web 2.0 (3.44) were above the medium level, and the behavior of digital confirmation (2.83) was below the medium level. With cyberchondria (3.32), the sub-dimensions of compulsion (3.24), extreme anxiety (3.32), extremism (3.67) and reassurance (3.52) are above moderate, distrust of the doctor (2.86) sub-dimension was found below the medium level. It has been determined that obtaining and confirming health information in the digital environment and cyberchondria are associated with age and education level. A positive and significant relationship was found between web 1.0 and health information acquisition and web 2.0 and health information acquisition and cyberchondria. It has been determined that digital confirmation behavior is negatively correlated with cyberchondria. According to the results of the regression analysis, the behavior of acquiring health information with web 1.0 accounts for about 20% ( $R^2=0.200$ ) of the change on cyberchondria, and about 38.6% ( $R^2=0.386$ ) of the change for obtaining health information with

web 2.0 (R2=0.386). , and digital confirmation behavior explained approximately 11.3% (R2=0.113) of the change on cyberchondria. According to the results obtained, the level of cyberchondria increases as the participants' behavior of acquiring health information with web 1.0 and acquiring health information with web 2.0 increases, and the level of cyberchondria decreases as digital confirmation behavior increases. While it is seen that health information obtained through the web and social media increases the level of cyberchondria of individuals, it is seen that confirming this information through the digital platforms of health professionals, health institutions and the Ministry of Health or scientific publications in the digital environment reduces the level of cyberchondria. For this reason, it is recommended that health professionals and the Ministry of Health increase efforts to improve confirmation behaviors in the digital environment, especially for individuals aged 18 and over.

**Keywords:** Obtaining Health Information in Digital Environment, Digital Confirmation, Cyberchondria

## Giriş

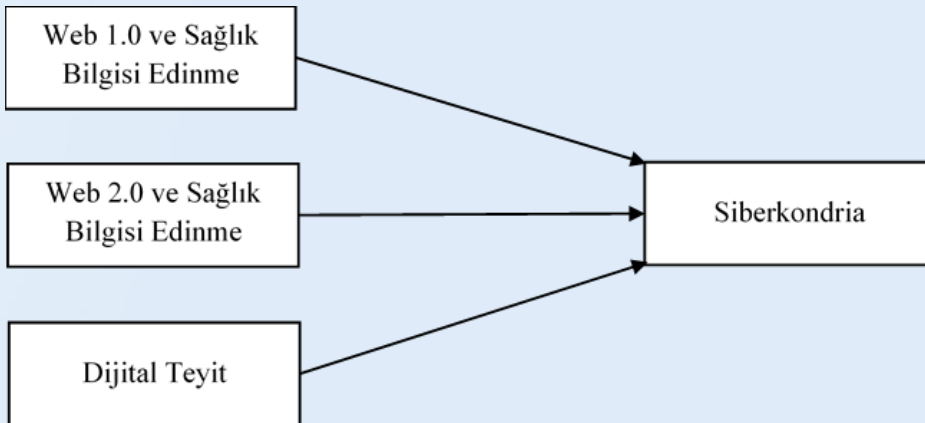
Bireyler, günümüzde sağlık bilgilerine erişim konusunda sıklıkla dijital platformlara başvurmaktadır. Dijital ortam, sağlık bilgisi tüketicilerine sağlık sorunları hakkında bilgi edinme, bu sorunlarla başa çıkma ve sağlıklı kararlar alma imkanı sağlamaktadır (Jia ve diğerleri, 2021). Ancak, dijital platformlardan elde edilen bilgilerin doğruluğu ve güncelliği konusunda belirli şüpheler bulunmaktadır (Aydemir ve Yaşar, 2023). Dijital platformlarda yer alan hatalı bilgiler, sağlıklıyla ilgili doğru bilgiye erişimde önemli bir engel olarak değerlendirilmektedir (Bennett ve Livingston, 2018). Bu bağlamda, elde edilen bilgilerin doğruluğunu ve güvenilirliğini teyit etmek sağlık açısından önemlidir (Newman ve diğerleri, 2020). Yapılan araştırmalarda, toplumun önemli bir kesiminin sağlıkla ilgili bilgilerin doğruluğunu teyit etme eğiliminde olmadığı belirtilmiştir (Koçer, 2021).

İnternet kullanımının artması nedeniyle bireylerin sağlık sorunlarıyla ilgili internette araştırma yapmaları bir başka kavram olarak karşımıza siberkondriayı çıkarmaktadır. Siberkondria bireylerin kendi bedenlerinde şüphelendikleri hastalık belirtilerini internette araştırmaları ve bunun sonucunda internette gördükleri benzer belirtileri olan ciddi hastalıkların kendilerinde de olabileceğini düşünerek kaygılanmalarıdır (Starcevic ve Berle 2013). Dijital ortamda sağlık bilgisi arayışı sonucunda bireyler edindikleri hastalık bilgileri sonucunda siberkondriyak eğilimler gösterebilmektedir. Bu noktada kişilerin gerek sağlık okuryazarlığı seviyelerinin yüksek olması gerekse de dijital ortamda edindikleri bilgileri teyit etme davranışına sahip olmaları önem arz etmektedir.

## Araştırmanın Yöntemi

### Araştırmanın Amacı ve Modeli

Araştırmanın amacı bireylerin dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit davranışlarının, siberkondria üzerine etkisinin belirlenmesidir. Araştırma kapsamında oluşturulan model doğrultusunda (Şekil 1) dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit davranışlarının alt boyutları ve siberkondria kavramları arasındaki ilişki ortaya koyulmuştur. Çalışma bireylerin dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit davranışları ve siberkondria durumunu ortaya koymasından bakımından uygulamalı ve betimsel, kavramların arasındaki ilişkinin belirlenmesi açısından ise ilişkisel bir araştırma niteliği taşımaktadır.



Şekil 1. Araştırmanın Varsayımsal Modeli

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini Bayburt ilinde ikamet eden yaklaşık 40.000 vatandaş oluşturmaktadır. Araştırma örneklemini 40.000 kişinin bulunduğu evrenden rastgele örnekleme yöntemiyle gerçekleştirilmiştir. Evreni temsil edeceği düşünülen örneklem sayısı, kullanılan ölçek ifadelerinin 5 katı sayıda olması kuralı (Bryman ve Cramer, 2001) ve İslamoğlu (2009: 171) tarafından ortaya koyulan formül yardımıyla hesaplanarak %95 güven düzeyinde en az 381 kişi olarak tespit edilmiştir (Z: %95 güven düzeyinde standart normal değişken katsayısı; P: Anakütle oranı=(%50) 0,5 sapma payı; N: Evren büyüklüğü; E: Varsayılan hata %5; Q: 1-P = 0,5).

$$n = \frac{Z^2PQ}{E^2 + \frac{Z^2PQ}{N}} = \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{0,05^2 + \frac{1,96^2 * 0,5 * 0,5}{40000}} = 380,50 \cong 381$$

Araştırma kapsamında elde edilen veriler anket yöntemiyle sağlanmıştır. Araştırma verileri 18 yaş ve üzeri 418 kişiden toplanmıştır. Üç bölümden oluşan anketin ilk bölümünde katılımcıların demografik verilerini, diğer iki bölümünde ise araştırma değişkenlerini oluşturan dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit davranışları ve siberkondrianın ölçek ifadeleri yer almaktadır. Araştırma gönüllülük esasıyla yürütülmüş ve katılımcıların onamlarıyla ilgili açıklamalar ankette belirtilmiştir. Ayrıca sözlü onamları ise anket uygulaması esnasında alınmıştır.

Araştırmada bazı varsayım ve sınırlılıklar bulunmaktadır. Kullanılan ölçekler ilgili literatür doğrultusunda tercih edilmiş, geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve bilimsel açıdan kabul edilmiş ölçeklerdir. Bu nedenle katılımcıların soruları anlayarak doğru şekilde cevap verdikleri ve ölçeklerin araştırma kavramlarını doğru şekilde ölçtükleri varsayılmaktadır. Yalnızca Bayburt ilinde yapılması, kullanılan ölçekler ve verilerin analiz edilmesinde kullanılan istatistiki yöntemler araştırmanın sınırlılıklarıdır. Araştırmanın kesitsel olması da verilerin toplandığı dönemdeki durumu ortaya koyması bakımından boylamsal araştırmaya göre bir sınırlılık nedenidir.

### Veri Toplama Araçları ve Verilerin Analizi

Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Davranışları Ölçeği 2021 yılında Çömlekçi ve Bozkanat tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 10 ifade ve üç alt boyuttan oluşan, kişilerin dijital medyadan sağlık bilgisi edinme tercihlerini ve elde ettikleri bilgiyi doğrulama yönündeki alışkanlık düzeylerini ölçmek için oluşturulmuş bir araçtır. Alt boyutlar “Web 1.0 ve Sağlık Bilgisi Edinme”, “Web 2.0 ve Dijital Sağlık Bilgisi Edinme” ve “Dijital Teyit” boyutlarıdır. 5’li likert tipindeki ölçekte herhangi bir ters kodlanmış ifade bulunmamaktadır. Çömlekçi ve Bozkanat tarafından yapılan ölçek geliştirme çalışmalarında ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,758 olarak belirlenmiştir. Ölçekle ilgili önemli bir nokta, ölçekteki maddelerin tamamının bir arada kullanılmaması gerektiğidir. Her alt boyut ayrı ayrı puanlanmalı ancak tek bir anlam sağlayacak şekilde tüm maddeler birlikte puanlanmamalıdır.

Siberkondria Ciddiyet Ölçeği McElroy ve Shevlin (2014) tarafından geliştirilmiş ve 2021 yılında Uzun ve Zencir tarafından kısa formu Türkçe’ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Bireylerin tıbbi bilgi için tekrarlanan internet ortamındaki aramaların sonucu olarak sağlık kaygısının şiddetlenmesi olarak adlandırılan siberkondria düzeyini ölçen ölçek 5’li likert tipindedir. Siberkondria Ciddiyet Ölçeği’nin kısa formu 15 ifade ve 5 alt boyuttan oluşmaktadır. Zorlanma, aşırı kaygı, içini rahatlatma, aşırılık ve doktora güvensizlik ölçeğin alt boyutlarıdır. Uzun ve Zencir (2021) tarafından tamamlanan Türkçe’ye uyarlama çalışması sonuçlarında güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak tespit edilmiştir. Doktora güvensizlik alt boyutunda bulunan 3 ifade ters kodlanarak analiz edilmiştir.

Araştırmada veriler SPSS programı ile test edilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Basıklık (Kurtosis) ve Çarpıklık (Skewness) katsayısı incelenerek gözlemlenmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerlerinin  $\pm 3$  içerisinde olması verilerin normal dağılım izlediğini göstermektedir (Shao, 2002, s. 28). Ölçeklerin güvenilirlikleri, Güvenilirlik Analizi (Cronbach Alpha) ile kontrol edilmiştir. Ölçeklerin güvenilir kabul edilebilmesi için Cronbach Alpha değerlerinin 0,6’dan büyük olması gerekmektedir (Ateş ve Sevindi, 2013, s. 86).

Yüzde analizleri ve frekanslar için betimleyici istatistikler, değişkenler ile demografik verileri değerlendirmek için bağımsız t testi ile tek yönlü varyans analizi, tek yönlü varyans analizinde fark oluşturan grupları tespit etmek için Bonferroni uygulanmıştır. Değişkenlerin aralarındaki ilişkilerin belirlenmesi için ise korelasyon ve regresyon analiz yöntemleri uygulanmıştır.

### Bulgular

Araştırmada yer alan katılımcılara ait betimsel bulgular Tablo 1’de detaylı olarak sunulmuştur. Katılımcıların %55,7’si kadın, %56,9’u evli, %32,5’i 18 ile 25 yaşları arasında ve %39’u ise lisans düzeyinde eğitime sahiptir (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik Bulgular

Demografik / Bireysel Bulgular	Sayı (n)	Yüzde (%)	
Cinsiyet	Kadın	233	55,7
	Erkek	185	44,3
Yaş	18-25	136	32,5
	26-35	122	29,2
	36-45	81	19,4
	46-55	49	11,7
	56 ve üzeri	30	7,2
	Medeni Durum	Evli	238
Bekar		180	43,1
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	28	6,7
	Lise	107	25,6
	Önlisans	78	18,7
	Lisans	163	39,0
	Lisansüstü	42	10,0
	<b>Toplam</b>	<b>418</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit davranışları incelendiğinde web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışlarının (3,36) ve web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışlarının (3,44) orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Dijital ortamda teyit davranışlarının (2,83) ise orta düzeyin altında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Davranışları Ölçeği Betimsel İstatistikleri

Ölçek ve Alt Boyutları	Alt İfade Sayısı	Min.	Maks.	$\bar{X}$	SS	Cronbach Alpha	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Web 1.0 ile Sağlık Bilgisi Edinme	3	1,33	5,00	3,36	0,64	0,608	-0,579	-0,019
Web 2.0 ile Sağlık Bilgisi Edinme	3	1,00	5,00	3,44	0,98	0,771	-0,713	-0,195
Dijital Teyit	4	1,00	5,00	2,83	0,81	0,785	0,651	-0,264

Web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışları ile tanımlayıcı değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bulguların sonuçlarına göre, web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışlarının cinsiyet ve medeni durum ile arasında herhangi bir anlamlı farklılık bulunmazken ( $p>0,05$ ), yaş ve eğitim durumu ile anlamlı farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Analiz sonuçlarına göre 18 ile 25 yaş, 26 ile 35 yaş ve 36 ile 45 yaş aralığındaki bireylerin ortalamaları 56 yaş ve üzerindeki bireylerin ortalamalarından daha yüksektir. 46 ve 55 yaş arasındaki bireylerin ortalamaları ise 18 ile 25 yaş, 36 ile 45 yaş ve 56 yaş ve üzerindeki katılımcıların ortalamalarından fazladır. Eğitim durumu ile ilişkinin bulgularına göre ise lise mezunlarının ilköğretim ve lisans mezunlarından, önlisans, lisans ve lisansüstü mezunlarının ise ilköğretim mezunlarından daha fazla web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışı sergiledikleri belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. Web 1.0 ile Sağlık Bilgisi Edinme ile Tanımlayıcı Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test Değeri (t/F)	p	Bonferroni
Cinsiyet	Kadın	3.37	0.61	0.257**	0.797	
	Erkek	3.35	0.68			
Yaş	18-25 (1)	3.33	0.65	17.153***	0.000*	1>5 2>5 3>5 4>1, 3, 5
	26-35 (2)	3.48	0.48			
	36-45 (3)	3.29	0.55			
	46-55 (4)	3.71	0.67			
	56 ve üzeri (5)	2.62	0.81			
Medeni Durum	Evli	3.41	0.64	1.828**	0.068	
	Bekar	3.29	0.65			
Eğitim Durumu	İlköğretim (1)	2.54	0.64	23.296***	0.000*	2>1, 4 3>1 4>1 5>1
	Lise (2)	3.65	0.60			
	Önlisans (3)	3.42	0.49			
	Lisans (4)	3.24	0.63			
	Lisansüstü (5)	3.51	0.49			

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışları ile tanımlayıcı değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik bulguların sonuçlarına göre, web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışlarının medeni durum ile arasında herhangi bir anlamlı farklılık bulunmazken (p>0,05), cinsiyet, yaş ve eğitim durumu ile anlamlı farklılık bulunmaktadır (p<0,05). Erkeklerin kadınlardan daha fazla web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışları sergiledikleri görülmektedir. Diğer bulgulara göre 18 ile 25 yaş, 26 ile 35 yaş ve 36 ile 45 yaş aralığındaki bireylerin ortalamaları 56 yaş ve üzerindeki bireylerin ortalamalarından daha yüksektir. 46 ve 55 yaş arasındaki bireylerin ortalamaları ise 18 ile 25 yaş, 36 ile 45 yaş ve 56 yaş ve üzerindeki katılımcıların ortalamalarından fazladır.

Eğitim durumlarına ilişkin analiz bulguları incelendiğinde lise mezunları ilköğretim, önlisans ve lisans mezunlarından, önlisans ve lisansüstü mezunlarının ilköğretim ve lisans mezunlarından, lisans mezunlarının ise ilköğretim mezunlarından daha fazla web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışı sergiledikleri belirlenmiştir (Tablo 4).

Tablo 4. Web 2.0 ile Sağlık Bilgisi Edinme ile Tanımlayıcı Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test Değeri (t/F)	P	Bonferroni
Cinsiyet	Kadın	3.31	0.99	-3.122**	0.002*	
	Erkek	3.61	0.93			
Yaş	18-25 (1)	3.40	1.13	18.667***	0.000*	1>5 2>5 3>5 4>1, 3, 5
	26-35 (2)	3.60	0.71			
	36-45 (3)	3.42	0.64			
	46-55 (4)	3.96	0.92			
	56 ve üzeri (5)	2.22	1.02			
Medeni Durum	Evli	3.50	0.87	1.426**	0.155	
	Bekar	3.37	1.10			
Eğitim Durumu	İlköğretim (1)	2.21	0.88	45.186***	0.000*	2>1, 3, 4 3>1, 4 4>1 5>1, 4
	Lise (2)	4.11	0.93			
	Önlisans (3)	3.63	0.58			
	Lisans (4)	3.05	0.87			
	Lisansüstü (5)	3.76	0.59			

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Dijital teyit davranışı ile tanımlayıcı değişkenler arasındaki ilişkiye yönelik analiz sonuçları, dijital teyit davranışları ile cinsiyet ve medeni durum arasında herhangi bir anlamlı farklılık olmadığını (p>0,05), yaş ve eğitim durumuyla ise anlamlı farklılık olduğunu göstermektedir (p<0,05). 18 ile 25 yaş, 26 ile 35 yaş ve 36 ile 45 yaş aralığındaki bireylerin ortalamaları 46 ile 55 yaş aralığındaki ve 56 yaş ve üzerindeki bireylerin ortalamalarından daha yüksektir.

Eğitim durumlarına ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde ise lisans mezunlarının ilköğretim, lise ve önlisans mezunlarından, lisansüstü mezunlarının da ilköğretim, lise, önlisans ve lisans mezunlarından daha fazla dijital teyit davranışı sergiledikleri belirlenmiştir (Tablo 5).

Tablo 5. Dijital Teyit Davranışları ile Tanımlayıcı Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test Değeri (t/F)	p	Bonferroni
Cinsiyet	Kadın	2.81	0.77	-0.531**	0.596	
	Erkek	2.85	0.87			
Yaş	18-25 (1)	2.91	0.85	14.845***	0.000*	1>4, 5 2>4, 5 3>4, 5
	26-35 (2)	3.06	0.89			
	36-45 (3)	2.90	0.57			
	46-55 (4)	2.35	0.41			
	56 ve üzeri (5)	2.11	0.68			
Medeni Durum	Evli	2.82	0.81	-0.308**	0.759	
	Bekar	2.84	0.82			
Eğitim Durumu	İlköğretim (1)	2.27	0.89	74.426***	0.000*	4>1, 2, 3 5>1, 2, 3, 4
	Lise (2)	2.27	0.40			
	Önlisans (3)	2.52	0.38			
	Lisans (4)	3.16	0.74			
	Lisansüstü (5)	3.90	0.76			

\*p<0.05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Bireylerin siberkondria düzeylerinin orta düzeye yakın olduğu (3,32) tespit edilmiştir. Siberkondria ölçeğinin alt boyutları incelendiğinde ise zorlantı (3,24) ve aşırı kaygı (3,32) boyutunun orta düzeye yakın, aşırılık (3,67) ve içini rahatlatma (3,52) boyutunun orta düzeyin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Doktora güvensizlik alt boyutunun (2,86) ise orta düzeyin altında olduğu tespit edilmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Siberkondria Ölçeği Betimsel İstatistikleri

Ölçek ve Boyutları	Alt İfade Sayısı	Min.	Maks.	$\bar{X}$	SS	Cronbach Alpha	Çarpıklık (Skewness)	Basıklık (Kurtosis)
Zorlantı	3	1,00	5,00	3,24	1,17	0,878	-0,614	-1,101
Aşırı Kaygı	3	1,00	5,00	3,32	1,00	0,836	-0,549	-0,671
Aşırılık	3	1,00	5,00	3,67	0,88	0,732	-0,896	0,407
İçini Rahatlatma	3	1,00	5,00	3,52	0,87	0,738	-1,139	0,696
Doktora Güvensizlik	3	1,00	5,00	2,86	1,02	0,828	-0,327	-0,999
<b>SİBERKONDRIA</b>	<b>15</b>	<b>1,27</b>	<b>4,47</b>	<b>3,32</b>	<b>0,78</b>	<b>0,911</b>	<b>-0,575</b>	<b>-0,916</b>

Katılımcıların siberkondria ortalamalarının cinsiyet ve medeni duruma göre anlamlı fark göstermediği görülmüştür (p>0,05). Siberkondria ile yaş ve eğitim durumu arasında ise anlamlı ilişki belirlenmiştir (p<0,05). Elde edilen bulgulara göre 18 ile 25 yaş, 26 ile 35 yaş ve 36 ile 45 yaş aralığındaki bireylerin ortalamaları 56 yaş ve üzerindeki bireylerin ortalamalarından daha yüksektir. 46 ve 55 yaş arasındaki bireylerin ortalamaları ise 18 ile 25 yaş, 26 ile 35 yaş ve 56 yaş ve üzerindeki katılımcıların ortalamalarından fazladır.

Eğitim durumu ile ilişkinin analiz sonuçlarına göre lise ve önlisans mezunlarının ilköğretim, lisans ve lisansüstü mezunlarından, lisans mezunlarının ise ilköğretim mezunlarından daha fazla siberkondria düzeylerinin olduğu belirlenmiştir (Tablo 7).

Tablo 7. Siberkondria ile Tanımlayıcı Değişkenler Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular

Değişkenler		$\bar{X}$	SS	Test Değeri (t/F)	p	Bonferroni
Cinsiyet	Kadın	3.34	0.76	0.507**	0.612	
	Erkek	3.30	0.80			
Yaş	18-25 (1)	3.24	0.83	20.066***	0.000*	1>5
	26-35 (2)	3.34	0.68			2>5
	36-45 (3)	3.48	0.49			3>5
	46-55 (4)	3.81	0.69			4>1, 2, 5
	56 ve üzeri (5)	2.38	0.81			
Medeni Durum	Evli	3.38	0.74	1.662**	0.097	
	Bekar	3.25	0.82			
Eğitim Durumu	İlköğretim (1)	2.39	0.81	70.344***	0.000*	2>1, 4, 5 3>1, 4, 5 4>1
	Lise (2)	3.87	0.67			
	Önlisans (3)	3.81	0.28			
	Lisans (4)	3.03	0.65			
	Lisansüstü (5)	2.77	0.48			

\*p<0,05, \*\*Bağımsız t testi, \*\*\*Tek yönlü varyans analizi

Web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme ( $r = 0,447$ ;  $p < 0,01$ ) ve web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme ( $r = 0,622$ ;  $p < 0,01$ ) ile siberkondria arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Dijital teyit davranışının ise siberkondria ile negatif yönlü anlamlı ilişkide ( $r = -0,336$ ;  $p < 0,01$ ) olduğu belirlenmiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Davranışları ile Siberkondria Düzeyi Arasındaki Pearson Korelasyon Sonuçları

BOYUTLAR	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Web 1.0 ile Sağlık Bilgisi Edinme	1	0,581**	0,158**	0,287**	0,322**	0,365**	0,518**	0,303**	0,447**
Web 2.0 ile Sağlık Bilgisi Edinme	0,581**	1	-0,001	0,459**	0,472**	0,502**	0,505**	0,513**	0,622**
Dijital Teyit	0,158**	-0,001	1	0,417**	0,349**	0,115**	0,141**	0,477**	0,336**
Zorlantı	0,287**	0,459**	0,417**	1	0,746**	0,491**	0,413**	0,665**	0,873**
Aşırı Kaygı	0,322**	0,472**	0,349**	0,746**	1	0,621**	0,439**	0,568**	0,871**
Aşırılık	0,365**	0,502**	-0,115*	0,491**	0,621**	1	0,564**	0,400**	0,765**
İçini Rahatlatma	0,518**	0,505**	0,141**	0,413**	0,439**	0,564**	1	0,198**	0,641**
Doktora Güvensizlik	0,303**	0,513**	0,477**	0,665**	0,568**	0,400**	0,198**	1	0,745**
SİBERKONDRIA	0,447**	0,622**	0,336**	0,873**	0,871**	0,765**	0,641**	0,745**	1

\*p<0,05

\*\*p<0,01

Değişkenler arasındaki nedensellik etkisinin belirlenmesi amacıyla basit regresyon analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenler (Web 1.0 ile Sağlık Bilgisi Edinme; Web 2.0 ile Sağlık Bilgisi Edinme; Dijital Teyit) ve bağımlı değişken (Siberkondria) arasında oluşturulan regresyon modelinin uygunluğu teyit edilmiştir ( $F=103,998$ ,  $p < 0,05$ ;  $F=262,020$ ,  $p < 0,05$ ;  $F=53,047$ ,  $p < 0,05$ ). Yapılan regresyon analizi sonuçlarına göre web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışının, siberkondria üzerindeki değişimin yaklaşık %20'sini ( $R^2=0,200$ ), web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışının, siberkondria üzerindeki değişimin yaklaşık %38,6'sını ( $R^2=0,386$ ), dijital teyit davranışının ise siberkondria üzerindeki değişimin yaklaşık %11,3'ünü ( $R^2=0,113$ ) açıkladığı saptanmıştır (Tablo 9).

Korelasyon ve regresyon analizi sonuçları değerlendirildiğinde web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme ( $\beta = 0,447$ ;  $t = 10,198$ ;  $p < 0,01$ ) ve web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme ( $\beta = 0,622$ ;  $t = 16,187$ ;  $p < 0,01$ ) davranışları arttıkça siberkondria düzeyi artmakta, dijital teyit davranışı ( $\beta = -0,336$ ;  $t = -7,283$ ;  $p < 0,01$ ) arttıkça ise azalmaktadır.

Tablo 9. Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Davranışlarının Siberkondria Üzerindeki Etkisine Ait Basit Regresyon Analizi

Bağımsız Değişken	B	$\beta$	t	P
Sabit	1,506		8,303	0,000
Web 1.0 ile Sağlık Bilgisi Edinme	0,540	0,447	10,198	0,000
R=0,447	<b>R<sup>2</sup>=0,200</b>	$\Delta R^2=0,198$	F=103,998	p=0,000
Bağımsız Değişken	B	$\beta$	t	P
Sabit	1,618		14,790	0,000
Web 2.0 ile Sağlık Bilgisi Edinme	0,495	0,622	16,187	0,000
R=0,622	<b>R<sup>2</sup>=0,386</b>	$\Delta R^2=0,385$	F=262,020	p=0,000
Bağımsız Değişken	B	$\beta$	t	P
Sabit	4,230		32,598	0,000
Dijital Teyit	-0,321	-0,336	-7,283	0,000
R=0,336	<b>R<sup>2</sup>=0,113</b>	$\Delta R^2=0,111$	F=53,047	p=0,000

### Sonuç

Teknolojik imkanların artmasıyla birlikte bireylerin internet ve sosyal medya araçlarını kullanarak sağlık bilgisine erişimleri hızla artmaktadır. Sağlık bilgisine erişimin artmasının olumlu yanları olduğu kadar olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Web ortamında elde edilen bilgilerin güvenilirliği önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu noktada ise bireylerin elde ettikleri sağlık bilgilerini teyit edebilme davranışları önem kazanmaktadır. Siberkondria ise genel manada internet üzerinden sağlık bilgisi arama hastalığı olarak karşımıza çıkmaktadır. Siberkondria davranışa sahip olan bireylerin teyit davranışlarının olması önemlidir. Aksi takdirde internet üzerinden elde edilen yanlış bilgiler bireyleri yanlış sağlık kararlar almaya ve psikolojik olarak olumsuz etkilemeye açık olabilecektir. Buradan hareketle çalışmada bireylerin internet üzerinden sağlık bilgisi edinme ve teyit etme davranışlarının siberkondria üzerindeki etkisi incelenmiştir.

Çalışmada katılımcıların web 1.0 diğer bir deyişle sosyal medya kullanarak ve web 2.0 yani sosyal medya kullanmaksızın sağlık bilgisi edinme davranışlarının orta düzeyin üzerinde ve siberkondria düzeylerinin orta düzeyin üzerinde olduğu ancak dijital teyit etme davranışlarının ise orta seviyenin altında olduğu bulunmuştur. Elde edilen bulgulara göre katılımcıların teyit davranışlarının, bilgi edinme ve siberkondria davranışlarından düşük olması nedeniyle yanlış bilgiye maruz kalabilecekleri sonucuna varılmıştır.

Çalışma sonucunda dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit ile siberkondrianın yaş ve eğitim düzeyi ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme ve web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme ile siberkondria arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Dijital teyit davranışının ise siberkondria ile negatif yönlü anlamlı ilişkide olduğu belirlenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların web 1.0 ile sağlık bilgisi edinme ve web 2.0 ile sağlık bilgisi edinme davranışı arttıkça siberkondria düzeyi artmakta, dijital teyit davranışı arttıkça ise siberkondria düzeyi azalmaktadır. Web ve sosyal medya üzerinden elde edilen sağlık bilgisinin bireylerin siberkondria düzeyini arttırdığı görülürken, sağlık profesyonellerinin, sağlık kuruluşlarının ve Sağlık Bakanlığı'nın dijital platformları ya da dijital ortamdaki bilimsel yayınlar yoluyla bu bilgilerin teyit edilmesinin ise siberkondria düzeyini azalttığı görülmektedir. Dijital teyit davranışlarını arttırmaya yönelik çalışmaların, bireylerin siberkondria düzeylerini azaltarak toplum sağlığına katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu nedenle sağlık profesyonelleri ve Sağlık Bakanlığı tarafından özellikle 18 yaş ve üzeri bireyler için dijital ortamda teyit davranışlarını geliştirmeye yönelik çalışmaların artırılması önerilmektedir.



### Kaynakça

1. Ateş, M. ve Sevindi, K. (2013). Hastane Yöneticilerinin Karar Verme Düzeylerine Yönelik Bir Araştırma. *Sosyal Bilimler Dergisi/Journal of Social Sciences*, 6(1), ss. 81-100.
2. Aydemir, İ., & Yaşar, M. E. (2023). Üniversite Personelinin Dijital Ortamda Sağlık Bilgisi Edinme ve Teyit Davranışları ile Sağlık Okuryazarlığı Bilgi Düzeyi İlişkisinin Belirlenmesi. *Bingöl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 25, 123-134.
3. Bennett, W. L., & Livingston, S. (2018). The disinformation order: Disruptive communication and the decline of democratic institutions. *European Journal of Communication*, 33(2), 122-139.
4. Bryman, A. ve Cramer, D. (2001). *Quantitative Data Analysis with SPSS Release 10 for Windows: A Guide for Social Scientists*. London: Routledge.
5. Çömlekçi, M. F., & Bozkanat, E. (2021). İnfodemide dijital ortamda sağlık bilgisi edinme ve teyit davranışları. *İstanbul University Journal of Sociology*, 41(1), 103-125.
6. İslamoğlu, A. H. (2009). *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri*. İzmit: Beta Basım.
7. Koçer, S. (2021). KHAS Covid-19 Yanlış bilgi yayılımı araştırması sonuçları açıklandı. <https://khas.edu.tr/tr/haberler/khas-covid-19-yanlis-bilgi-yayilimi-arastirmasi-sonuclari-aciklandi>.
8. McElroy, E., & Shevlin, M. (2014). The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 259-265. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.07>.
9. Newman, N., Fletcher, R., Schulz, A., Andi, S., & Nielsen, R.K. (2020). Reuters digital news report 2020. Reuters Institute for the Study of Journalism. [https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-06/DNR\\_2020\\_FINAL.pdf](https://reutersinstitute.politics.ox.ac.uk/sites/default/files/2020-06/DNR_2020_FINAL.pdf).
10. Norman, C. D. & Skinner, H. A. (2006). eHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research*, 8(4): e27.
11. Shao, A. T. (2002). *Marketing Research. An Aid to Decision Making*. Cincinnati, Ohio: South-Western/Thomson Learning.
12. Starcevic V, Berle D (2013) Cyberchondria: Towards a better understanding of excessive health-related internet use. *Expert Rev Neurother*, 13:205-213.
13. Tamer Gencer, Z. (2017). Norman ve Skinner'ın E-Sağlık Okuryazarlığı Ölçeğinin Kültürel Uyarlaması için Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *University Faculty of Communication Journal/Istanbul Üniversitesi İletişim Fakültesi Hekimli Dergisi*, (52).
14. Uzun, S.U., Zencir, M. Reliability and validity study of the Turkish version of cyberchondria severity scale. *Curr Psychol* 40, 65-71 (2021). <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0001-x>

NS50

## Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Ameliyathanesinde Çalışan Sağlık Personellerinin Çalışan Güvenliği Konusundaki Algılarının Kesitsel Olarak Belirlenmesi

Mehmet KOCA<sup>1</sup>, Serdar DENİZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Malatya Turgut Özal Üniversitesi

Sorumlu Yazar: mehmet.koca@ozal.edu.tr

**Giriş ve Amaç:** Bu çalışma ile, bir eğitim ve araştırma hastanesi ameliyathanesinde çalışan sağlık personellerinin çalışan güvenliği konusundaki algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

**Materyal ve Metot:** Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan "Demografik Form" ile Burunkaya ve ark., (2017) tarafından hazırlanan "Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Algısının Belirlenmesi" çalışmasında çalışan güvenliğine yönelik uygulamaların memnuniyet düzeyinin belirlenmesinde kullandığı "memnun veya memnun değil" şeklinde cevaplanması istenen "Çalışan Güvenliği İle İlgili Uygulamaları Değerlendirme Anketi" aracılığı ile toplanmıştır. Çalışma Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathanesinde görevli sağlık personelleri (ebe, hemşire, anestezi teknisyeni vb.) üzerinde yapılmış olup, örneklem yöntemi olarak basit rastgele örneklem yöntemi kullanılmıştır. Çalışmaya Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathanesinde görevli 150 sağlık personellerinden n=72 çalışan katılmıştır.

**Bulgular:** Katılımcıların % 83,3'ü (n=60) kadın, % 16,7'si (n=12) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş kategorilerinde en fazla olan grubun % 27,8 (n=20) ile 45-49 yaş grubu aralında olduğu belirlenmiştir. Yine katılımcıların % 63,9'nun (n=46) evli, % 27,8'inin (n=20) toplam çalışma süresinin 26 yıl ve üzerinde olduğu, % 44,4'ünün (n=32) bulunduğu serviste 5 yıldan daha az bir süre çalıştığı görülmüştür. Çalışan güvenliği memnuniyet değerlendirme anketinin sonuçlarına göre en memnun olunan maddenin sırası ile % 91,7'sinin (n=66) çalışma saati ve nöbetlerden, % 88,9 oranda (n=64) görev dağılımı ve yine aynı oranda % 88,9 oranda (n=64) çalışılan birim/servis/üniteden memnun oldukları ve % 83,3'er (n=60) oranda hekim sayısından ve çalışma ortamındaki kişiler arası ilişkiden memnun oldukları belirlenmiştir. Yine ankete göre en az memnuniyet duyulan ilk beş konunun ilk sırasında % 44,4'ünün (n=32) iş yükünden, diğer dört konunun ise % 41,7'sinin (n=30) ile aynı orana sahip iş hızı, güvenlik personeli sayısı, çalışma ortamının donanımı ve dizaynı ile kullanılan temizlik maddesinin kalitesinden memnun oldukları tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Araştırma sonucuna göre en memnun olunan konuların; çalışma saati/nöbetler, birimde çalışıyor olmak ve görev dağılımından olduğu, en az memnun olunan konuların ise iş yükü, iş hızı ve güvenlik personeli sayısının yetersiz olmasından kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlarla birlikte özellikle artan sağlıkta şiddet olaylarının çalışan güvenliği algısında önemli bir yere sahip olduğu ve güvenlik personeli sayısının artırılması ve çalışanların iş yükü ile iş hızının adil dağıtılılması için farklı örneklem gruplarında daha kapsamlı bilimsel çalışmaların yapılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Ameliyathane, Çalışan Güvenliği, Memnuniyet, Sağlık Personeli

### Cross-Sectional Determination of Perceptions of Health Personnel Working in The Operating Room of a Training and Research Hospital on Employee Safety

**Objective:** With this study, it is aimed to determine the perceptions of health personnel working in the operating room of a training and research hospital about employee safety.

**Materials and Methods:** The data were answered as "satisfied or not satisfied" in the "Demographic Form" created by the researchers and the "Determination of Occupational Health and Safety Perceptions in Healthcare Professionals" study prepared by Burunkaya et al. (2017) It was collected through the requested "Employment of Employee Safety Applications Evaluation Questionnaire". The study was carried out on health personnel (midwife, nurse, anesthesia technician, etc.) working in the operating room of Malatya Training and Research Hospital, and simple random sampling method was used as the sampling method. n=72 employees from 150 health personnel working in the operating room of Malatya Training and Research Hospital participated in the study.

**Results:** 83.3% (n=60) of the participants were female and 16.7% (n=12) were male. In the age categories of the participants, it was determined that the highest group was in the 45-49 age group with 27.8% (n=20). It was also observed that 63.9% (n=46) of the participants were married, 27.8% (n=20) had a total working period of 26 years or more, and 44.4% (n=32) had been working in their service for less than 5 years. According to the results of the employee safety satisfaction evaluation survey, the most satisfied item was 91.7% (n=66) working hours and shifts, 88.9% (n=64) task distribution and 88.9% the same rate. (n=64) were satisfied with the unit/service/unit they worked at and 83.3% (n=60) were satisfied with the number of physicians and the interpersonal relationship in the working environment. Again, according to the survey, the workload of 44.4% (n=32) of the first five subjects with the least satisfaction and the same rate as 41.7% (n=30) of the other four subjects are work speed, security personnel. It has been determined that they are satisfied with the number of employees, the equipment and design of the working environment and the quality of the cleaning agent used.

**Conclusion:** According to the results of the research, the most satisfied subjects are; It has been determined that working hours/watches, working in the unit and the distribution of duties are the least satisfied issues due to the workload, work speed and insufficient number of security personnel. Together with these results, it was concluded that especially the increasing incidents of violence in health have an important place in the perception of employee safety and more comprehensive scientific studies should be conducted in different sample groups in order to increase the number of security personnel and to distribute the workload and work speed of employees fairly.

**Keywords:** Operating Room, Employee Safety, Satisfaction, Health Personnel

## Giriş

Sağlık çalışanları çalışma yaşamında çalışma alanlarından kaynaklanan ve kendi sağlıklarını tehdit eden birçok biyolojik, kimyasal, fiziksel ve psikolojik risk faktörleri ile karşı karşıyadırlar (Gürcani ve Tan, 2008; İnce, 2008). Bu risklerin tanımlanmasında sağlık kurumları çok riskli grup içinde yer almaktadır. Sağlık çalışanları işlerini yaparken bir aynı zamanda iş kazası ve meslek hastalıkları geçirebilmektedirler (Devebakan, 2015). Bu durumda çalışanın iş performansı azalmakta, iş kazaları artmakta, hem çalışan hem de hasta için güvenlik sorunları ortaya çıkmaktadır (Gürer, 2018).

Ülkemizde işyerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından hazırlanan 6331 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve Sağlık Bakanlığı tarafından “Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik”, “Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ” ve Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları (SKS) gibi birçok düzenleme yapılarak iş yerinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amaçlanmıştır (İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, 2012; Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, 2011; Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ; 2009; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020)

Sağlık çalışanlarının güvenliği ve sağlığına dikkat edilmesi günümüzde önemini giderek artırmakta ve sağlık hizmetinin güvenli, kaliteli ve verimli sunulması çalışan personelin performansına ve memnuniyetine bağlıdır. Sağlık hizmetinin güvenli, kalite ve verimli sunulması için sağlık çalışanlarının güvenliği ve sağlığına dikkat edilmesi günümüzde giderek önemini arttırmakta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasında çalışanın sağlığı ve güvenliği konusu üzerinde özenle durulması gereken bir konulardandır (Şen, 2010).

Bu çalışma ile bir eğitim ve araştırma hastanesi ameliyathanesinde çalışan sağlık personellerinin çalışan güvenliği konusundaki algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır

## Gereç Ve Yöntem

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesi ameliyathanesinde çalışan yaklaşık 150 sağlık personeli oluşturmaktadır. Örneklem yöntemi olarak basit rastgele örneklem yöntemi belirlenmiş olup, örneklem büyüklüğünü araştırmaya katılmayı kabul eden 72 kişi oluşturmaktadır.

### Veri Toplama Yöntemi ve Analiz

Anket formu; araştırmacılar tarafından 7 sorudan oluşan sosyo-demografik bölüm ve Burunkaya ve ark., (2017) ve tarafından hazırlanan “Sağlık Çalışanlarında İş Sağlığı ve Güvenliği Algısının Belirlenmesi” çalışmasında çalışan güvenliğine yönelik uygulamaların memnuniyet düzeyinin belirlenmesinde kullandığı ve “memnun ve memnun değil” şeklinde cevaplanması istenen anket formu kullanılmıştır. 21 soruluk anketin “Sağlık güvenliği önlemleri (aşı, koruyucu malzeme, araç-gereç vb.)” ifadesi bu ifadeye benzer ve bu ifadeyi kapsayan soruların olduğundan bu soru çıkarılmıştır. Ayrıca ankette yer alan “güvenlik personelinin davranışlarından” ifadesi “güvenlik personelinin sayısından” şeklinde değiştirilmiştir. Verilerin toplanması yüz yüze ve online olarak yapılmıştır. Veriler SPSS 25 programında analiz edilmiştir.

### Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma için Malatya Eğitim ve Araştırma Hastanesinden 10.08.2023 tarih ve E-23536505-619-221929495 sayılı yazısı ile izin alınmış ve Malatya Turgut Özal Üniversitesi Girişimsel Olmayan Etik Kurul Komisyonu’ndan 18.08.2023 tarih ve E-30785963-020-170167 sayılı yazısı ile etik kurul onayı alınmıştır.

## Bulgular

Tablo 1. Güvenilirlik İstatistiği

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,924	20

Çalışmada kullanılan anket ifadelerinin güvenilirliğini gösteren Cronbach Alpha değeri 0,924 olarak bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 2. Demografik Veriler Dağılımı

		Sıklık (n)	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	60	83,3
	Erkek	12	16,7
Yaş	18-24	10	13,9
	25-29	10	13,9
	30-34	12	16,7
	35-39	4	5,6
	40-44	12	16,7
	45-49	20	27,8
	50-54	2	2,8
	55 ve üstü	2	2,8
Eğitim Durumu	Lise	8	11,1
	Ön Lisans	4	5,6
	Lisans	44	61,1
	Yüksek Lisans	16	22,2
Medeni Durum	Evli	46	63,9
	Bekâr	24	33,3
	Ayrılmış/Dul	2	2,8
Toplam Çalışma Süresi	5 yıl ve daha az	18	25,0
	6-10 yıl	10	13,9
	11-15 yıl	12	16,7
	16-20 yıl	2	2,8
	21-25 yıl	10	13,9
	26 yıl ve üzeri	20	27,8
Bulunduğu Birimde Çalışma Süresi	5 yıldan az	32	44,4
	5-9 yıl	16	22,2
	10-14 yıl	14	19,4
	15-19 yıl	8	11,1
	25 yıl ve üzeri	2	2,8
Toplam		72	100

Katılımcıların % 83,3'ü (n=60) kadın, % 16,7'si (n=12) erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş kategorilerinde en fazla olan grubun % 27,8 (n=20) ile 45-49 yaş grubu aralında olduğu belirlenmiştir. Yine katılımcıların % 63,9'nun (n=46) evli, % 27,8'inin (n=20) toplam çalışma süresinin 26 yıl ve üzerinde olduğu, % 44,4'ünün (n=32) bulunduğu serviste 5 yıldan daha az bir süre çalıştığı görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 3. Soru Bazlı Katılımcı Görüş Dağılımı

S.N	Çalışan Güvenliği İle İlgili Uygulamaları Değerlendirme Anketi		n	%
1	Çalışma saati/nöbetler	Memnun	66	91,7
		Memnun Değil	6	8,3
2	Görev Dağılımı	Memnun	64	88,9
		Memnun Değil	8	11,1
3	İş yükü	Memnun	40	55,6
		Memnun Değil	32	44,4
4	İş hızı	Memnun	42	58,3
		Memnun Değil	30	41,7
5	Hemşire sayısı	Memnun	44	61,1
		Memnun Değil	28	38,9
6	Hekim sayısı	Memnun	60	83,3
		Memnun Değil	12	16,7
7	Güvenlik personeli sayısı	Memnun	42	58,3
		Memnun Değil	30	41,7
8	Hasta sayısı	Memnun	54	75,0
		Memnun Değil	18	25,0
9	Çalışma ortamının donanımı ve dizaynı	Memnun	42	58,3
		Memnun Değil	30	41,7
10	Çalışma ortamındaki kişiler arası ilişkiler	Memnun	60	83,3
		Memnun Değil	12	16,7
11	Kullanılan araç-gereçler	Memnun	48	66,7
		Memnun Değil	24	33,3
12	Kullanılan temizlik malzemelerinin kalitesi	Memnun	42	58,3
		Memnun Değil	30	41,7
13	Kullanılan sarf malzemelerin kalitesi	Memnun	50	69,4
		Memnun Değil	22	30,6
14	Kişisel koruyucu ekipman malzemelerinin kalitesi	Memnun	52	72,2
		Memnun Değil	20	27,8
15	Çalışan sağlık ve güvenlik politikaları	Memnun	44	61,1
		Memnun Değil	28	38,9
16	Çalışan güvenliğine yönelik eğitimler	Memnun	50	69,4
		Memnun Değil	22	30,6
17	Hasta kaldırma/ taşıma sistemleri	Memnun	52	72,2
		Memnun Değil	20	27,8
18	İş kazası/meslek hastalığı durumunda alınan destek	Memnun	48	66,7
		Memnun Değil	24	33,3
19	Çalışılan birim/servis/ünitede çalışmaktan	Memnun	64	88,9
		Memnun Değil	8	11,1
20	Bu kurumda çalışıyor olmaktan	Memnun	54	75
		Memnun Değil	18	25

Çalışan güvenliği memnuniyet değerlendirme anketinin sonuçlarına göre sırası ile en memnun olunan ilk beş maddenin sırası ile % 91,7'sinin (n=66) çalışma saati ve nöbetlerden, % 88,9'sar oranda (n=64) görev dağılımı ve çalışılan birim/servis/üniteden, % 83,3'er (n=60) hekim sayısından ve çalışma ortamındaki kişiler arası ilişkiden memnun oldukları belirlenmiştir.

Yine ankete göre en az memnuniyet duyulan ilk beş konunun ilk sırasında % 44,4'ünün (n=32) iş yükünden, diğer dört konunun ise % 41,7'sinin (n=30) ile aynı orana sahip iş hızı, güvenlik personeli sayısı, çalışma ortamının donanımı ve dizaynı ile kullanılan temizlik maddesinin kalitesinden memnun oldukları tespit edilmiştir (Tablo 3).

### Tartışma

Gyekye (2005), Burunkaya ve ark., (2017) sağlık çalışanlarının katılımı ile yaptığı çalışmada, Şentürk ve Sunal (2018) ameliyathanede çalışan sağlık personelleri üzerinde yaptığı çalışmada ve Elçin (2020)'nin yaptığı çalışma sonuçlarına benzer olarak en az memnuniyet duyulan konunun % 41,7 ile iş yükü olduğu belirlenmiştir.

Gyekye (2005) "İşçilerin İşyeri Güvenliği Algıları ve İş Memnuniyeti" konulu çalışmasında iş memnuniyeti ile iş yeri güvenliği arasında pozitif yönde ilişki olduğunu Kanber ve ark., (2010) Devlet hastanesi çalışanlarında yaptığı çalışma sonucunda % 71,1'i yeterli güvenlik önleminin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Yapılan bu çalışma sonucunda da iş yükü ve iş hızının fazlalığı ile güvenlik personelinin sayısının yetersiz olması çalışan güvenliğini algısında en az memnuniyet duyulan konular arasında olduğu belirlenmiştir. Yapılan bu çalışma ile Gyekye (2005) ve Kanber ve ark., (2010) yaptığı çalışma sonuçları ile benzerdir.

Yaptığımız çalışma neticesinde çalıştığı birimden memnun olma durumu % 88,9, çalışılan kurumdan memnun olma durumu ise % 75 çıkmıştır. Bu oranın yüksek olması kurum aidiyeti için önemlidir. Bulduğumuz bu sonucu Şentürk ve Sunal (2018) ve Elçi (2020) yılında yaptığı çalışmada buldukları sonuçlarla benzerdir.

Yapılan bu çalışmada çalışma ortamının donanımı ve dizaynından memnun olma oranının % 58,3 olarak bulunmuştur. Kanber ve ark., (2010) yaptığı çalışmada çalışılan mekanın ergonomisinden memnun olan kişilerin oranını % 45,6 olarak bulmuştur. İki çalışma arasındaki bu farkın araştırma yapılan binaların ve çalışma mekânlarının fiziksel yapısından kaynaklandığı düşünülmektedir.

### Sonuç

Yapılan bu çalışma neticesinde ameliyathanede çalışan sağlık personellerinin çalışan güvenliğine yönelik memnuniyet düzeyleri ortaya konmuştur. Araştırma sonucuna göre en memnun olunan konuların; çalışma saati/nöbetler, birimde çalışıyor olmak ve görev dağılımından olduğu, en az memnun olunan konuların ise iş yükü, iş hızı ve güvenlik personeli sayısının yetersiz olmasından kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlarla birlikte özellikle artan sağlıkta şiddet olaylarının çalışan güvenliği algısında önemli bir yere sahip olduğu ve güvenlik personeli sayısının artırılması ve çalışanların iş yükü ile iş hızının adil dağıtılabilmesi için iş yükü ve iş hızının nesnel ölçümü gereklidir. Çalışmanın farklı örneklem gruplarında ve daha kapsamlı yapılması önerilmektedir.

### Kaynakça

1. Cürçani, M. ve Tan, M. (2009). Diyaliz Üniteleri ve Nefroloji Servislerinde Çalışan Hemşirelerin Karşılaştıkları Mesleki Riskler ve Sağlık Sorunları. *TAF Prev Med Bull*, 8(4): 339-344. 2.
2. İnce, BS. (2008). Hemşire Güvenliği: Çalışma Ortamı ve Riskler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 24(3): 61-71.
3. Devedakan N. ve Paşalı N. (2015). Sağlık İşletmelerinde Hizmet Kalitesi Standartlarının Çalışan Güvenliği Açısından Çalışanlar Tarafından Değerlendirilmesi: İzmir İlinde Bir Araştırma. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 18(2): 123-142.
4. Elçin, G. (2020). Sağlık çalışanlarında iş sağlığı ve güvenliği algısının belirlenmesi [Yüksek Lisans Tezi]. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi
5. Gürer, A. (2018). Sağlık hizmetlerinde çalışan güvenliği. *Sağlık Hizmetleri ve Eğitimi Dergisi*, 2(1), 9-14.
6. İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. Resmi Gazete, 30 Haziran 2012, sayı 28339. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>
7. Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul Ve Esaslar Hakkında Tebliğ. Resmi Gazete, 29 Nisan 2009, sayı 27214. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/04/20090429-12.htm>
8. Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. Resmi Gazete, 06 Nisan 2011, Sayı 2789. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>
9. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2020). Sağlıkta Kalite Standartları Hastane (Sürüm 6.1). 1. Baskı: Ankara, Haziran 2020 ISBN: 978-975-590-766-6 Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1156
10. Şen, E. (2010). Özel hastanelerde çalışan sağlık personelinin memnuniyet araştırması [Yüksek Lisans Tezi]. Marmara Üniversitesi
11. Kanber, N. A., Gürlek, Ö., Çiçek, H. ve Gözlükaya, A. (2010). Bir Sağlık Kurumunda Sağlık Çalışanlarının Memnuniyeti. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 2(2), 114-126.
12. Burunkaya, B., Topal K., Erdoğan G. ve Gereklioğlu Ç. (2017). Sağlık Çalışanlarının Çalışan Güvenliği Uygulamalarından Memnuniyetleri ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu Hakkındaki Bilgi Düzeyleri. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, (13): 1-17
13. Gyekye, AS. (2005). Workers' perceptions of workplace safety and job satisfaction. *International Journal of occupational safety and ergonomics*, 11(3), 291-302.
14. Şentürk, Y. ve Sunal, N. (2018). Ameliyathanede Çalışan Sağlık Personelinin İş Sağlığı ve Güvenliği Algısının Belirlenmesi. *Karaelmas İş Sağlığı ve Güvenliği Dergisi*, 2(2), 75-85

## Ülkelerin Risk Faktörlerine Göre Kümelenmesi: Sağlık Ticari Belirleyicileri Kapsamında Bir Analiz

Buse FİDAN TÜRKÖN<sup>1</sup>, Salim YILMAZ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Istanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa*

<sup>2</sup>*Istanbul Arel Üniversitesi*

Sorumlu Yazar: [buse.turkon@iuc.edu.tr](mailto:buse.turkon@iuc.edu.tr)

Küresel olarak, her yıl insan ölümlerinin %70'inden fazlası kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet, solunum yolu hastalıkları, obezite ve akıl hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) kaynaklanmaktadır. Ölüm sebeplerinde ilk sıralarda yer alan ve ciddi bir paya sahip olan BOH'lar küresel bir soruna dönüşüyor. BOH'lara yol açan risk faktörleri arasında tütün ve alkol kullanımı, aşırı işlenmiş ve şekerli yiyecek-içecek tüketimi, büyük bir paya sahip, birlikte olumsuz sağlık durumu yol açan düzenli ekonomik durumları, sağlığın ticari bozulmaları olarak literatüre girmiştir. Çalışmanın amacı riske atfedilen ölüm oranına göre ülkelerin bulunduğu konumların belirlenmesi ve sağlığın ticari harcamaları değerlendirilmeleridir. Buna göre 197 yılına göre, 2019 yılındaki risk oranlarından üretilen ölüm parçalarına göre k-ortalama yöntemini ile gruplandırılmıştır. Sağlığın ticari bölümlerinin bir ortaya çıkması nedeniyle dünyada en fazla ölüme neden olan ilk risk faktörünün çalıştırılması dahil edildi. Küme sayısı belirlemede Dirsek yöntemi kullanılmıştır. Belirlenen 4 küme için küme 1'in 16'sı; küme 2'nin 74'ü, küme 3'ün 71'i, küme 4'ün 36 üye ülkesinde. Farklı risk özellikleri açısından kümeler arasındaki değişimin incelenmesi için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) kullanıldı. Kümeler için en çok yüksek tansiyonun (Küme sayısı belirlemede Dirsek yöntemi kullanılmıştır. Belirlenen 4 küme için küme 1'in 16'sı; küme 2'nin 74'ü, küme 3'ün 71'i, küme 4'ün 36 üye ülkesinde. Farklı risk özellikleri açısından kümeler arasındaki değişimin incelenmesi için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) kullanıldı. Kümeler için en çok yüksek tansiyonun (Küme sayısı belirlemede Dirsek yöntemi kullanılmıştır. Belirlenen 4 küme için küme 1'in 16'sı; küme 2'nin 74'ü, küme 3'ün 71'i, küme 4'ün 36 üye ülkesinde. Farklı risk özellikleri açısından kümeler arasındaki değişimin incelenmesi için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) kullanıldı. Kümeler için en çok yüksek tansiyonun ( $R^2 : 0,881$ ), en düşük ( $R^2 : 0,241$ ) iç ortamın hava yasağının varyansını açıkladığı şekilde çalıştırılır. Dış ortam hava yasaklılığı, yüksek tansiyon, tam kırılmalı gıdalardan yetersiz beslenme, sigara kullanımı ve yüksek vücut kütle indeksine göre 1. kümenin daha yüksek, 2. kümenin ise daha düşük değere sahip olduğu; iç ortamın hava yasağına göre 2. kümenin öne çıktığı genel hava yasağına göre ise 3. kümenin ayrı ayrı önde olduğu belirlenmiştir. Kümelerin risk ücretsiz atfedilen ölüm ortalamasına göre yüksekten düşük değere göre sıralamaları, küme 1, küme 4, küme 3 ve küme 2 şeklindedir. Küme 1'in özel sektör faaliyetlerine göre gelişmiş olsa da olumsuz sağlık çıktıları önleme açısından yetersiz olduğu şeklinde yorumlanmıştır. Ayrıca küme 2'nin ise ticari risk faktörü açısından en iyi durumda olması, Afrika ülkelerinden oluşan yoğunlukta özel sektör gelişmeler gelişmemiş olması ve farklı sağlık sorunları ile mücadele ediyor olmalarından kaynaklanan şekilde değerlendirilmiştir. Küme 3'ün çoğalmaları gelişmiş ve gelişmekte olan bölgeleri tutmasından dolayı yoğun bir etki altında olsa da, olumsuz sağlık çıktıları diğerlerine göre daha başarılı bir şekilde kontrol olarak alabildiği; küme 4'ün küme 1'den sonra en fazla ölüm oranına sahip olması nedeniyle özellikle yüksek tansiyon, yüksek açlık şekeri ve yüksek vücut kütle indeksi gibi kurallara yönelik politikaların geliştirilmesi ortaya çıktı. Türkiye kümelenmiş 3'te yerleşmiş ve 100.000 kişinin başına dış ortam hava yasağında 53, 30; vücut kütle indeksinde 96 ölümlü bu faktörlerde kendi kümesinde ve diğer ülkeler arasında yüksek sayıda olup olmadığı belirlenmişti. Kümeler arasında en yüksek ölüm rejimine sahip olan ülkelerde Bulgaristan, Sırbistan, Haiti, Somali, Kuzey Kore, Grönland, Solomon Adaları ve Palau'da eğitime ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** *Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar, Sağlığın Ticari Belirleyicileri, K-ortalama Yöntemi, Kümeleme, Risk Faktörleri Kaynaklı Ölüm*

### Clustering Countries Based on Risk Factors: An Analysis in the Context of Commercial Determinants of Health

Globally, over 70% of human deaths occur annually from non-communicable diseases (NCDs) such as cardiovascular diseases, cancer, diabetes, respiratory diseases, obesity, and mental illnesses. NCDs, ranking high among causes of death and possessing a significant share, are turning into a global problem. Risk factors leading to NCDs include tobacco and alcohol consumption, and excessive consumption of processed and sugary foods and beverages, which along with adverse health outcomes, have entered the literature as commercial determinants of health. This study aims to determine the positions of countries based on the number of deaths attributed to these risk factors, and to evaluate them in the context of commercial determinants of health. Accordingly, 197 countries were clustered by the k-means method according to the number of deaths from risk factors in 2019. The top ten risk factors causing the most deaths worldwide were included in the study as outputs of commercial determinants of health. The Elbow method was used to determine the number of clusters. The four identified clusters contain 16, 74, 71, and 36 member countries respectively. Multivariate analysis of variance (MANOVA) was employed to examine the variation between clusters in terms of different risk factors. The variance was found to be most explained by high blood pressure ( $R^2: 0.881$ ), and least by indoor air pollution ( $R^2: 0.241$ ). Outdoor air pollution, high blood pressure, inadequate whole-grain consumption, smoking, and high body mass index marked cluster 1 as higher, and cluster 2 as lower; cluster 2 emerged in indoor air pollution, while cluster 3 led in overall air pollution. The clusters are ranked from high to low according to the average death numbers attributed to risk factors as cluster 1, cluster 4, cluster 3, and cluster 2. Cluster 1 was interpreted as being relatively developed by private sector activities but insufficient in preventing adverse health outcomes. Cluster 2, being in the best condition regarding commercial risk factors, was assessed as potentially due to the underdevelopment of private sector activities in the majority of African countries and their struggle with various health problems. Cluster 3, despite being under intense influence due to mostly developed and developing countries,

managed to control adverse health outcomes more successfully compared to others; the necessity to develop policies targeting high blood pressure, high blood sugar, and high body mass index emerged for cluster 4, having the second-highest death average after cluster 1. Türkiye was positioned in cluster 3 and identified as risky, with 53.30 deaths per 100,000 people from outdoor air pollution, and 96 deaths from body mass index among its cluster and other countries. The countries with the highest death numbers among the clusters were found to be Bulgaria, Serbia, Haiti, Somalia, North Korea, Greenland, Solomon Islands, and Palau.

**Keywords:** Non-Communicable Diseases, Commercial Determinants of Health, K-Means Method, Clustering, Death Caused by Risk Factors

## Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünya çapındaki ölümlerin yaklaşık olarak %70'inin kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, diyabet, ruh ve sinir hastalıkları gibi bulaşıcı olmayan hastalıklardan (BOH) kaynaklandığını açıklamıştır (Knai vd., 2018). 2019 yılında ise BOH kaynaklı ölüm oranının dünyada %74'e çıktığı tespit edilmiştir. DSÖ'nün 2020 Dünya Sağlık İstatistikleri de BOH'lardan kaynaklanan erken ölümlerin önlenmesi ve kontrol edilmesindeki ilerlemenin yetersiz olduğunu desteklemektedir. Bu bağlamda DSÖ, BOH'ların önlenmesi ve kontrolü için 2030'a kadar dokuz gönüllü küresel hedef seti belirlemiştir. Hedeflerde kardiyovasküler hastalıklar, kanser, diyabet veya kronik solunum yolu hastalıklarından kaynaklanan genel ölüm oranında %33,3; alkolün zararlı kullanımında %20; yetersiz fiziksel aktivite prevelansında %15; nüfusun ortalama tuz tüketiminde %40; tütün kullanımını yaygınlığında %40; yüksek tansiyon prevelansında %33 oranında azaltılması bulunmaktadır. Diyabet ve obezitedeki yükselişin durdurulması ve son olarak da özel ve kamu kurumlarında BOH'ların tedavisinde kullanılan teknoloji ve medikal gereksinimlerin %80 oranında bulunabilirliğinin artırılması amaçlanmaktadır (WHO, 2021).

Ölüm sebepleri arasında ciddi bir paya sahip olan BOH'ların, yerel bir halk sağlığı sorunu olmaktan çıkıp küresel bir problem haline aldığı açıktır. DSÖ Genel Müdürü Margaret Chan, 8. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Küresel Konferansında yapmış olduğu açılış konuşmasında "BOH'ları önleme çabalarının güçlü ekonomik operatörlerin ticari çıkarlarına aykırı olduğunu ve bunun sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin karşı karşıya olduğu en büyük zorluklardan biri olduğunu" belirtmiştir (WHO, 2013). BOH'ların sağlık sistemleri üzerindeki yükünü hafifletebilmek için öncelikle problemle yüzleşmek, karşı karşıya olunan riskleri tanımlamak ve anlamak gerekmektedir.

Çalışmanın amacı, ülkelerdeki ölüm sayılarının risk faktörlerine göre dağılımlarının incelenerek, ülkelerin mevcut durumlarının sağlığın ticari belirleyicileri bağlamında değerlendirilmesidir. Bu amaca yönelik olarak öncelikle BOH'ların ardındaki kök sebeplerden sağlığın ticari belirleyicileri hakkında temel düzeyde kavramsal bilgilere yer verilmiştir. Ardından risk faktörleri kaynaklı ölüm sayılarına göre ülkeler, aralarındaki benzerlikleri açısından kümelendirilmiştir. Literatür incelemesi, ülkelerin sağlığın ticari belirleyicileri üzerindeki etkilerinin ve bu belirleyicilerin risk faktörleri ile olan ilişkisinin ne ölçüde ele alındığı konusunda çeşitli yaklaşımlar ve görüşler ortaya koymaktadır. Mevcut çalışmalarla bu konuya paralel veya yakın alanlarda spesifik odaklar ve kapsamlar geliştirmiş olsa da söz konusu temada çeşitlendirilmiş perspektiflere duyulan ihtiyaç, alanın gelişimi için önemli bir gereklilik olarak kabul edilebilmektedir. Bu bağlamda, araştırmanın özgün niteliği, ülkelerin sağlığın ticari belirleyicileri açısından değerlendirilmesi üzerine odaklanması ve bu alanda yeni bir yaklaşım sunma amacı taşınmasıyla ilişkilendirilmektedir.

## Sağlığın Ticari Belirleyicileri

21. yüzyılın başlarında dünya çapında bulaşıcı olmayan hastalıklardaki ürkütücü artışın ortasında, halk sağlığı akademisyenleri ve aktivistleri, kâr amaçlı faaliyetlerin insan sağlığı üzerindeki önemli ve artan etkisini açıklamak için sağlığın ticari belirleyicileri şeklinde birleştirici bir kavram önerisinde bulunmuşlardır (Freudenberg vd., 2021). Literatüre 2013 yılında giren sağlığın ticari belirleyicileri kavramı, insan sağlığını herhangi bir yönde doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen özel sektör aktiviteleri olarak tanımlanmaktadır (WHO, 2023; Millar, 2013). West ve Marteau (2013), sağlığın ticari belirleyicilerini "sağlığı etkileyen ve kâr güdüsünden kaynaklanan faktörler" şeklinde kaleme alırken Kickbusch vd. (2016), "sağlığa zararlı ürün ve seçimleri teşvik etmek için özel sektör tarafından kullanılan strateji ve yaklaşımlar" olarak tanımlamıştır. Her üç tanımda da ticari kaygılar güden özel sektör aktiviteleri ve bunların sağlığa olan etkileri, kavramsal olarak öne çıkmaktadır. Ancak sağlığın ticari belirleyicilerini daha genel bir çerçevede ele almak gerekirse; kar elde etmek ve pazar payını artırmak için tasarlanan ticari faaliyetlerin toplum içinde ve toplumlar arasında sağlık, hastalık, yaralanma, sakatlık ve ölüm kalıplarını etkileyen sosyal, politik, ekonomik yapılar, normlar, kurallar ve uygulamalar olarak tanımlamak yerinde olacaktır.

Özel sektör aktiviteleri sosyal, fiziksel ve kültürel çevreyi etkileyerek obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar, kanser ve ruh hastalıkları gibi pek çok sağlık sonucunu da beraberinde getirmektedir (Yıldırım Öztürk ve Uyar, 2023). Anne sütü muadillerinin, işlenmiş şekerli gıdaların ve alkolün, kardiyovasküler hastalıklara, tip II diyabete, kansere, hipertansiyona ve obeziteye sebep olabildiği bilinmektedir. Bununla birlikte fabrikaların havaya saldığı tehlikeli gazlar, solunum yolları hastalıklarına davetiye çıkarmaktadır. Öte yandan tütün, kakao ve kahve üretimi için ağaçsızlaştırılan alanlarda sivrisineklerin kontrolsüzce üremesiyle sıtma hastalığına yakalanma riski artmaktadır. Mezbahe ve et paketleme işletmelerinde güvenli olmayan çalışma şartlarından dolayı hayvanlardan insanlara bulaşan hastalıklar ortaya çıkmaktadır. Keza tüm dünyayı sarsan COVID-19 pandemisinin buna benzer bir ortamdan dolayı meydana geldiği ifade edilmektedir (WHO, 2023). Tüm bunların yanı sıra ticari aktörlerin toplumlara nüfus etmesinde büyük katkısı olan medya ve medya araçlarının da yukarıda bahsedilen olumsuz sağlık sonuçlarına yol açtığı açıktır. Özellikle genç ve çocukları hedef alan medya organları, besin değeri bakımından zayıf olan şekerli ve işlenmiş yiyeceklerle özendirerek üretici firmaların BOH'lardaki payını bölüşmektedir.

Özel sektör faaliyetleri uygun sınırlar içinde gerçekleştirildiğinde ve gerekli tavizler verildiğinde sağlığa olumlu etkilerinden de söz edilebilmektedir. Örneğin: gıda üretiminde tuz, trans yağ, şeker gibi içeriklerin çıkarılarak veya kontrollü bir şekilde azaltılabilir veya karotenoidler gibi sağlığa yararlı maddeler açısından zenginleştirilebilir (Arslan ve Günel, 2022). Ürünlerin yeniden formüle edilmesinin yanı sıra işverenler tarafından ücretli ebeveynlik izni, hastalık izni ve sağlık sigortasının sağlanması ve ülke politikaları tarafından da desteklenmesi de gerekmektedir. Bu koşulların artırılmasıyla sağlığa zararlı ürünler ile ilgili vazgeçmeye ve

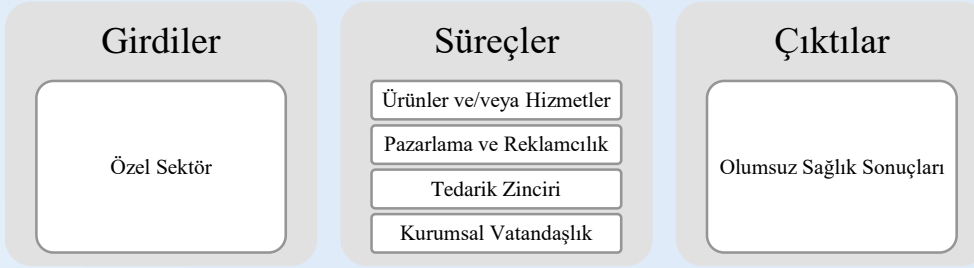


engellemeye yönelik kararların verilmesi, özel sektörün sağlığa olumlu sonuçlar verebilecek adımları arasında sıralanabilmektedir (WHO, 2023).

### Sağlığın Ticari Belirleyicilerini Oluşturan Dinamikler

Sağlığın ticari belirleyicilerini oluşturan dinamikler, ticaretin küreselleşmesi, kurumsal yapılar, düzenleyici sistemler, sosyal ve ekonomik gücün eklenmesi, neoliberal ve kapitalist ideolojiler gibi geniş kolaylaştırıcıları; sağlıksız malların arzu edilirliliğini ve kabul edilebilirliğini artıran pazarlama, paketleme ve minimum tüketim yaşı gibi politika kısıtlamalarını engelleyebilecek lobicilik, kurumsal politik faaliyetler ile dikkatleri başka yöne çekebilecek ve lekelenmiş itibarları aklayabilecek kurumsal sosyal sorumluluk stratejileri ve dünya çapında şirket etkisini artıran kapsamlı tedarik zincirleri, zararlı ürünler, üretim ve erişilebilirlik sorunları gibi kurumsal faaliyetleri kapsamaktadır (de Lacy-Vawdon ve Livingstone, 2020; Kickbusch vd., 2016).

Sağlığın ticari belirleyicileri genellikle sağlığa direkt olarak zararlı beslenme, tütün ve alkol endüstrilerine çağrışım yapmaktadır. Bu nokta halk sağlığına diğerleri kadar etkisinin doğrudan hissedilmediği ancak dolaylı yoldan zarar veren faaliyetlerden de söz etmek yerinde olacaktır. Diğer sektörler arasında geleneksel ve sosyal medya, madencilik endüstrileri, ilaç, reklam, oyun ve eğlence sektörleri yer almaktadır (Freudenberg vd., 2021). Lacy-Nichols vd. (2023), sağlığı etkileyen ticari aktörlerin arasına tüketicileri borç girdabına sokan pazar koşullarını, politikayı, zararlı besinleri masumlaştırarak bilimsel çalışmaları, insanları tehlikeli çalışma koşullarına iten istihdam sağlayıcıları ve kamu kaynaklarını tüketen dev muhasebe firmalarını da ekleyerek bir çerçeve oluşturmuştur. Bu çerçevede yer alan pazarlama, siyaset, bilim, istihdam ve finansal uygulamaların gelir, sağlık ve ortalama yaşam süresindeki mevcut eşitsizlikleri derinleştirebileceği ve sağlamaştırabileceği ifade edilmiştir. Sağlığın ticari belirleyicilerine dair Rochford vd.'nin (2019) yaklaşımı Şekil 1'de yer almaktadır.



Şekil 2. Sağlığın Ticari Belirleyicileri

**Kaynak:** Rochford, C. vd., (2019). Reframing the Impact of Business on Health: the Interface of Corporate, Commercial, Political and Social Determinants of Health. BMJ Global Health.

Halk sağlığını olumsuz etkileyen ticari aktörlerin lobicilik faaliyetleri yürüttükleri de bilinmektedir. Örneğin; Coca-Cola, PepsiCo ve American Beverage Association'ın, 2009 ile 2015 yılları arasında federal düzeydeki lobicilik faaliyetleri için toplam 114 milyon ABD Doları harcadığı ortaya çıkmıştır (Kickbusch vd., 2016). Coca-Cola temsilcileri, lobiciler, akademisyenler ve eski Coca-Cola yöneticileri tarafından kurulan Uluslararası Yaşam Bilimleri Enstitüsü (ILSI) üyeleri arasında geçen e-posta ve belgeleri, ABD Bilme Hakkı'ndan Bilgi Edinme Özgürlüğü Yasası'na istinaden halka açık hale getirilmiştir. Bu belgeleri inceleyen bir çalışma, şirketlerin yarattığı obezite sorunlarını iyileştirmek yerine DSÖ'yü şeker vergisi konusunda kararını değiştirmeye çalıştıklarını, pazarlama faaliyetlerinin çocukları ve gençleri hedef aldığı ortaya koymuştur. Sonuç olarak, ILSI ve Küresel Enerji Dengesi Ağı'nın (GEBN), yiyecek ve içecek endüstrisi tarafından finanse edilen, sahte bilim üreten önde gelen lobicilik grupları olduğu anlaşılmıştır (Ndebele vd., 2022). Benzer bir durumda, Philip Morris International'ın, çevresel tütün dumanı ve zarar arasındaki bağlantıları çürüteceği iddiasıyla yanıltıcı araştırmaları yayınlamak üzere doktorlar kiralamak amacıyla Whitecoat projesini hayata geçirmiştir (Moodie vd., 2013). Dünya'nın en büyük tütün ve içecek endüstrilerinin piyasa değerleri 400 ile 600 milyar ABD doları arasında değişirken, DSÖ'nün yıllık bütçesi yaklaşık olarak 2,2 milyar ABD dolarıdır. Bu rakamlar sağlığı olumsuz etkileyen ticari aktörlerin karlarının, sağlığın korunması ve geliştirilmesi için ayrılan bütçelere kıyasla oldukça büyük bir paya sahip olduğunu göstermektedir (Buse vd., 2017).

### Sağlığın Ticari Belirleyicileriyle Mücadele

Bulaşıcı olmayan hastalıkların artışı, küresel ekonomik sistemin maddi refah yaratma odaklı yapısının bir yansıması olup, sağlığın korunması ile geliştirilmesinin önemsenmediğinin bir göstergesi olarak değerlendirilmektedir (Kickbusch vd., 2016). Sağlığın ticari belirleyicileriyle mücadelede sağlığa zararlı ürünlerin tüketimini azaltacak çabalar yerine, sağlığa zarar veren ticari aktörlere ve faaliyetlere maruziyeti kısıtlayacak ve azaltacak entegre stratejiler önerilmektedir (Lee, 2022). Lee'nin önerisine karşılık olarak ticari faaliyetleri önceliklendirerek halk sağlığını olumsuz etkileyen küresel sistemin tamamen değişmesini beklemek her ne kadar ütöpik bir yaklaşım olsa da uygulama bazında ülkelerin alabileceği önlemler bulunmaktadır.

Sağlığın ticari belirleyicileri ile mücadele çabalarının çoğu gıda, tütün ve alkol ürünleri gibi belli başlı ticari mallara odaklanmaktadır. DSÖ, "BOH Best Buys" müdahaleleri olarak adlandırılan bir dizi uygulama sürdürmektedir. Bu uygulamalar arasında pazarlama ve tanıtım, politika oluşturmaya erişim, bilimsel araştırmalara katılım, ürün uyarı etiketleri, vergiler, yaş ve yer kısıtlamaları ile sağlık kampanyaları yer almaktadır. Best Buys uygulamaları her ne kadar doğru yönde ve etkili olsa da bu girişimler tek başına halk sağlığına zarar veren sistem düzeyindeki dinamiklerle başa çıkmak için yetersiz kalmaktadır (WHO, 2017; Lacy-Nichols vd., 2023).

Gıda, tütün ve alkol endüstrisi ile ilgili olarak sağlığa zararlı ürünlere özel olarak vergi uygulamasının getirilmesi ve bunun yanı sıra ürün paketlerinin önüne uyarıcı etiketlerin uygulanarak tüketicinin belirli bir farkındalık noktasına taşınması başlıca önlemlerden biri olmalıdır (Lacy-Nichols vd., 2023). Literatürde sağlıksız olan yiyecek ve içeceklerin yol açtığı olumsuz

dışsallıkları ortadan kaldırmak ve bu tür ürünlerin piyasa aktivitelerini kamu yararına kullanmak üzere “şişmanlık vergisi”, “yağ vergisi”, “soda vergisi”, “abur cubur vergisi”, “tuz vergisi” gibi “obezite vergisi” önerilerine yer verilmektedir (Ayyıldız ve Demirli, 2015). Aralarında Barbados, Brunei Sultanlığı, Şili, Fransa, Macaristan, Hindistan ve İrlanda'nın da bulunduğu yaklaşık 50 ülke şekerle tatlandırılmış içeceklerden vergi almaktadır. Suudi Arabistan'da da 2017 yılında tütün ürünleri, enerji içecekleri ve alkolüzsü içecekler vergi getirilmiştir (WHO, 2023). Finlandiya'da bisküvi ve çörek dışında kalan şekerleme ve şekerli hamur işi gıdaların kilogramı üzerinden 0,75 Euro; alkolüzsü içecekler üzerinden de litre başına 0,10-0,75 Euro aralığında vergi alınmaktadır. Fransa'da ise 2012 yılında, şeker ilaveli ve yapay tatlandırıcılı meşrubat ürünleri üzerine litre başına 0,72 Euro vergi uygulamasına başlanmıştır (Mytton vd., 2012).

MPOWER programı, politika yapımcıları, sivil toplum, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve diğerleri de dahil olmak üzere toplumun geri kalanıyla birlikte tütün kullanımından arınmış bir dünya tasavvur etmeye teşvik etmektedir. Ayrıca tütünsüz yaşamı destekleyen yasal ve sosyo-ekonomik bir bağlamı teşvik ederek tütün kullanımının azaldığı bir dünya yaratmaya yönelik araçlar sağlamaktadır. Amacı hiçbir çocuğun veya yetişkinin tütün dumanına maruz kalmadığı bir dünya olan MPOWER programı, ismini ülkelere bulduğu önerilerin baş harflerinden almaktadır. DSÖ'nün tütünsüz bir dünya için önerileri aşağıdaki gibidir (WHO, 2012):

(Monitor) Tütün kullanımı ve önleme politikalarının izlenmesi

(Protect) İnsanların tütün dumanından korunması

(Offer) Tütün kullanımını bırakmak için yardım önerisinde bulunulması

(Warn) Tütünün zararları konusunda uyarıların yapılması

(Enforce) Tütün reklamları, promosyonu ve sponsorluğuna yasak getirilmesi

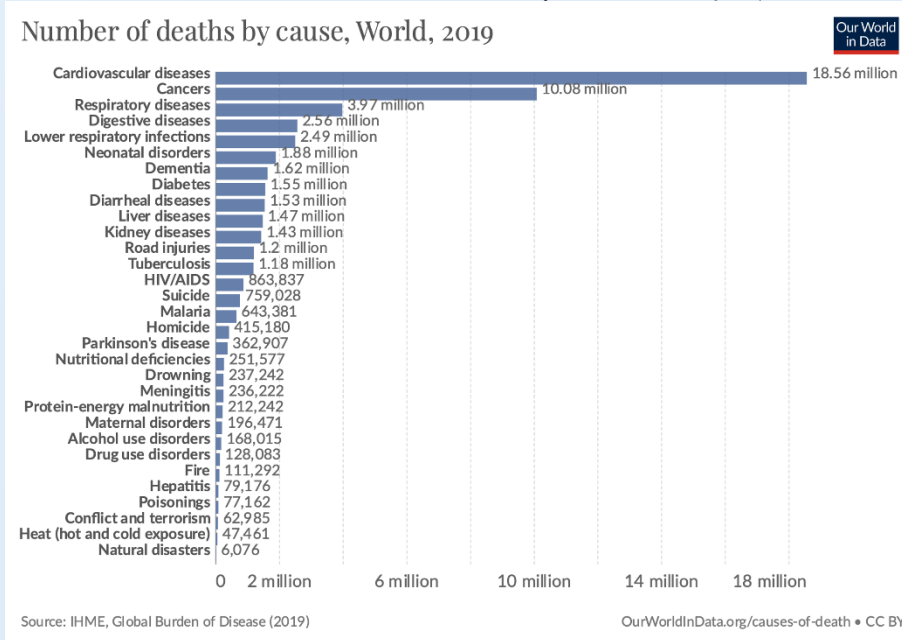
(Raise) Tütün vergilerinin artırılması

İnsanlara sağlıklı yaşam hakkını sağlayabilmek için, altı etkili tütün kontrol politikasından oluşan MPOWER programı uygulandığında ülkeler, insanları tütün kullanımının ve maruziyetinin yol açacağı hastalık ve ölümden koruyabileceklerdir. İstihdam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesine yönelik alınabilecek önlemler arasında ücretli ebeveynlik izni, işsizlik yardımları ve hastalık izni gibi çalışanlara sağlanan faydalardan geçici ve sözleşmeli işçilerin de yararlandırılması yer almaktadır (Lacy-Nichols vd., 2023). Bulgaristan'daki şirketlerde kadınlara ortalama 58 haftadan fazla doğum izni verilmektedir ki bu dünyadaki en yüksek oranlardan biridir (WHO, 2023).

Sömürüye dayalı çalışma koşulları ve çevresel bozulmada olan yüksek payları sebebiyle çok uluslu şirketlere insan hakları bakımından daha fazla hesap verme zorunluluğunun getirilmesi sistemsel olarak alınabilecek önlemlerden biridir. Refahın daha adil bir şekilde dağıtılması için vergi uygulamalarının yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, yatırım kararlarının sağlık odağında ve eşitlik ölçütlerini içerecek şekilde yapılandırılması da desteklenmelidir (Lacy-Nichols vd., 2023).

Nedenlerine ve Risk Faktörlerine Göre Ölüm Sayıları

Şekil 2'de Dünya'da 2019 yılında ölüm nedenlerine göre gerçekleşen ölüm sayıları yer almaktadır. Sıralamaya göre kardiyovasküler hastalıklar, kanserler, solunum, sindirim hastalıkları, alt solunum yolu enfeksiyonları, yenidoğan hastalıkları, demans, diyabet, ishali ve karaciğer hastalıkları dünya çapında en öldürücü on neden arasındadır. Ölüm sayılarının sağlığın ticari belirleyicileri kapsamında değerlendirilebilmesi için ölüm nedenlerinin kök sebeplerine, risk faktörlerine temas edilmesi gerekliliği göz önünde bulundurularak risk faktörleri bakımından ölüm sayıları ele alınmıştır (Ritchie vd., 2018a).

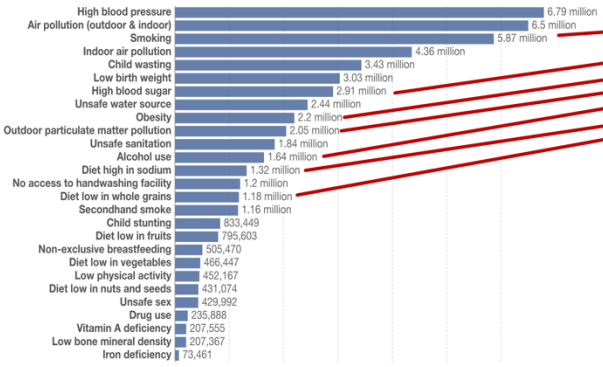


Şekil 3. Dünya'da Nedene Göre Ölüm Sayıları

1990 ve 2019 yıllarına ait risk faktörlerine göre ölüm sayıları Şekil 3'te yer almaktadır. Verilere göre 2019 yılındaki ilk on listesi; yüksek kan basıncı, sigara kullanımı, hava kirliliği (iç ve dış ortam), yüksek kan şekeri, obezite, iç ortam hava kirliliği, fazla miktarda tuz kullanımı ve kepekli tahıllarla eksik beslenme şeklindedir (Ritchie vd., 2018b). 1990'dan 2019'a ölüm sayılarında yükseliş gösteren ve ilk on sıralamasında üst sıralara taşınan risk faktörleri, sigara kullanımı, yüksek kan şekeri, obezite, dış ortam hava kirliliği, alkol kullanımı, çok tuzlu beslenme, düşük tam tahıllı beslenme şeklindedir. Ölüm sayılarında artış gösteren risk faktörleri, sağlığın ticari belirleyicilerinin bir sonucu olarak değerlendirildiğinde oldukça dikkat çekmektedir.

### Deaths by risk factor, World, 1990

The estimated annual number of deaths attributed to each risk factor. Estimates come with wide uncertainties especially for countries with poor vital registration<sup>1</sup>.



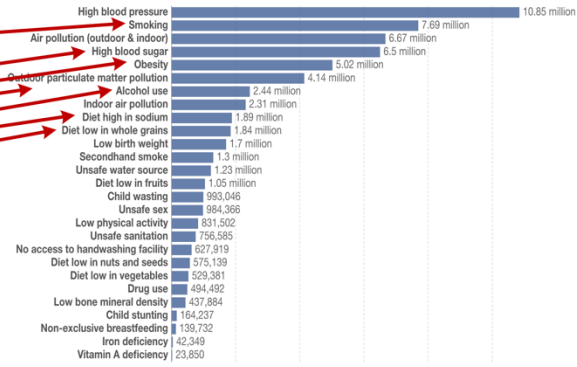
Source: IHME, Global Burden of Disease (2019)

Note: Risk factors are not mutually exclusive; people may be exposed to multiple risk factors, and the number of deaths caused by each risk factor is calculated separately.

1. Civil and Vital Registration System: A Civil and Vital Registration System (CVRS) is an administrative system in a country that manages information on births, marriages, deaths and divorces. It generates and stores 'vital records' and legal documents such as birth certificates and death certificates. You can read more about how deaths are registered around the world in our article.

### Deaths by risk factor, World, 2019

The estimated annual number of deaths attributed to each risk factor. Estimates come with wide uncertainties especially for countries with poor vital registration<sup>1</sup>.



Source: IHME, Global Burden of Disease (2019)

Note: Risk factors are not mutually exclusive; people may be exposed to multiple risk factors, and the number of deaths caused by each risk factor is calculated separately.

1. Civil and Vital Registration System: A Civil and Vital Registration System (CVRS) is an administrative system in a country that manages information on births, marriages, deaths and divorces. It generates and stores 'vital records' and legal documents such as birth certificates and death certificates. You can read more about how deaths are registered around the world in our article.

## Şekil 4. Risk Faktörlerine Göre Ölüm Sayıları

### Yöntem

Ülkelere ait risk faktörleri kaynaklı ölüm sayılarının yer aldığı veri setine Our World in Data üzerinden erişim sağlanmıştır (Ritchie vd., 2018b). Ülkelerin nüfus verileri ise Dünya Bankası web sitesinden elde edilmiştir (The World Bank, n.d.). Veri setindeki en güncel verinin 2019 yılı olması sebebiyle 2019 verileri ve sağlığın ticari belirleyicilerinin bir çıktısı olarak değerlendirilmesi açısından 28 risk faktörü arasından en fazla ölüme neden olan ilk 10' u çalışmaya dahil edilmiştir. Belirlenen kriterler bakımında verisine ulaşılan 197 ülkenin ilk on risk faktörüne bağlı olarak 2019 yılında gerçekleşen ölüm sayıları, ülkelerin nüfuslarına bölünüp 100000 ile çarpılarak standardize edilmiştir. Ülkelerin risk faktörleri kaynaklı ölüm sayıları bakımından kümelendirilebilmesi için Microsoft Excel programı kullanılarak düzenlenen veriler, R Studio programı 2023.06.1+524 versiyonu ile k-ortalamar yöntemi kümeleme analizine tabi tutulmuştur.

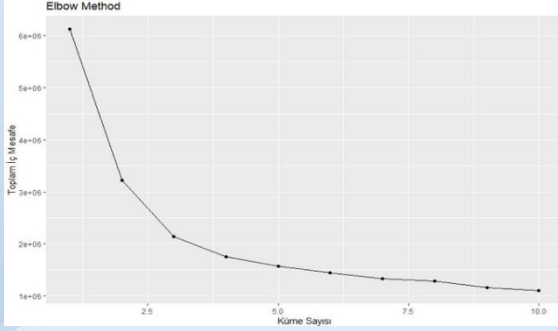
Kümeleme, sınıflamadan farklı olarak önceden tanımlanmış bir model veya sınıf olmaksızın heterojen bir kitleyi birbirine benzerlik veya farklılıklarına göre daha homojen birkaç alt gruba ya da kümeye bölme işlemidir (Yılmaz ve Patır, 2011). K-ortalamar yöntemi, hesaplama pratikliği ve çok sayıda değişken ile çalışıp yüksek etkinlik göstermesi gibi nedenlerle veri analizinde oldukça popüler bir kullanım alanına sahiptir (Gürler vd., 2020). Yöntemin pratik ve etkin kullanım gibi avantajlarının yanı sıra, performansının ilk etapta seçilen küme sayısına ve küme merkezlerine bağlı değişkenlik göstermesi k-ortalamar yönteminin en önemli dezavantajı olarak ifade edilebilmektedir. K-ortalamar yönteminin işlem adımları sırasıyla; küme sayısının ve merkezlerinin başlangıç değerlerinin rastgele belirlenmesi, her bir değişken için belirlenmiş olan küme merkezlerinden uzaklıkların hesaplanması, her bir değişken için hesaplanan uzaklığa göre en yakın bir kümeye atanması, amaç fonksiyonunun minimize edilmesi, küme merkezlerinin yeniden hesaplanması ve yeni kümelerin belirlenmesi ile kümelere herhangi bir değişim olmayana kadar analizin devam ettirilmesi şeklindedir (Fırat vd., 2012). K-ortalamar analizi çalışmada 3 iterasyonda tamamlanmıştır. Hesaplanan 4 küme haricinde algoritmanın duyarlılığını ölçmek için dirsek noktasından 1 az, 1 fazla ve 2 fazla dirsek noktalarıyla analizler gerçekleştirilmiş en optimum duyarlı noktanın 4 olduğu belirlenmiştir. Aynı tür değişken kullanılması nedeniyle çıktılardan eşlenik olması Z-skor normalizasyonu yapılmaması gerekliliğini ön plana çıkarmış ve analiz bu şekilde gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada doğru küme sayısını belirlemek amacıyla Elbow metodu kullanılmıştır. Kümeleme analizinde öncelikle doğru küme sayısı belirlenmelidir. Dirsek metodu olarak da adlandırılan bu metod kümeler arasındaki varyans yüzdesine göre elde edilen grafik üzerinden hızlıca görülen düşüş noktası görünüm olarak bir dirseği andırır. Eğrinin dirsek noktasından sonraki düşüş oldukça yavaş seyreder. Bu noktada olması gereken küme sayısına karar verilmektedir. (Bholowalia ve Kumar, 2014). Dirseğin yeterince durağanlaştırılması amacıyla Dirsek noktası+1 uygulaması gerçekleştirilmektedir. Bu yaklaşım, kümeleme sonuçlarının stabilitesi ve güvenilirliğini artırmak için gerçekleştirilmiştir. Görsel olarak 10 risk faktörü K-ortalamar sonucu kümelere dağılımını plot analiziyle belirlemek amacıyla 2 boyuta indirgemedeki temel bileşenler analizinden yararlanılmıştır.

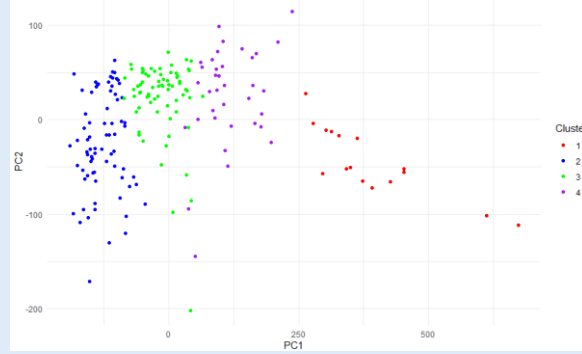
Farklı risk faktörlerinin K-ortalamar yöntemiyle kümeler arasındaki değişimini incelemek için çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) modeli kullanılmıştır. Model Pillai's Trace istatistiği kullanılarak değerlendirilmiştir. Risk faktörlerindeki varyansın açıklanması R<sup>2</sup> değeriyle incelenmiştir. Her değişkenin farklı kümelerdeki değişiminin kıyaslanmasında tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Anlamlılık içeren farklılıkların anlaşılması için ikili karşılaştırmalar öncesi homoskedastisite Levene testi ile incelenmiştir. Buna göre homojen varyans gösteren değişkenlerde Tukey HSD, heterojen varyanslı bulunan değişkenlerde Games Howell testiyle farklılıklar kontrol edilmiştir. Değerlendirmeler %95 güven düzeyini anlamlı kabul ederek gerçekleştirilmiştir.

### Bulgular

Çalışmanın küme sayısı Elbow metoduyla belirlenmiş ve durağanlaşmanın belirginleştiği k=4 olarak karar verilmiştir (Şekil 4).



Şekil 4. Küme Sayısı



Şekil 5. Temel Bileşenler Analizine göre 2 Boyutlu K-Ortalamalar Sonucunun Yayılımı

K-Ortalamalar metoduyla elde edilen sonuçlar Temel Bileşenler Analizi ile 2 boyuta indirgenmiş ve risk faktörlerinin ortalamasının kümelerdeki yayılımı Şekil 5'te gösterilmiştir. Buna göre 1. Kümenin diğer kümelerden daha ayrıştığı, 2. Kümenin, 3. Kümenin ve 4. Kümenin birbirine daha yakın bulunduğu görülmüştür.

Tablo 16. Küme Bilgileri

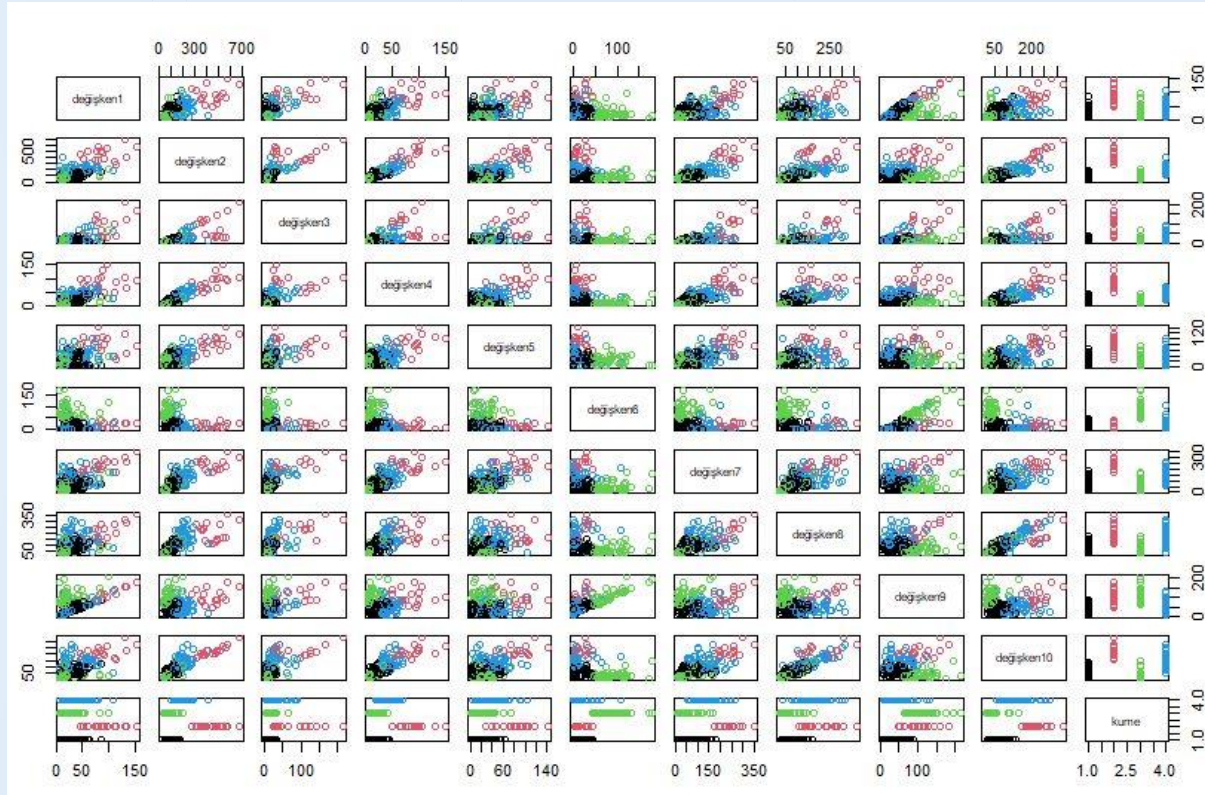
Küme Bilgileri	Üye Ülkeler
Küme:1 n= 16	Belarus, Bosna Hersek, Bulgaristan, Estonya, Gürcistan, Hırvatistan, Karadağ, Kuzey Makedonya, Letonya, Litvanya, Macaristan, Moldova, Romanya, Rusya, Sırbistan, Ukrayna
Küme:2 n= 74	Afganistan, Angola, Bahreyn, Bangladeş, Belize, Benin, Birleşik Arap Emirlikleri, Butan, Bolivya, Brunei, Burkina Faso, Burundi, Cibuti, Çad, Demokratik Kongo Cumhuriyeti, Ekvator Ginesi, Eritre, Etiyopya, Fildişi Sahili, Filistin, Gabon, Gambiya, Gana, Gine, Gine-Bissau, Guatemala, Güney Sudan, Haiti, Hindistan, Honduras, Kamboçya, Kamerun, Katar, Kenya, Kolombiya, Komorlar, Kongo, Kosta Rika, Kuveyt, Laos, Liberya, Madagaskar, Malavi, Maldivler, Mali, Moritanya, Mozambik, Namibya, Nepal, Nikaragua, Nijer, Nijerya, Orta Afrika Cumhuriyeti, Pakistan, Panama, Papua Yeni Gine, Peru, Ruanda, Sao Tome ve Principe, Senegal, Sierra Leone, Singapur, Somali, Suudi Arabistan, Sudan, Tanzanya, Togo, Uganda, Umman, Ürdün, Yemen, Zambiya, Zimbabve
Küme:3 n=71	Amerika Birleşik Devletleri, Andorra, Antigua ve Barbuda, Arjantin, Avustralya, Bahamalar, Belçika, Bermuda, Birleşik Krallık, Botsvana, Brezilya, Cezayir, Çin, Danimarka, Dominik Cumhuriyeti, El Salvador, Endonezya, Filipinler, Fransa, Grenada, Grönland, Guam, Güney Afrika, Güney Kore, Hollanda, Irak, İzlanda, İran, İrlanda, İspanya, İsrail, İsveç, İsviçre, Jamaika, Japonya, Kanada, Kıbrıs, Kırgızistan, Kuzey Kore, Küba, Lesotho, Libya, Lübnan, Lüksemburg, Malezya, Malta, Meksika, Mısır, Moğolistan, Myanmar, Nauru, Norveç, Özbekistan, Paraguay, Saint Lucia, San Marino, Seyşeller, Sri Lanka, Surinam, Suriye, Şili, Tacikistan, Tayland, Tonga, Tunus, Türkiye, Türkmenistan, Uruguay, Venezuela, Vietnam, Yeni Zelanda
Küme:4 n=36	Almanya, Amerikan Samoası, Arnavutluk, Avusturya, Azerbaycan, Barbados, Birleşik Devletler Virgin Adaları, Çekya, Dominika, Ermenistan, Fas, Fiji, Finlandiya, Guyana, İtalya, Kazakistan, Kiribati, Kuzey Mariana Adaları, Marshall Adaları, Mauritius, Mikronezya, Monaco, Palau, Polonya, Portekiz, Porto Riko, Saint Kitts ve Nevis, Saint Vincent ve Grenadinler, Samoa, Slovakya, Slovenya, Solomon Adaları, Trinidad ve Tobago, Tuvalu, Vanuatu, Yunanistan

K-ortalamar analizi sonucunda elde edilen dört kümeye dair bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır. Türkiye, küme 3'te yer almakta ve risk faktörleri kaynaklı ölüm sayıları bakımından diğer üye ülkelerle benzerlik göstermektedir.

Tablo 17. Risk Faktörlerine Göre Atfedilen Ölüm Ortalamaları ve Kümelere Dağılımı

Kümelere	Dış Ortam Hava Kirliliği	Yüksek Tansiyon	Tuzlu Beslenme	Tam Tahıllı Gıdalardan Yetersiz Beslenme	Alkol Kullanımı	İç Ortam Hava Kirliliği	Sigara Kullanımı	Yüksek Açlık Kan Şekeri	Hava Kirliliği	Yüksek Vücut Kütle İndeksi	Değişken Ortalamaları
Küme 1	86,07	458,64	86,01	86,61	87,05	15,29	235,08	205,30	101,12	226,54	158,77
Küme 2	25,50	74,85	8,79	11,42	20,25	50,45	33,44	53,01	75,25	41,08	39,40
Küme 3	36,18	139,26	15,75	26,99	34,40	9,80	99,39	100,42	45,80	83,21	59,12
Küme 4	42,03	215,13	30,05	44,89	37,61	20,05	128,18	188,19	61,91	155,41	92,34
<b>Küme Ortalamaları</b>	<b>47,44</b>	<b>221,97</b>	<b>35,15</b>	<b>42,48</b>	<b>44,83</b>	<b>23,90</b>	<b>124,02</b>	<b>136,73</b>	<b>71,02</b>	<b>126,56</b>	

Tablo 2’de risk faktörlerine göre atfedilen ölüm ortalamaları yer almaktadır. Buna göre dış ortam hava kirliliğinin ortalaması 47,44; yüksek tansiyonun ortalaması 221,97; tuzlu beslenmenin ortalaması 35,15; tam tahıllı gıdalardan yetersiz beslenmenin ortalaması 42,48; alkol kullanımının ortalaması 44,83; iç ortam hava kirliliğinin ortalaması 23,90; sigara kullanımının ortalaması 124,02; yüksek açlık kan şekerinin ortalaması 136,73; hava kirliliğinin ortalaması 71,02; yüksek vücut kütle indeksinin ortalaması 126,56’dır. Ayrıca bu risk faktörlerine göre atfedilen ölüm ortalamaları açısından küme 1’in ortalaması 158,77; küme 2’nin ortalaması 39,40; küme 3’ün ortalaması 59,12 ve küme 4’ün ortalaması 92,34’tür.



Şekil 6. Değişkenlere ve Kümelere Göre Plot Yayılımı

Şekil 6’da değişkenlere ve kümelere göre plot yayılımı panelde renkli olarak verilmiştir. Değişken 1 dış ortam hava kirliliğini, değişken 2 yüksek tansiyonu, değişken 3 tuzlu beslenmeyi, değişken 4 tam tahıllı gıdalardan yetersiz beslenmeyi, değişken 5 alkol kullanımını, değişken 6 iç ortam hava kirliliğini, değişken 7 sigara kullanımını, değişken 8 yüksek açlık kan şekerini, değişken 9 hava kirliliğini, değişken 10 yüksek vücut kütle indeksini ifade etmektedir. Değişkenler olarak ifade edilen bu risk faktörlerinin ortalamalarının kümelere göre değişimi Tablo 3’te verilmiştir.

**Tablo 3. Kümelere Göre Risk Faktörleri Ortalamalarının Değişimlerinin Kıyaslanması**

Model <sup>MANOVA</sup>	Pillai's Trace (F): 21,661; p=1,3801E-74***						
	a: 0,363; b: 0,881; c: 0,511; d:0,751; e:0,466; f:0,241; g: 0,676; h:0,677; i:0,171; j:0,816						
Kümeler Faktörlerinin Kıyaslanması							
Değişkenler	One-way ANOVA (F)	1-2	1-3	1-4	2-3	2-4	3-4
Dış Ortam Hava Kirliliği <sup>a</sup>	36,662***	>***	>***	>**	<***	<***	-
Yüksek Tansiyon <sup>b</sup>	477,311***	>***	>***	>***	<***	<***	<***
Tuzlu Beslenme <sup>c</sup>	67,158***	>**	>**	>*	<***	<***	<***
Tam Tahıllı Gıdalardan Yetersiz Beslenme <sup>d</sup>	194,298***	>***	>***	>***	<***	<***	<***
Alkol Kullanımı <sup>e</sup>	56,118***	>***	>***	>***	<***	<***	-
İç Ortam Hava Kirliliği <sup>f</sup>	20,404***	<***	-	-	>***	>**	-
Sigara Kullanımı <sup>g</sup>	134,214***	>***	>***	>***	<***	<***	<*
Yüksek Açlık Kan Şekeri <sup>h</sup>	134,876***	>***	>***	-	<***	<***	<***
Hava Kirliliği <sup>i</sup>	13,279***	-	>***	>**	>***	-	-
Yüksek Vücut Kütle İndeksi <sup>j</sup>	285,171***	>***	>***	>***	<***	<***	<***

a-j: 10 değişkenin MANOVA modeline göre R<sup>2</sup> çıktıları; \*:p<0,05; \*\*:p<0,01; \*\*\*:p<0,001; Gri yüzeyde Games Howell analizi kullanılmıştır. Mavi yüzeyde Tukey HSD testi kullanılmıştır.

Tablo 3'te on risk faktörünün kümelerde nasıl değiştiği, çok değişkenli bir model kullanılarak incelenmiştir ve yüksek derecede anlamlı değişimler tespit edilmiştir. Bu değişimler arasında en yüksek açıklanan varyansı yüksek tansiyon (R<sup>2</sup>:0,881) oluştururken, en düşük açıklanan varyans ise iç ortam hava kirliliğinde (R<sup>2</sup>:0,241) gerçekleşmiştir. Kümelere göre her bir değişken kıyaslandığında ise tüm değişkenlerde yüksek derecede anlamlı farklılıklar bulunmuştur (p<0,001). Kümelerin faktörlerine göre yapılan ikili kıyaslamalarda ise şu sonuçlar elde edilmiştir:

**Dış Ortam Hava Kirliliği:** 1. küme, diğer üç kümeden daha yüksek; 2. küme ise 3. ve 4. kümelere göre daha düşük atfedilen ortalama ölüm değerine sahiptir.

**Yüksek Tansiyon:** Tüm kümeler birbirinden farklı atfedilen ortalama ölüm değerine sahiptir. 1. küme diğerlerinden daha yüksek, 2. küme ise diğerlerinden daha düşük değere sahiptir.

**Tuzlu Beslenme:** 1. küme, diğer üç kümeden daha yüksek; 3. ve 4. kümeler, 2. kümeden daha düşük atfedilen ortalama ölüm değerine sahiptir.

**Tam Tahıllı Gıdalardan Yetersiz Beslenme:** Tüm kümeler birbirinden farklı atfedilen ortalama ölüm değerine sahiptir. 1. küme diğerlerinden daha yüksek, 2. küme ise diğerlerinden daha düşük değere sahiptir.

**Alkol Kullanımı:** 1. küme, diğer üç kümeden daha yüksek; 4. küme, 2. ve 3. kümelere göre daha düşük atfedilen ortalama ölüm değerine sahiptir.

**İç Ortam Hava Kirliliği:** 2. küme, diğer üç kümeden daha yüksek; 1. küme ise 3. ve 4. kümelere göre daha düşük atfedilen ortalama ölüm değerine sahiptir.

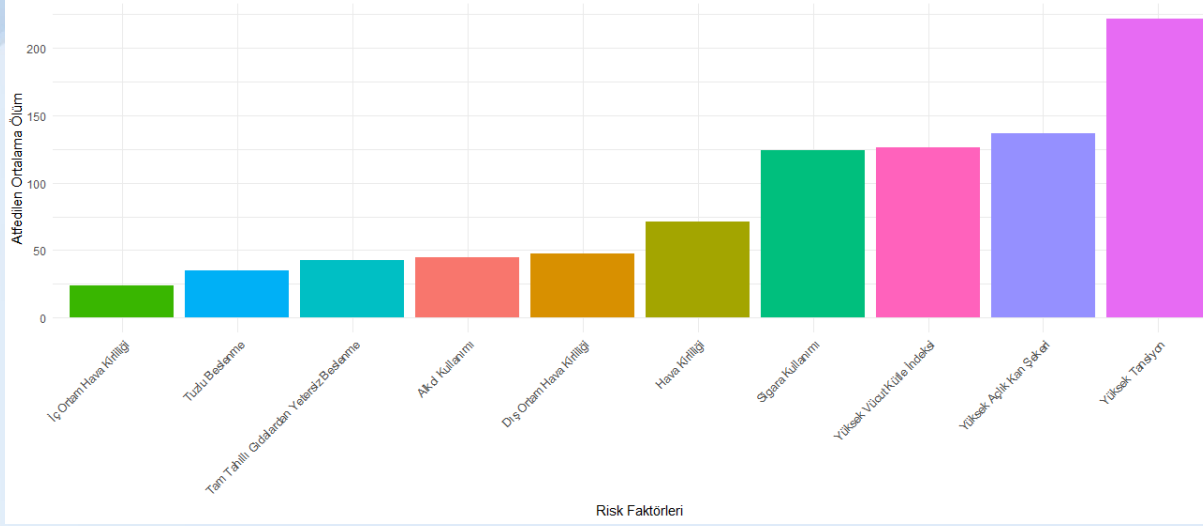
**Sigara Kullanımı:** Tüm kümeler birbirinden farklı atfedilen ortalama ölüm değerine sahiptir. 1. küme diğerlerinden daha yüksek, 2. küme ise diğerlerinden daha düşük değere sahiptir.

**Yüksek Açlık Kan Şekeri:** 1. küme, 2. ve 3. kümelerden daha yüksek; 4. küme ise 2. ve 3. kümelerden daha düşük atfedilen ortalama ölüm değerine sahiptir.

**Hava Kirliliği:** 3. küme, diğer üç kümeden daha yüksek; 1. küme ise 2. ve 4. kümelerden daha düşük atfedilen ortalama ölüm değerine sahiptir.

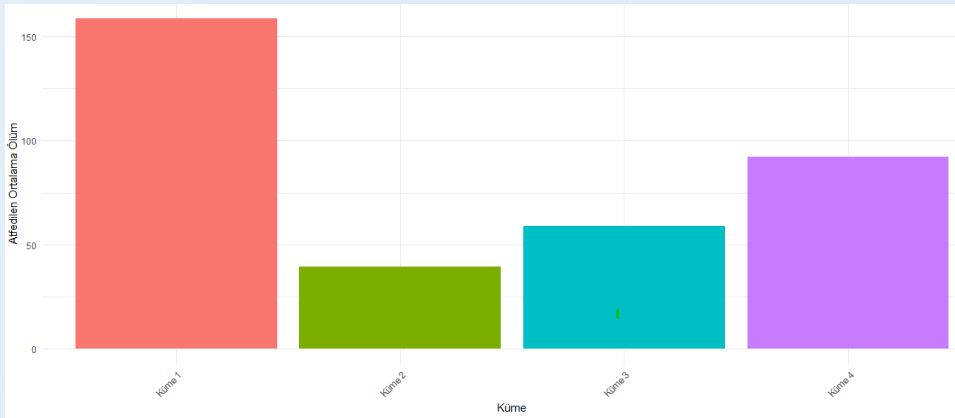
**Yüksek Vücut Kütle İndeksi:** Tüm kümeler birbirinden farklı atfedilen ortalama ölüm değerine sahiptir. 1. küme diğerlerinden daha yüksek, 2. küme ise diğerlerinden daha düşük değere sahiptir.

İç ortam hava kirliliğine bağlı ortalama ölüm açısından 1. küme ile 3. ve 4. kümeler arasında, ayrıca 3. küme ile 4. küme arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yüksek açlık kan şekeriyle ilgili ortalama ölüm açısından ise 1. küme ile 4. küme anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Hava kirliliğine atfedilen ortalama ölüm sayıları açısından ise 1. küme ile 3. küme ve 4. küme arasında, ayrıca 2. küme ile 4. küme arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ( $p>0,05$ ) (Tablo 3).



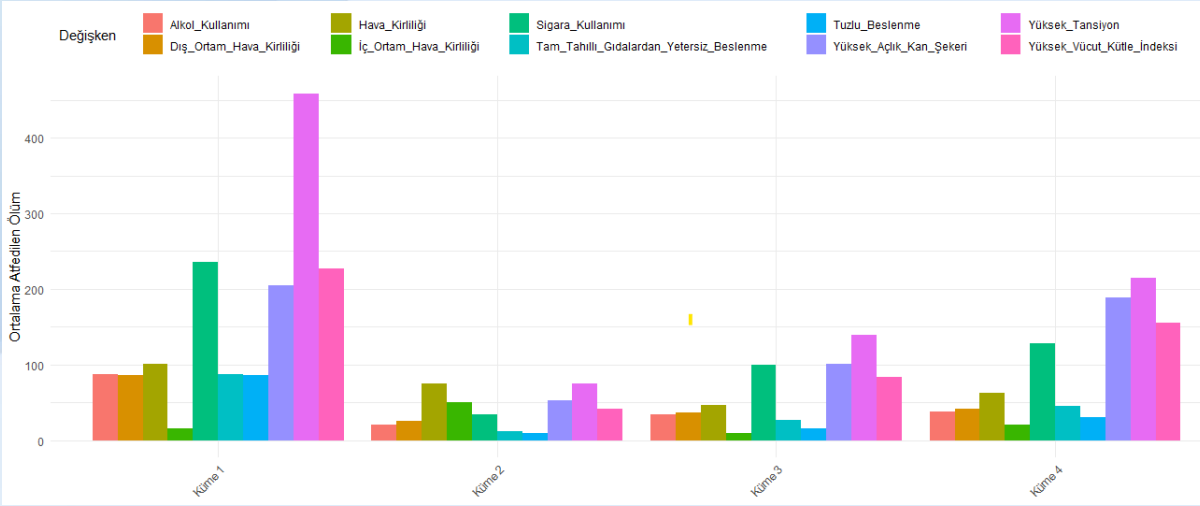
**Şekil 7.** Risk Faktörlerine Göre Atfedilen Ortalama Ölüm

Şekil 7’de risk faktörlerine göre atfedilen ortalama ölüm sayıları verilmiştir. En yüksek ölümlerin “yüksek tansiyon” ve en düşük ölümlerin “iç ortam hava kirliliği” değişkenlerinde olduğu görülmüştür.



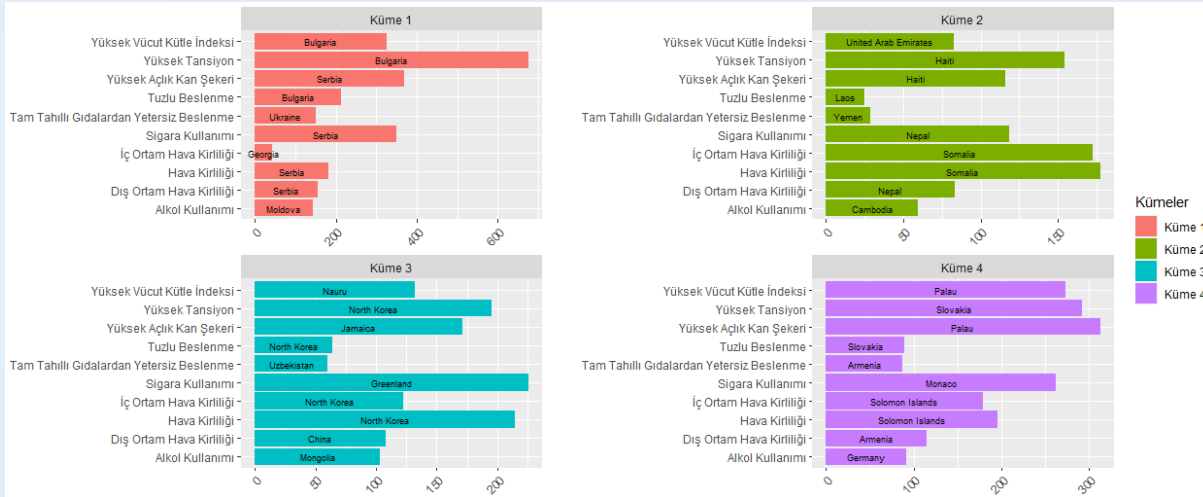
**Şekil 8.** Kümelere Göre Atfedilen Ortalama Ölüm

Şekil 8’de kümelere göre risk faktörlerinden elde edilen atfedilen ortalama ölümler incelendiğinde küme 1’in en yüksek, küme 4’ün ise ikinci en yüksek düzeyde yer aldığı görülmüştür. Söz konusu risk faktörlerinden elde edilen en düşük atfedilen ortalama ölümlerin ise küme 2’de ve ardından küme 3’te olduğu belirlenmiştir.



Şekil 9. Kümelerde En Fazla Öne Çıkan Risk Faktörleri

Şekil 9'da küme 1'in diğer kümelerle karşılaştırıldığında yüksek tansiyon, sigara kullanımı, yüksek açlık kan şekeri ve yüksek vücut kütle indeksi gibi faktörler bakımından en yüksek değerlere sahip olduğu görülmüştür. Küme 2 ise en düşük değerlere sahip olmasına karşın, iç ortam hava kirliliği açısından diğer kümelerle göre yüksek bir değer almıştır. Küme 3'te diğer kümelerle göre daha yüksek bir değer bulunmamasıyla beraber küme içinde en fazla ölüme neden olması açısından öne çıkan değişkenler yüksek tansiyon, yüksek açlık kan şekeri ve sigara kullanımı olmuştur. Küme 4'ün ise yüksek tansiyon ve sigara kullanımı gibi faktörlerde küme 1'den daha düşük, ancak diğer kümelerden daha yüksek değerlere sahip olduğu belirlenmiştir.



Şekil 10.

Kümelerde Risk Faktörlerine Göre En Fazla Ölüm Sayılarına Sahip Olan Ülkeler

Kümeler arasında risk faktörlerine göre en yüksek ölüm sayılarına sahip ülkeler incelendiğinde küme 1'de Bulgaristan'ın ve Sırbistan'ın üçer risk faktöründe en yüksek ölüm sayılarına sahip olduğu görülmüştür. En yüksek ölümler yüksek tansiyona bağlı Bulgaristan'da gerçekleşmiştir. Küme 2'de aynı durum Haiti ve Somali için ikiyeşer risk faktöründe mevcuttur. Somali'de iç ortam hava kirliliğine ve genel hava kirliliğine bağlı ölümler yüksekken, Haiti'de yüksek tansiyon ve yüksek açlık kan şekeriyle ilgili ölümler yüksektir. En yüksek ölüm ise hava kirliliğine bağlı olarak Somali'de gerçekleşmiştir. Küme 3'te ise Kuzey Kore'nin dört risk faktöründe en yüksek ölüme sahip olduğu belirlenmiştir. Ancak en yüksek ölüm oranı, Grönland'ta sigara kullanımına bağlı olarak gerçekleşmiştir. Küme 4'te ise Solomon Adaları'nın iç ortam hava kirliliği ve genel hava kirliliği risk faktörlerinde en çok ölüm sayılarına sahip olduğu görülmüştür. Ancak küme 4 içerisinde en yüksek ölüm sayısı, yüksek açlık kan şekeriyle ilgili olarak Palau'da mevcuttur (Şekil 10).

Risk faktörlerine göre ölümler açısından Türkiye, tüm ülkeler ve küme 3'ün durumu incelendiğinde Türkiye'nin küme 3 ve tüm ülkeler ortalamalarında daha yüksek olan dış ortam hava kirliliğinde 100000 kişide 53,30 ve vücut kütle indeksinde ise 96 ölüm meydana gelmiştir. Genel ortalamada ise Türkiye'de hem de küme 3'ten hem de tüm ülkeler ortalamasından daha düşük sayıda risk faktörlerine atfedilen ölümün gerçekleştiği belirlenmiştir (Tablo 4).



**Tablo 4.** Risk Faktörleri Kaynaklı Gerçekleşen Ölüm Sayıları Bakımından Türkiye'nin, Küme 3'e ve Tüm Ülkelere Göre Durumu

Risk Faktörleri	Küme 3	Türkiye	Tüm ülkeler
Dış Ortam Hava Kirliliği	36,13	53,30	37,29
Yüksek Tansiyon	138,88	130,80	154,86
Tuzlu Beslenme	15,50	3,20	21,46
Tam Tahıllı Gıdalardan Yetersiz Beslenme	27,19	34,60	29,25
Alkol Kullanımı	34,10	4,70	33,95
İç Ortam Hava Kirliliği	9,45	0,30	27,39
Sigara Kullanımı	99,35	103,20	90,89
Yüksek Açlık Kan Şekeri	100,26	86,70	107,16
Hava Kirliliği	45,38	52,90	64,30
Yüksek Vücut Kütle İndeksi	83,83	96,00	92,22
<b>Genel Ortalama</b>	<b>59,01</b>	<b>56,57</b>	<b>65,88</b>

### Tartışma ve Sonuç

Çalışmada farklı kümelerdeki ülkelerin ölüm ortalamaları ve sağlıkla ilgili çeşitli risk faktörleri karşılaştırılmıştır. Her küme belirli risk faktörlerine sahip ülkeleri temsil etmiş ve bu kümeler arasındaki farklılıkların ortaya koyduğu sonuçların çeşitli sağlık politikalarının uygulanması ve politika yapıcıların yasalar aracılığıyla müdahaleler yapmaları gerekliliğini ortaya koymaktadır. Özellikle bazı kümelerdeki ülkelerde risk faktörlerinin sebep olduğu ortalama ölümlerin daha çok dikkate alınması, ölüm sayılarını azaltmada faydalı olacaktır. Yapılan kümeleme analizi sonucunda bazı ülkelerde belirli risk faktörleri kaynaklı ölüm sayıları, diğerlerine görece daha fazla öne çıkarak kümenin karakteristiği hakkında bilgi vermektedir. Küme karakteristiği, risk faktörlerine bağlı olarak gerçekleşen ölümlerin ülkelerin ticari aktivitesi, sağlığın korunması ve geliştirilmesi politikaları, sağlık sistemin etkinliği ve ulaşılabilirliği, sosyo-kültürel düzeyine bağlı diğer sağlığın belirleyicileriyle ilişkilendirilmesine olanak tanımaktadır. Küme 1'de yer alan ülkeler 9 risk faktörü bakımından diğer kümelere göre en yüksek ölüm ortalamasına sahip olup, ticari faaliyetlerin olumsuz sağlık sonuçlarını önleme kapasitesinin zayıf olabileceği hakkında ipucu vermektedir. Küme içi değerler incelendiğinde ise yüksek tansiyon, tuzlu beslenme ve yüksek vücut kütle indeksi bakımından en yüksek ölüm oranının Bulgaristan'a ait olduğu görülmektedir. Yüksek değerler ayrıca bu kümedeki ülkelerin riskli beslenme ve bağımlılık yapıcı maddelerin kullanılmasına yönelik alışkanlıklarının daha yaygın olduğunu göstermektedir. Marques-Vidal ve arkadaşları (2023) Avrupa'yı kapsayan kardiyovasküler hastalıklar için yüksek risk taşıyan hastalarda yaptıkları çalışmada İsviçre'deki ve Bulgaristan'daki hastaların diyet aksiyonları geliştirmede en düşük ülkeleri belirlemiştir. Küme 1'de Bulgaristan ile birlikte öne çıkan diğer ülke Sırbistan'dır. Yapılan bir başka çalışmada Sırbistan'da üniversite öğrencileri örnekleme alınmış ve %42'sinde günde iki veya daha fazla tuzlu atıştırmalık tükettikleri belirlenmiştir (Timic vd., 2020). Bu iki ülkenin sınır komşusu olmaları açısından gerek sosyo-kültürel gerek tüketim alışkanlıkları bakımından da birbirine benzer özellikler gösteriyor olabileceğini düşündürmüştür.

Gürler vd.'nin (2020) çalışmasında ülkeler, ölüm nedenlerine göre k-ortalama yöntemini ile sınıflandırılmıştır. BOH'lardan kaynaklanan ölüm sayıları ile ülkelerin insani gelişmişlik düzeyleri (İGD) arasında anlamlı ve pozitif bir ilişki bulunmuştur. Ülkelerin İGD'leri arttıkça kalp-damar hastalıkları, böbrek hastalıkları, solunum hastalıkları, uyuşturucu ve alkol bağımlılığı gibi nedenlerden kaynaklanan ölüm sayılarının arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Birleşmiş Milletler İnsani Gelişmişlik Düzeyi Raporu 2020 ve çalışmamızda elde ettiğimiz küme 1'deki ülkeler incelendiğinde bulgumuz olan küme 1'de yer alan 16 ülkeden 11'inin çok yüksek İGD, kalan 5'inin ise yüksek İGD sınıflarında yer aldıkları görülmüştür (United Nations Development Programme, 2020). Risk faktörleri kaynaklı ortalama ölüm oranlarının en yüksek olduğu küme 1 ve ülkelerin gelişmişlik düzeyleri göz önünde bulundurulduğunda bulguların literatürle benzer sonuçlar ortaya koyduğu görülmektedir.

Küme 2, en iyi durumda olan ülkeleri temsil etse de iç ortam ve genel hava kirliliği gibi belirgin risk faktörleri, bu ülkelerdeki yaşam tarzı veya çevresel koşulların değerlendirilmesini gerekli kılmaktadır. Küme özelinde iç ortam ve genel hava kirliliğine bağlı ölüm sayıları bakımından Somali; yüksek tansiyon ve yüksek açlık kan şekere bağlı ölümlerde ise Haiti öne çıkan ülkelere olmuştur. Dünya ülkelerinde 20 risk faktörünün dahil edilmesiyle yapılan gelecek yıllara ait tahmini içeren bir zaman serisi çalışmasında birçok ülkede tütün, yüksek vücut kütle indeksi ve dış ortam hava kirliliğinin müdahalelerle kontrol altına alınabileceği ama istisnai olarak Sahra altı Afrika ülkelerinde asıl risk faktörlerini düşük gelişmişlik düzeyine de bağlı olarak güvensiz su ve sanitasyonun, çocuk malnütrisyonunun ve yoksulluğun oluşturduğu ifade edilmiştir (Foreman vd., 2018). Benzer şekilde çalışmamızda özellikle Afrika ülkelerinin çoğunlukta olduğu küme 2'nin, ticari faaliyetlere dayalı sağlık çıktılarının kötüleşmesi sınırlılığıyla yapılan değerlendirmede iyi konumda olmasının; endüstrileşmenin düşük seviyede olması, risk faktörleri haricindeki bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin daha yaygın olması, İGD'lerinin düşük olup yaşam koşullarının da sağlığın korunmasına elverişli olmaması gibi sebeplerle açıklanabileceği düşünülmektedir.

Küme 3, yüksek İGD'si olan ülkeleri temsil etmekte olup yaşam koşulları ve tüketim alışkanlıkları bakımından yoğunlaşılması gerektiği sonucunu doğurmaktadır. Bu kümede ticari belirleyicilerin yoğun etkisine rağmen, olumsuz sağlık çıktılarına daha başarılı bir şekilde yürüttükleri görülmektedir. Wu ve arkadaşları (2020) konjenital kalp hastalığı insidansı ve mortalitesi için küresel

düzeyde artış trendinde olduğunu ancak azalan trendlerin Orta Amerika, Güney Amerika ve Afrika'da meydana geldiğini ifade etmişlerdir. Anand ve Yusuf (2011), ekonomik büyümedeki artış ve küreselleşmenin, sağlık çıktılarına etkileyen tüketim davranışlarını tetikleyerek kardiyovasküler hastalıklar ve diğer kronik hastalıkların yayılmasına hız kazandırmakla beraber düşük ve orta gelirli ülkelerden de ekonomik büyüme gösterenlerin, kronik hastalık salgınıyla karşı karşıya olduğunu ortaya koymuştur. Diğer yandan küme içinde risk faktörlerine göre en çok ölüm sayısına sahip olan ülkelere bakıldığında sigara kullanımına bağlı olarak en çok ölümün Grönland'ta gerçekleştiği görülmektedir. Sigaradan kaynaklı ölüm sayılarının Asya ve İskandinav ülkelerindeki yıkıcı üstünlüğünü, küme 3'te Grönland temsil etmektedir (Ritchie ve Roser, 2013). Bunun yanı sıra küme 3'te Kuzey Kore, genel ve iç ortam hava kirliliği, yüksek tansiyon ile tuzlu beslenme kaynaklı ölümlerde öne çıkmaktadır. Ayrıca yapılan bir çalışmada Kuzey Kore'ye ilişkin kardiyovasküler hastalıklar ve epidemiyolojik verileri incelenmiş, ilaç etkisinin oldukça düşük olduğu ve tıbbi bakımın ve tıbbi teknolojilerin iyileştirilmesinin gerekliliği ifade edilmiştir (Choi vd., 2023). Kuzey Kore'deki genel ve iç ortam hava kirliliği, yüksek tansiyon ve tuzlu beslenme kaynaklı ölümlerin öne çıkmasının nedeninin ülkedeki tıbbi bakım ve teknolojinin yetersiz olması ve sağlık politikalarının etkin bir şekilde uygulanmaması ya da halk sağlığına yönelik bilinçlendirmenin düşük olabileceği gibi nedenlerden kaynaklanmakta olabileceğini düşündürmüştür.

Küme 4 ise yüksek açlık kan şekeri, yüksek tansiyon ve yüksek kütle indeksi gibi konulara yönelik müdahalelerin uygulanması gerekliliğini ortaya koymaktadır. Küme içi değerlendirmede yüksek açlık kan şekeri ve yüksek vücut kütle indeksinde Palau; yüksek tansiyonda Slovakya öne çıkan ülkelerdendir. Boutayeb (2006), ülkelerin yoksulluk düzeyi ile kronik hastalıklarla mücadele etme maliyeti göz önüne alındığında, en çok etkilenen ülkelerin hastalık yüküyle baş edemediğini ifade etmektedir. Küme 4'te bazı risk faktörleri bakımından öne çıkan ada ülkeleri bu kapsamda değerlendirilebilir. Ancak Slovakya, Ermenistan, Almanya gibi ülkelerin de diğer risk faktörleri bakımından öncül ülkelere olduğu dikkat çekmekte ve farklı etkenler üzerinden bütüncül bir değerlendirmeyi gerekli kılmaktadır. 2017'de yapılan bir çalışmaya göre Almanya'da alkol tüketiminin ekonomiye yıllık yaklaşık 40 milyar Euro'ya mal olduğu ve bu tutarın yaklaşık dörtte birinin doğrudan sağlık sistemine harcandığı tahmin edilmektedir. Ülkenin 2015 yılında yayınladığı alkol tüketiminin azaltılmasına yönelik ulusal sağlık hedefi ve DSÖ'ye paralel olarak yürüttüğü politikalara rağmen alkol tüketiminin AB ülkelerine göre daha yüksek seviyelerde olduğu tespit edilmiştir (Lange vd., 2017). İGD bakımından ada ülkelerinden ayrı bir noktada olan Almanya, Ermenistan ve Slovakya'nın öne çıkıyor oluşu, küme 4 ülkelerinin risk faktörleriyle yalnızca ekonomik yetersizliklerden dolayı mücadele edilememesinin yanı sıra ekonomik anlamda güçlü ülkeler için sağlık sistemlerinin ve sağlığı geliştirici politikalarının ülke özellikleri göz önüne alınarak yeniden değerlendirilmesi ihtiyacını vurgulamaktadır.

Her yıl 18 milyondan fazla ölümün, tütün, alkol, yüksek tansiyon, yüksek vücut kütle indeksi, yüksek açlık kan şekeri ve yüksek kolesterol gibi faktörlerden kaynaklandığı görülmektedir (Ritchie vd., 2018b). Bu çalışmada elde edilen sonuçlardan hareketle, Dünya'da en çok ölüme neden olan on risk faktörünün tek başına sağlığın ticari belirleyicilerinden tetiklendiğini söylemek mümkün değildir. Kümeler arasındaki farklılaşmaya ve ülkelerin belli başlı risk faktörlerine göre öne çıkmalarına bakıldığında, ticari belirleyicilerin yanı sıra ülkelerin sağlığın belirleyicilerinden de etkilendiği görülmektedir. Sağlığın belirleyicileri, coğrafya, yaşanılan yerin yönetim durumu, genetik faktörler, gelir seviyesi, eğitim düzeyi, aile ve arkadaşlardan meydana gelen sosyal çevre, sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık hizmeti kullanımını kapsamaktadır (Yıldırım Öztürk ve Uyar, 2023). Güçlü ekonomiye sahip ülkelerin sağlık bütçelerinde ayrılan kaynakların %75'inden fazlasının yaşam tarzıyla ilgili rahatsızlıkların tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir (Patwardhan vd., 2015). Ticari belirleyiciler, tek başına sağlık çıktılarının değerlendirilmesi için yeterli olmasa da potansiyel tehlikeleri kabul görmeli ve bununla birlikte, sağlığa olumsuz etkilerini en aza indirmek ve sağlığın korunması ve geliştirilmesi politikalarını uygulamak için hükümetlerin yanı sıra halk sağlığı ve sivil toplum kuruluşlarının önemli ölçüde sorumluluğu bulunduğu unutulmamalıdır. Freudenberg'in (2021) önerisiyle sağlığın ticari belirleyicilerinin tanımlanması, zararların en aza indirilmesi, sağlığa zarar veren endüstrilerin pazarlama uygulamalarının değerlendirilmesi, uluslararası anlaşmaların güçlü ve zayıf yönlerinin değerlendirilmesi gibi stratejilerle sağlıksız ürün endüstrilerinin bulaşıcı olmayan hastalıklar üzerindeki zararlı etkilerini en aza indirmenin insan hayatının kaliteli ve uzun sürmesi hedeflendiğinde kaçınılmaz bir gereklilik haline geldiği açıktır. Çalışmada sağlığın ticari belirleyicileri ve risk faktörlerinin ölüm oranları üzerindeki kabul edilen muhtemel etkilerinin kümeleme yoluyla ülkeler arasında sınıflandırılması gerçekleştirilmiştir. Bu sebeple ikincil veri analizi üzerinde gerçekleştirilmiş olması çalışmanın önemli bir sınırlılığıdır. Buna ek olarak kullanılan verilerin en güncel olanının 2019 yılına ait olması güncel gelişmeleri ve değişen dinamikleri yansıtmada derecesini azaltabilmektedir. Tek bir yıldaki verinin değerlendirilmiş olması da çalışmanın bir diğer sınırlılığıdır. Araştırmanın konusu gereği sağlığın ticari belirleyicilerinin muhtemel yarattığı risk faktörlerinin 10'una ait verinin olması da bir diğer sınırlılık olarak kabul edilmelidir. Çalışmada ayrıca derinlemesine ve kapsamlı analizlerle desteklenmesi gerekli olan karmaşık bir konu ele alınmıştır. Gelecekte, bu sınırlamaları aşan ve konuyu daha geniş bir perspektiften ele alan üzere araştırmalara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir. Bu tür çalışmalar, sağlığın ticari belirleyicilerinin bireyler ve toplumlar üzerindeki etkisini daha iyi anlamamıza ve politika yapıcıların etkili müdahalelerde bulunmalarına yardımcı olacağına inanılmaktadır.

### Kaynakça

1. Anand, S. S. & Yusuf, S. (2011). *Stemming the global tsunami of cardiovascular disease. The Lancet*, 377(9765), 529-532. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(10\)62346-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(10)62346-x)
2. Arslan, E. ve Günal, A. M. (2022). *Lutein ve zeaksantin. Sağlık ve Yaşam Bilimleri Dergisi*, 4(1), 201-208. <https://doi.org/10.33308/2687248X.202241233>
3. Ayyıldız, Y. ve Demirli, Y. (2015). *Obezite vergisine ilişkin halkın düşünceleri: Türkiye'de bir alan araştırması. Business and Economics Research Journal*, 6(2), 59-78.

4. Bholowalia, P., & Kumar, A. (2014). EBK-means: a clustering technique based on elbow method and K-means in WSN. *International Journal of Computer Applications*, 105(9), 17-24.
5. Boutayeb, A. (2006). The double burden of communicable and non-communicable diseases in developing countries. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 100(3), 191-199. doi:10.1016/j.trstmh.2005.07.0
6. Buse, K., Tanaka, S. & Hawkes, S. (2017). Healthy people and healthy profits? Elaborating a conceptual framework for governing the commercial determinants of non-communicable diseases and identifying options for reducing risk exposure. *Global Health*, 13: 34 <https://doi.org/10.1186/s12992-017-0255-3>
7. Choi, Y. S., Hwang, J., Lee, M. J., Lee, J. H., & Youn, H. J. (2023). Review of North Korean reports on cardiovascular disease research and management. *Yonsei Medical Journal*, 64(5), 309.
8. de Lacy-Vawdon, C. & Livingstone, C. (2020). Defining the commercial determinants of health: A systematic review. *BMC Public Health*, 20: 1022 <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09126-1>
9. Fırat, M., Dikbaş, F., Koç, A. C. ve Güngör, M. (2012). K-ortalamlar yöntemi ile yıllık yağışların sınıflandırılması ve homojen bölgelerin belirlenmesi. *Teknik Dergi*, 23(113), 6037-6050.
10. Foreman, K. J., Marquez, N., Dolgert, A., Fukutaki, K., Fullman, N., McGaughey, M., ... & Murray, C. J. (2018). Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: Reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*, 392(10159), 2052-2090. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31694-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31694-5)
11. Freudenberg, N., Lee, K., Buse, K., Collin, J., Crosbie, E., Friel, S., Klein, D. E., Lima, J. M., Marten, R., Mialon, M., & Zenone, M. (2021). Defining priorities for action and research on the commercial determinants of health: A conceptual review. *American Journal of Public Health*, 111(12), 2202–2211. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2021.306491>
12. Gürler, C., Çağlar, M. & Önay, O. (2020). Clustering countries by k-means method according to causes of death. *Alphanumeric Journal*, 8(1), 111-130. doi: 10.17093/alphanumeric.588835
13. Kickbusch, I., Allen, L. & Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *Lancet Glob Health*. 4(12):e895-e896. doi: 10.1016/S2214-109X(16)30217-0
14. Knai, C., Petticrew, M., Mays, N., Capewell, S., Cassidy, R., Cummins, S., Eastmure, E., Fafard, P., Hawkins, B., Jensen, J. D., Katikireddi, S. V., Mwatsama, M., Orford, J., & Weishaar, H. (2018). Systems thinking as a framework for analyzing commercial determinants of health. *The Milbank Quarterly*, 96(3), 472–498. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12339>
15. Lacy-Nichols, J., Jones, A. & Buse, K. (2023). Taking on the commercial determinants of health at the level of actors, practices and systems. *Frontiers Public Health*, 10:981039. doi: 10.3389/fpubh.2022.981039
16. Lange, C., Manz, K., & Kuntz, B. (2017). Alcohol consumption among adults in Germany: heavy episodic drinking. *Journal of Health Monitoring*, 2(2), 71–77. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-045>
17. Lee, K. & Freudenberg, N. (2022). Public health roles in addressing commercial determinants of health. *Annual Review of Public Health*, 43: 25, 1-21. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-052220-020447>
18. Marques-Vidal, P., Jankowski, P., Reiner, Ž., De Bacquer, D., & Kotseva, K. (2023). Dietary management of patients at high risk for cardiovascular disease; EUROASPIRE V. *Clinical Nutrition ESPEN*, 55, 144-150. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2023.03.005>
19. Millar, J.S. (2013). The corporate determinants of health: How big business affects our health, and the need for government action!. *Canadian Journal of Public Health*, 104, e327–e329. <https://doi.org/10.17269/cjph.104.3849>
20. Moodie, R., Stuckler, D., Monteiro, C., Sheron, N., Neal, B., Thamarangsi, T., Lincoln, P., Casswell, S., & Lancet NCD Action Group (2013). Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *Lancet (London, England)*, 381(9867), 670-679. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3)
21. Mytton, O. T., Clarke, D., & Rayner, M. (2012). Taxing unhealthy food and drinks to improve health. *BMJ (Clinical research ed.)*, 344, e2931. <https://doi.org/10.1136/bmj.e2931>
22. Ndebele, P., Krisko, P., Bari, I., Paichadze, N., & Hyder, A. A. (2022). Evaluating industry attempts to influence public health: Applying an ethical framework in understanding commercial determinants of health. *Frontiers in Public Health*, 10, 976898. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.976898>

23. Patwardhan, B., Mutalik, G., & Tillu, G. (2015). *Concepts of health and disease. Integrative Approaches for Health: Biomedical Research, Ayurveda and Yoga içinde* (53-78. ss.). Boston, MA: Academic Press. doi:10.1016/b978-0-12-801282-6.00003-6
24. Ritchie, H., & Roser, M. (2013). *Smoking. Our World in Data*. Retrieved 22 August 2023, from <https://ourworldindata.org/grapher/share-deaths-smoking>
25. Ritchie H., Spooner, F. & Roser, M. (2018a). *What do People Die from?. Our World in Data*. Retrieved 14 April 2023, from <https://ourworldindata.org/grapher/annual-number-of-deaths-by-cause>
26. Ritchie H., Spooner, F. & Roser, M. (2018b). *The number of deaths by risk factor. Our World in Data*. Retrieved 10 August 2023, from <https://ourworldindata.org/grapher/number-of-deaths-by-risk-factor>
27. Rochford, C., Tchetti, N. & Moodie, R. (2019). *Reframing the impact of business on health: The interface of corporate, commercial, political and social determinants of health. BMJ Global Health*, 4:e001510. doi:10.1136/bmjgh-2019-001510
28. *The World Bank*. (no date). *Data Bank, World Development Indicator*. Retrieved 10 August 2023, from <https://databank.worldbank.org/indicator/SP.POP.TOTL/1ff4a498/Popular-Indicators#>
29. Timic, J. B., Kotur-Stevuljevic, J., Boeing, H., Krajnovic, D., Djordjevic, B., & Sobajic, S. (2020). *A cross-sectional survey of salty snack consumption among Serbian urban-living students and their contribution to salt intake. Nutrients*, 12(11), 3290. <https://doi.org/10.3390/nu12113290>
30. *United Nations Development Programme*. (2020). *Human Development Index*. Retrieved 22 August 2023, from <https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indicies/HDI>
31. West, R., & Marteau, T. (2013). *Commentary on Casswell (2013): The commercial determinants of health. Addiction (Abingdon, England)*, 108(4), 686–687. <https://doi.org/10.1111/add.12118>
32. WHO. (2012). *MPOWER: A policy package to reverse the tobacco epidemic*. Retrieved 16 April 2023, from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241596633>
33. WHO. (2013). *WHO director-general addresses health promotion conference. The 8th Global Conference on Health Promotion in Helsinki. Geneva: World Health Organization, 2013*. Retrieved 22 March 2023, from <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-addresses-health-promotion-conference>
34. WHO. (2017). *Tackling NCDs: “best buys” and other recommended interventions for the prevention and control of noncommunicable diseases. World Health Organization*. Retrieved 18 April 2023, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259232>
35. WHO. (2021). *World Health Organization discussion paper for the regional expert consultations. development of an implementation roadmap 2023-2030 for the global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2030*. Retrieved 18 April 2023, from <https://www.who.int/publications/m/item/implementation-roadmap-2023-2030-for-the-who-global-action-plan-for-the-prevention-and-control-of-ncds-2023-2030>
36. WHO. (2023) *Commercial determinants of health*. Retrieved 16 April 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/commercial-determinants-of-health>
37. Wu, W., He, J., & Shao, X. (2020). *Incidence and mortality trend of congenital heart disease at the global, regional, and national level, 1990-2017. Medicine*, 99(23), e20593. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000020593>
38. Yıldırım Öztürk, EN. ve Uyar, M. (2023). *Sağlığın sosyal belirleyicilerinden sonra yeni bir konsept: sağlığın ticari belirleyicileri. ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 8(1):87-96. <https://doi.org/10.35232/estudamhsd.1097943>
39. Yılmaz, Ş. K. & Patır, S. (2011). *Kümeleme analizi ve pazarlamada kullanımı. Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 2(1), 91-113 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ayd/issue/3325/46150>

## Yaşlı Bireylerde Malnütrisyona Tedavisine Yönelik Uygulanan Beslenme Desteğinin Sağlık Ekonomisine Etkisi: Sistemik Derleme

Senay Burçin ALKAN<sup>1</sup>, Lutfiye TEKPINAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi

<sup>2</sup>Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sorumlu Yazar: sbalkan@erbakan.edu.tr

Yaşlılarda malnütrisyona demografik yapıdaki değişikliklerin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Yetersiz beslenme, sağlığın kötüleşmesi, fiziksel ve bilişsel yeteneklerin bozulması, sağlık harcamalarının artması ve ölüm oranlarında önemli bir faktördür. Klinik kılavuzlar yaşlılarda malnütrisyona önlenmesi ve tedavisi için beslenme danışmanlığı, besin modifikasyonu, oral nütrisyona takviyeleri, enteral beslenme ve parenteral beslenmeyi önermektedir. Bu sistemik derlemenin amacı, malnütrisyona yaşlılarda beslenme desteğinin maliyet ve maliyet-etkililiğini belirlemektir. PRISMA (Sistemik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri) kılavuzları kullanılarak ilgili çalışmalar PubMed ve Scopus veritabanları aracılığıyla belirlendi. Yaşlılarda malnütrisyona tedavisinin sağlık harcamalarına etkisini araştıran, 1 Ocak 2017'den 31 Aralık 2022'ye kadar olan randomize kontrollü çalışmalar ve gözlemsel çalışmalar dahil edildi. Taranan toplam 971 kayıt arasından 8 tam metin uygunluk açısından değerlendirildi ve 4 çalışma (1 prospektif gözlemsel kohort çalışması ve 3 randomize, plasebo kontrollü çalışma) analiz edildi. Üç çalışmada malnütrisyona yaşlılara oral nütrisyona takviyeleri verilirken, bir çalışmada yüksek proteinli kurabiyeler verilmiştir. İki çalışma, beslenme desteği alan grubun toplam sağlık maliyetinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu tespit etmiştir. İki çalışma beslenme desteğinin maliyet-etkililiğini analiz etmiştir. Bu çalışmalardan birinde, müdahale grubundaki ilave maliyet-etkililik oranı (ICER) 34.700 Euro/Kazanılan Yaşam Yılı; diğer çalışmada ICER, Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı başına 33,818 ABD Doları bulunmuştur. Bu iki çalışmada beslenme desteği alan yaşlı kişilerin hayatta kalma oranlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Araştırmaların sonuçları, beslenme desteğinin, malnütrisyona yaşlıların sağlığını iyileştirmek ve yaşam süresini uzatmak için maliyet-etkili bir müdahale sunduğunu göstermektedir. Yaşlı bireylerin malnütrisyona belirlenmesi, uygun beslenme desteğinin sağlanması ve tedavi stratejilerinin etkililiğinin değerlendirilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

**Anahtar Kelimeler:** yaşlı bireyler, malnütrisyona, sağlık ekonomisi, maliyet-etkililik

### The Effect of Nutritional Support for the Treatment of Malnutrition in Elderly Individuals on Health Economics: A Systematic Review

The problem of malnutrition among the elderly is emerging because of changes in demographics. Malnutrition is a significant factor in a worsening of health, impaired physical and cognitive capabilities, increased healthcare cost, and mortality. The clinical guidelines recommend nutritional counselling, food modification, oral nutritional supplements, enteral nutrition and parenteral nutrition for the prevention and treatment of malnutrition in the elderly. The aim of this systematic review is to determine the cost and cost-effectiveness of nutritional support in malnourished elderly. Using the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-Analysis) guidelines, relevant studies were identified through the PubMed and Scopus databases. Randomized controlled trials and observational studies that investigated cost-effectiveness for treatment of malnutrition in elderly, from Jan 1, 2017, to Dec 31, 2022 were included. Among a total of 971 records screened, 8 full texts were assessed for eligibility, and 4 studies (1 prospective observational cohort study and 3 randomized, placebo-controlled studies) were analysed. Three studies administered oral nutritional supplements to malnourished elderly, whereas one study provided them high-protein cookies. Two studies have demonstrated that the total health cost of the group that received the nutritional support was significantly lower compared to the control group. Two studies analysed the cost-effectiveness of nutrition support. In one of these studies, the incremental cost-effectiveness ratio (ICER) in the intervention group was €34,700/ Life Years Gained (LYG); in the other study, the ICER was US\$33,818/ Quality Adjusted Life Year. (QALY) Survival rates were higher in older people who received nutritional support in these two studies. The results of the studies indicate that nutritional support presents a cost-effective intervention to enhance the health and survival of malnourished elderly. Further research is needed to determine malnutrition in elderly individuals, to provide appropriate nutritional support and to evaluate the effectiveness of treatment strategies.

**Keywords:** elderly individuals, malnutrition, health economics, cost-effectiveness

### Giriş

Dünya Sağlık Örgütü (2017) kronik olarak 65 yaş üzeri bireyleri yaşlı olarak kabul ederek; “genç yaşlı” (65-74 yaşlar), “orta yaşlı” (75-84 yaşlar) ve “ileri yaşlı” (85 ve üzeri yaşlar) olmak üzere üç alt gruba ayırmıştır. Buna göre kronolojik olarak yaşlılık, 65 yaş ve üstü olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde doğumdan beklenen yaşam süresinin artmasıyla birlikte yaşlı bireylerin toplumdaki nüfusu da artmıştır. Yaşlı bireylerin daha sağlıklı yaşam sürmeleri için günümüz sağlık sistemleri büyük çaba sarfetmektedir. Her birey gibi yaşlı bireylerin de temel yaşam ilkelerine ihtiyaçları vardır fakat daha özenli bir beslenme ve bakım kaçınılmazdır. Yaşlı bireylerde beslenme düzeni, yaşam koşullarına, alışkanlıklarına, hastalıklarına uygun şekilde planlanmalıdır. Yaşamın belli döngülerini artık tamamlamış olan yaşlı bireylerde beslenme alışkanlıkları önemlidir ve bunları değiştirmek de oldukça zordur. Beslenme alışkanlıkları, sosyo-ekonomik durum ve besine erişim gibi faktörler yaşlıların kötü beslenmesine neden olabilmektedir.

Kötü veya bozuk beslenme olarak da ifade edilen malnütrisyon “alımdaki yetersizlik veya düzensiz beslenmenin yol açtığı, vücut kompozisyonunun (yağsız kütlede azalma) ve vücut hücre kütlelerinin bozulması sonucu ortaya çıkan fiziksel ve mental fonksiyonların azalması ve hastalığın klinik sonucunun kötüleşmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Cederholm, 2017, ss. 49-64).

Yaşlılıktaki yetersiz beslenme ve malnütrisyon toplumun ilgilenmesini gerektiren önemli bir alandır. Malnütrisyon prevalansı, toplumda yaşayan yaşlılarda %26.5, evde bakım hizmeti alan yaşlılarda %8.7, hastanede tedavi gören yaşlılarda %22.0 ve uzun süre bakım evleri/huzurevinde kalan yaşlılarda %28.7’dir. Prevalans oranları kadınlarda, kırsal nüfuslarda, 80 yaş üstü nüfuslarda ve kronik hastalıklardan etkilenenlerde daha yüksektir (Dent, 2023, ss. 951–66). Bu sistematik derlemenin amacı, malnütrisyonlu yaşlılarda beslenme desteğinin maliyet ve maliyet-etkililiğini belirlemektir.

#### Yaşlı Bireylerde Malnütrisyon Nedenleri

Yaşlı bireylerde malnütrisyon geliştiğini gösteren en belirgin bulgular; kas atrofisi, deri altı yağ dokusu kaybı ve periferik ödemdir (Aslan vd., 2008). Malnütrisyonun nedenleri ise oldukça çeşitlidir ve 3 ana başlıkta ele alınabilir: tıbbi nedenler, yaşam biçimi ve sosyal ve psikolojik nedenlerdir (Baz ve Ardahan, 2016, ss. 148). Daha detaylı ele alındığında ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (Ye vd., 2023, ss. 3446; Gajda ve Jeżewska-Zychowicz, 2023, ss. 3232; Dent, 2023, ss. 951).

Tat alma duyusundaki değişiklikler

Sindirim problemleri

Çiğneme ve yutma güçlükleri

Düşük fiziksel fonksiyon

Hastanede tedavi görme geçmişi

Ağız sağlığı

Yaşama karşı ilgi kaybı

Medeni durum gibi faktörler

Olumsuz sosyal ve ekonomik koşullar

Besin tüketimi, besin ögesi emilimini ve metabolizmasını etkileyen hastalıklar ve ilaçlar

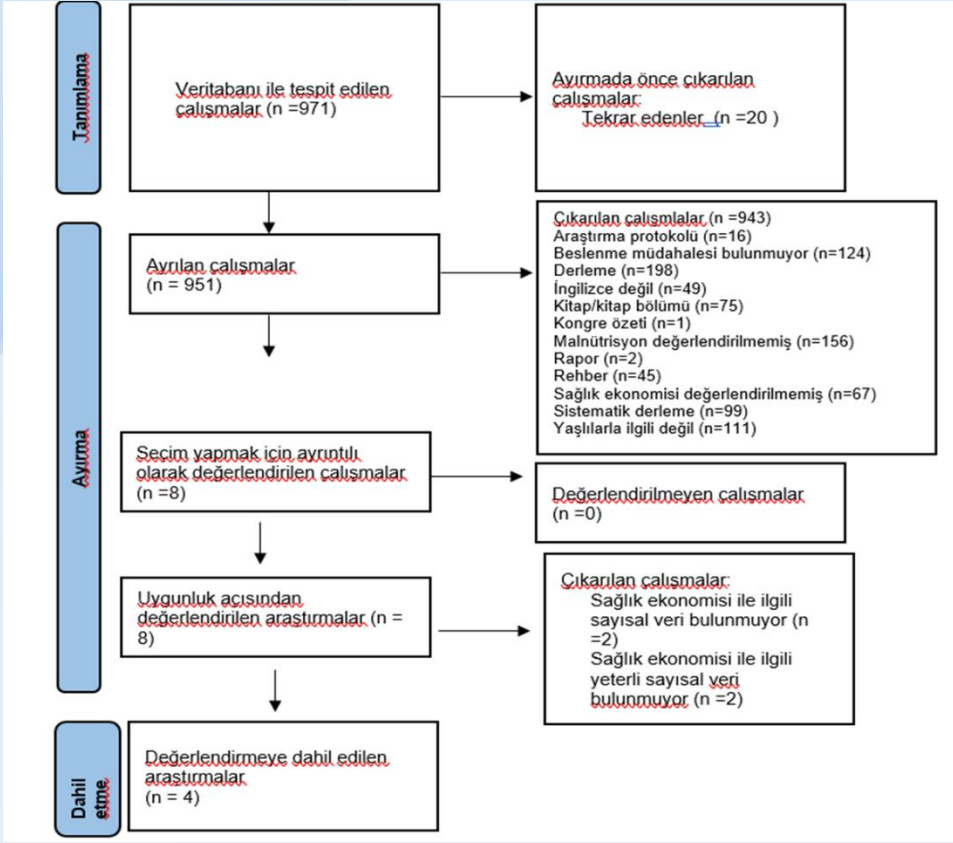
Yaşlılarda Malnütrisyon Tedavisi

Yaşlı bireylerde malnütrisyon artan mortaliteyi ve morbiditeyi etkilemekle birlikte geriatrik sendromlar, düşme ve osteoporotik kırıklara neden olabilmektedir (Kupisz-Urbanska ve Marcinowska-Suchowierska, 2022, ss. 6). Aynı zamanda yaşlılarda malnütrisyon yaşlılık belirtileri ile de karıştırılabilir.

Tarama ve değerlendirme sonucunda malnütrisyon veya malnütrisyon riski tespit edilen hastalara beslenme destek tedavisi planlanmalıdır. Tedavisinde ise en sık kullanılan yöntemler destekleyici müdahaleler, beslenme danışmanlığı, besin zenginleştirilmesi, oral nütrisyon destekleri, enteral beslenme ve parenteral beslenme olarak sayılabilir (Wolkwert, 2022, ss. 966). Yaşlının oral alımı varsa diyetisyenle iş birliği halinde oral alımın desteklenmesi ve oral destek ürünlerinin verilmesi şeklinde bir beslenme planı oluşturulabilir. İkinci bir yol olarak enteral ve parenteral beslenme ürünleri ile yaşlının beslenmesinin devamlılığının sağlanabilir (Saka, 2012).

#### Yöntem

PRISMA (Sistematik İncelemeler ve Meta-Analizler için Tercih Edilen Raporlama Öğeleri) kılavuzu kullanılarak ilgili çalışmalar PubMed ve Scopus veritabanları aracılığıyla belirlenmiştir. Tarama yapılırken “malnutrition in elderly AND nutritional support AND cost-effectiveness” anahtar kelimeleri kullanılmıştır. «Cost-effectiveness» kelimesi için alternatif olarak «health economics» kelimesi de kullanılmıştır. Tarama İngilizce olarak 2017-2022 yılları arasında yayınlanan, randomize kontrollü ve gözlemsel olarak tasarlanan orijinal çalışmalar ile sınırlandırılmıştır. Dahil etme kriterlerine göre eleme aşamaları Şekil 1’de verilen PRISMA diyagramında gösterilmiştir.



Şekil 1: PRISMA Diyagramı

## Bulgular

Taranan toplam 971 kayıt arasından 8 tam metin uygunluk açısından değerlendirilmiştir. İncelemeye yaşlılarda malnütrisyon tedavisinin sağlık harcamalarına etkisini araştıran, 1 Ocak 2017'den 31 Aralık 2022'ye kadar yayınlanan randomize kontrollü ve gözlemsel olarak planlanan dört makale dahil edilmiştir. Dahil edilen makalelerden biri prospektif gözlemsel kohort çalışması, üçü ise randomize, plasebo kontrollü çalışmadır. Çalışmalara ait detaylı bilgi Tablo 1'de verilmiştir.

İncelemeye dahil edilen çalışmalardan ikisi Fransa, bir çalışma İspanya bir çalışma ise Amerika'da yapılmıştır. İki çalışma 2017 yılında diğer çalışmalar 2018 ve 2020 yılında yayınlanmıştır. Bir çalışma evde yaşayan malnütrisyon teşhisi konulmuş yaşlı bireylere odaklanırken, bir çalışma hastanede yatış sırasındaki ve hastaneden taburculuk sonrası olmak üzere iki farklı alana odaklanmış, bir çalışma sadece hastanede tedavi gören malnütrisyonu yaşlı bireylere odaklanırken, bir çalışma da huzureverlerinde dış sağlığı kötü olan malnütrisyonu bireylere odaklanmıştır.

Üç çalışma analizin zaman dilimini ömür boyu olarak ele alırken, bir çalışma altı aylık süreci incelemiştir. Üç çalışma doğrudan tıbbi maliyetler ve doğrudan tıbbi olmayan maliyetleri dahil etmiştir. Bir çalışma belirli sağlık sorunları ve sağlık sigortası giderlerini incelemiştir. Bir çalışma analiz sonuçlarını QALY olarak, bir çalışma ICER olarak diğer iki çalışma ise maliyetler ile hastane yatışları bazında sonuçlar sunmuşlardır.

## Sonuç ve Öneriler

Yapılan incelemeler sonucunda araştırmaların, beslenme desteğinin, malnütrisyonlu yaşlıların sağlığını iyileştirmek ve yaşam süresini uzatmak için maliyet-etkili bir müdahale sunduğunu göstermektedir. Yaşlı bireylerin malnütrisyonun belirlenmesi, uygun beslenme desteğinin sağlanması ve tedavi stratejilerinin etkililiğinin değerlendirilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Yazar(lar)	Yer ve Bireyler	Beslenme Tedavisi	İzlem Süresi	Sağlık Ekonomisi ile İlgili Değerlendirme	Sonuçlar
Seguy vd., 2020	Fransa 70 yaş üstü evde yaşayan malnütrisyonlu 191 birey	1.grup (n:133) ONS 2.grup (n:58) ONS yok	6 ay	Hastane harcamaları ve hastanede dışındaki harcamalar (ev ziyareti, hemşire, ilaç, laboratuvar testleri, fizyoterapist, medikal araç, ulaşım)	ONS reçeteli ve ONS reçetesi olmayan grupta sağlık harcama maliyetleri farklı değildi. ONS'den günlük 500 kkal'den daha fazla alan yaşlıların sağlık harcamaları 500 kkal'den az alan hastalara göre anlamlı olarak daha düşüktür (1389 ± 264 € vs. 3502 ± 839 €). ONS'den alınan protein miktarı ≥30 g/gün veya enerji miktarı ≥500 kkal/gün olduğunda hastaneye yatış riski sırasıyla 3 ve 5 kat azalmıştır.
<a href="#">Ballesteros-Pomar</a> vd., 2018	İspanya Malnütrisyonlu yaşlı hastalar	Hastalara taburculuk sonrası ONS başlanmış 1.grup: (n:328) yüksek proteinli beta hidroksi metil bütirat içeren ONS 2.grup:(n:324) Plasebo	Taburculuk sonrası 90 gün	Beslenme müdahalesi, hastaneye yatış, tekrar yatış ve taburcu olduktan sonraki 90 gün içinde diğer sağlık harcamalarının (acil servise yapılan ziyaretler, bir uzmana ve birinci basamak sağlık merkezine yapılan ziyaretler veya rehabilitasyon seansları dahil) maliyetleri dahil edilmiş. İspanya Ulusal Sağlık Sistemi perspektifinden ömür boyu zaman dilimi kullanılarak yapılan maliyet-etkililik analizi.	90 gün sonra ONS alan grupta mortalite %4.8, ort. yaşam süresi 87.4 gün (0.239 LYG). Kontrol grubunda mortalite %9.7, ort. yaşam süresi 83.9 gün (0.230 LYG) 90 gün için ICER 34.700,62 €/LYG'dir. Zaman dilimi 180 gün, 1 yıl, 2 yıl, 5 yıl ve ömür boyu olduğunda ICER'ler 13.711,68 €, 3377,96 €, 2253,32 €, 1112,34 € ve 563,84 €/LYG bulunmuştur.
Pouysségur vd., 2017	Fransa Huzurevinde kalan diğ sağlığı kötü olan 175 malnütrisyonlu yaşlı	1.grup (n:87) 6 hafta boyunca protein içeriği yüksek kurabiye (günlük 6 kurabiye, kurabiyeler %22 protein içeriyor) 2.grup (n:88):kontrol	18 hafta	Sağlık harcamaları bası yaraları, diyare, düşme ve enfeksiyonlar açısından değerlendirilmiştir. Standart ve kapsamlı sosyal sigorta giderleri karşılaştırılmıştır.	Müdahale grubu için; ortalama bakım maliyeti standart bir sosyal koruma ile 885 ± 155 €, tam sosyal koruma ile 1271 ± 233 €. Kontrol grubu için; ortalama bakım maliyeti standart bir sosyal koruma ile 1076 ± 179 €, tam sosyal koruma ile 1583 ± 262 €. İki grup arasında anlamlı bir fark yok. Kurabiye verilen grupta düşmelerin tedavisinde, hastanede kalış süresi, tıbbi konsültasyon ve enfeksiyon maliyetinde düşüş olmuştur.
Zhong vd., 2017	Amerika Hastanede tedavi gören malnütrisyonlu 622 yaşlı hasta	1.grup (n:313) yüksek proteinli HMB içeren ONS 2.grup (n:309) plasebo içecek	Taburculuk sonrası 90 gün	Beslenme tedavisi Taburculuk öncesinde hastaneye yatış masrafları Taburculuk sonrası yeniden hastaneye yatışlar Taburculuk sonrası diğer sağlık hizmeti tüketimi	Toplam maliyet: ONS grubu için 22.506 ABD\$/birey; plasebo grubu için 22.133 ABD\$/birey. ONS grubu, kontrol grubuna kıyasla 0,011 daha fazla QALY kazanmıştır. ONS grubu için ICER 33.818 ABD\$/QALY bulunmuştur.

ONS: Oral Nutritional Supplement (Oral Besin Tekviyesi); LYG: Life Years Gained (Kazanılan Yaşam Yılı); QALY: Quality-Adjusted Life Year (Kaliteye Ayarlı Yaşam Yılı); ICER: [Incremental Cost-Effectiveness Ratio \(İlave Maliyet-Etkililik Oranı\)](#)



## Kaynakça

1. Aslan D, Şengelen M, Bilir N. Yaşlılık Döneminde Beslenme Sorunları ve Yaklaşımlar, s.7-14, Geriatri Derneği Eğitim Serisi No:1, Ankara (2008)
2. Ballesteros-Pomar MD, Martínez Llinàs D, Goates S, Sanz Barriuso R, Sanz-Paris A. Cost-Effectiveness of a Specialized Oral Nutritional Supplementation for Malnourished Older Adult Patients in Spain. *Nutrients*. 2018; 10(2):246. <https://doi.org/10.3390/nu10020246>
3. Baz S, Ardahan M. Yaşlılarda Malnütrisyon ve Hemşirelik Yaklaşımları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;5(3): 147-153.
4. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, Ballmer P, Biolo G, Bischoff SC et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. *Clin Nutr.*, 2017;36(1):49-64.
5. Dent E, Wright ORL, Woo J, Hoogendijk EO. Malnutrition in older adults. *The Lancet*, 2023;401 (10380): 951-966
6. Gajda R, Jeżewska-Zychowicz M. Relationship between Food Insecurity and Nutritional Risk among Older Adults in Poland—A Preliminary Study. *Nutrients*. 2023; 15(14):3232. <https://doi.org/10.3390/nu15143232>
7. Integrated care for older people, Guidelines for community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity, World Health Organization, 2017.
8. Kupisz-Urbanska M, Marcinowska-Suchowierska E. Malnutrition in Older Adults—Effect on Falls and Fractures: A Narrative Review. *Nutrients* 2022; 14(3123): 1-11. <https://doi.org/10.3390/nu14153123>
9. Pouysségur V, Castelli C, Antoine V, Chkair S, Bouvet S. Solid oral supplementation: Economic assessment. Economic impact of the introduction of a solid oral nutritional supplement adapted to malnourished older adults with poor dental health. *European Geriatric Medicine*. 2017;8(3):234-39.
10. Saka B. Yaşlı Hastalarda Malnütrisyon. *Klinik Gelişim*. 2012;25(3):82-89.
11. Seguy D, Hubert H, Robert J, Meunier JP, Guérin O, Raynaud-Simon A. Compliance to oral nutritional supplementation decreases the risk of hospitalisation in malnourished older adults without extra health care cost: Prospective observational cohort study. *Clin Nutr*. 2020;39(6):1900-1907. doi: 10.1016/j.clnu.2019.08.005.
12. Ye KX, Sun L, Lim SL, Li J, Kennedy BK, Maier AB, Feng L. Adequacy of Nutrient Intake and Malnutrition Risk in Older Adults: Findings from the Diet and Healthy Aging Cohort Study. *Nutrients*. 2023; 15(15):3446. <https://doi.org/10.3390/nu15153446>
13. Zhong Y, Cohen JT, Goates S, Luo M, Nelson J, Neumann PJ. The Cost-Effectiveness of Oral Nutrition Supplementation for Malnourished Older Hospital Patients. *Appl Health Econ Health Policy*. 2017 Feb;15(1):75-83. doi: 10.1007/s40258-016-0269-7.

## Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Afiliye Öncesi ve Sonrası Döner Sermaye Finansal Performansının Finansal Oranlar Yoluyla Değerlendirilmesi

Tuncay AKAR<sup>1</sup>, Güler KOŞTI<sup>1</sup>, Ömer GİDER<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi /Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Sorumlu Yazar: tuncay.akar1@gmail.com

Sağlık sektöründe, finansman kaynaklarının sağlık kurum ve kuruluşlarına en doğru şekilde aktarmanın önemi kurumlarda uygulanan finansal yöntemlerde farklı modellerin uygulanmasına neden olmaktadır. Türkiye’de son yıllarda finansal faktörlere bağlı olarak yapılan modellerin başında ise afiliasyon protokolleri gelmekte ve bu finansal faktörler, hastanelerin gider azaltımı, gelir artımı ve atıl kapasite kullanımı amacıyla ortaya çıkmaktadır. Sağlık kurumlarında iş birliği ya da birleşme modeli olarak kullanılan ve bir bütünleşme türü olarak kabul edilen afiliasyon, finansal, klinik ve örgütsel büyüme ve operasyonellik gibi faktörlere bağlı olarak yapılabilmekle birlikte bu faktörler, afiliasyonun yapıma amaçlarıyla doğrudan bir ilişki içindedir. Türkiye’de 2011 yılında yönetmeliği çıkan afiliasyon kavramı tam anlamıyla 2013 yılında uygulanmaya başlanmış ve günümüze kadar genellikle Sağlık Bilimleri Üniversitesi olmak üzere farklı üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin afiliasyon protokolleri imzalayarak bu uygulamaya geçmeleri sağlanmıştır.

Bu çalışmada, İzmir Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin afiliasyon öncesi (2018-2019) ve afiliasyon sonrası (2021-2022) yıllarını kapsayan dört yıllık süreçte afiliasyon protokolünün hastanenin finansal performansını ne yönde etkilediğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda gerekli hesaplamaları yapabilmek için Cleverley’in finansal performans ölçümlerinde önerdiği 12 finansal oran kullanılmıştır. Bu oranlar; likidite analizlerinde kullanılan cari oran, asit-test oranı, nakit oranı; finansal yapı analizlerinde kullanılan öz sermayenin aktif toplamına oranı, borçlar öz sermaye oranı, kaldıraç oranı; faaliyetlerle ilgili stok devir hızı, aktif devir hızı, alacakların ortalama tahsil süresi; karlılıkla ilgili net kar marjı, toplam aktiflerin getiri oranı ve öz sermaye getiri oranıdır.

Hastanenin 2018, 2019, 2020 ve 2021 yılları itibariyle finansal verileri kullanılarak yapılan hesaplamalar sonucu likidite oranlarından cari oranı sırasıyla; (0,22) (0,24) (0,38) ve (0,35) olarak, asit test oranı; (0,10) (0,10) (0,09) ve (0,03) olarak, nakit oranı; (0,007) (0,001) (0,008) ve (0,001) olarak hesaplanmıştır. Finansal yapı oranlarından öz sermayenin aktif toplamına oranı sırasıyla (-2,88) (-3,32) (-2,2) ve (-2,4) olarak, faiz karşılama oranı; hastane işletmesi faiz ödemesi yapmadığından dolayı hesaplama yapılamamıştır, borçlar/öz sermaye oranı; (-1,34) (-1,30) (-1,45) ve (-1,41) olarak hesaplanmıştır. Verimlilik oranlarından stok devir hızı sırasıyla; (45,9) (34,5) (18,82) ve (20,31) olarak, aktif devir hızı; (12,27) (12,75) (12,29) ve (13) olarak, alacakların ortalama tahsil süresi; (25) (35) (17) ve (15) olarak hesaplanmıştır. Karlılık oranlarından net kar marjı sırasıyla; (-0,009) (-0,04) (0,05) ve (-0,07) olarak, toplam aktiflerin getiri oranı; (-0,12) (-0,61) (0,61) (-1,01) olarak, öz sermaye getiri oranı ise; (-0,04) (-0,18) (-0,27) (-0,42) olarak hesaplanmıştır.

Çalışma sonucunda elde edilen likidite oranları hastanenin nakit sıkıntısı çekebileceğini ve bu durumda kısa vadeli borçlarını ödemede zorluk yaşadığını göstermektedir. Hastane, finansal yapı oranları açısından değerlendirildiğinde öz sermayenin aktif toplamına oranı afiliasyon öncesi ve sonrasında da eksi değer çıkmıştır. Bu oranın eksi değer çıkması hastanenin öz kaynaklarla finanse edilme imkânının olmadığını, bu durumun hastanenin finansal anlamda zora düşme olasılığının yüksek olduğu göstermektedir. Verimlilik oranlarına bakıldığında ise kurumun hizmet üretim sürecinde varlıklarını etkili ve verimli kullanmadığını söylemek mümkündür

**Anahtar Kelimeler:** Afiliasyon, Finansal Performans, Hastaneler

### Assessing the Financial Performance of a Teaching and Research Hospital Before and After Affiliation through the Utilization of Financial Ratios

In the healthcare sector, the importance of allocating financial resources to healthcare institutions in the most accurate way has led to the implementation of various financial models within these institutions. In recent years in Turkey, one prominent model driven by financial considerations is affiliation protocols, which aim to reduce expenses, increase revenue, and optimize the utilization of excess capacity in hospitals. Affiliation, considered a form of collaboration or merger model in healthcare institutions, can be executed based on financial, clinical, organizational growth, and operational factors, which are directly linked to the objectives of affiliation. In Turkey, the concept of affiliation, regulated in 2011, was fully implemented in 2013 and has been primarily adopted by various universities and hospitals affiliated with the Ministry of Health, notably Health Sciences Universities.

This study aims to evaluate how the affiliation protocol has influenced the financial performance of İzmir Çiğli Training and Research Hospital over a four-year period, covering the years before affiliation (2018-2019) and after affiliation (2021-2022). To achieve this objective, calculations were performed using Cleverley’s recommended 12 financial ratios, including liquidity ratios (current ratio, acid-test ratio, cash ratio), financial structure ratios (equity-to-total-assets ratio, debt-to-equity ratio, leverage ratio), activity ratios (inventory turnover, asset turnover, average collection period), and profitability ratios (net profit margin, return on total assets, return on equity).

The calculations, based on the hospital’s financial data for the years 2018, 2019, 2020, and 2021, yielded the following results: Liquidity ratios: Current ratio values were (0.22), (0.24), (0.38), and (0.35) for the respective years. Acid-test ratio values were (0.10), (0.10), (0.09), and (0.03), while cash ratio values were (0.007), (0.001), (0.008), and (0.001). Financial structure ratios: Equity-to-total-assets ratio values were (-2.88), (-3.32), (-2.2), and (-2.4). The hospital did not have interest payments, so an interest

coverage ratio calculation was not applicable. Debt-to-equity ratio values were (-1.34), (-1.30), (-1.45), and (-1.41), productivity ratios: Inventory turnover ratios were (45.9), (34.5), (18.82), and (20.31). Asset turnover ratios were (12.27), (12.75), (12.29), and (13). Average collection periods for receivables were (25), (35), (17), and (15), profitability ratios: Net profit margin values were (-0.009), (-0.04), (0.05), and (-0.07). Return on total assets values were (-0.12), (-0.61), (0.61), and (-1.01). Return on equity values were (-0.04), (-0.18), (-0.27), and (-0.42). The results indicate that the hospital may face cash shortages, potentially leading to difficulties in repaying short-term debts. In terms of financial structure ratios, the negative equity-to-total-assets ratio suggests that the hospital lacked the capability to self-finance, increasing the likelihood of financial challenges. Furthermore, analysis of productivity ratios suggests inefficient utilization of assets in the hospital's service production process.

**Keywords:** *Affiliation, Financial Performance, Hospitals*

## 1. Giriş

Ekonomideki birçok sektörün aksine sağlık kurumları kâr amaçlı ve kâr amaçsız örgütlerin bileşenlerinden oluşmaktadır. Yoğun teknoloji kullanımı ve kamu otoritesi tarafından geliştirilen politikalar sağlık kurumlarının regülasyonunda önemli katkılar sağlamaktadır. Sektörün bu özel karakteristiği sağlık kurumlarının sürdürülebilirliği için yenilikçi yolların geliştirilmesini ve finansal olarak büyümesini gerekli kılmaktadır (Demirtaş, 2016; Hassan, 2008: 405). Sağlık sektöründe, finansman kaynaklarının sağlık kurum ve kuruluşlarına en doğru şekilde aktarımın önemi kurumlarda uygulanan finansal yöntemlerde farklı modellerin uygulanmasına neden olmaktadır. Türkiye’de son yıllarda finansal faktörlere bağlı olarak yapılan modellerin başında ise afiliasyon protokolleri gelmekle birlikte bu finansal faktörler, hastanelerin gider azaltımı, gelir artımı ve atıl kapasite kullanımını amacıyla ortaya çıkmaktadır (Temel, 2017).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 18.02.2011 tarih ve 27850 sayılı Devlet Hastanesi ve Üniversite Hastaneleri İşbirliği Yönetmeliği gereğince afiliasyon kavramı, “Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin tıp ve dış hekimliği alanında lisans ve uzmanlık eğitimi veren kurumlarının eğitim, araştırma ve sağlık hizmet sunumu için insan gücü, mali kaynak, fiziki donanım, bina, tıbbi cihaz ve diğer kaynaklarının imzalanan protokol çerçevesinde birlikte kullanılması” olarak tanımlanmaktadır (Songur & Babacan, 2016: 91). Sağlık kurumlarında iş birliği ya da birleşme modeli olarak kullanılan ve bir bütünleşme türü olarak kabul edilen afiliasyon, finansal, klinik ve örgütsel büyüme ve operasyoneldik gibi faktörlere bağlı olarak yapılabilmekle birlikte bu faktörler, afiliasyonun yapılma amaçlarıyla doğrudan bir ilişki içindedir. Türkiye’de 2011 yılında yönetmeliği çıkan afiliasyon kavramı ise tam anlamıyla 2013 yılında uygulanmaya başlanmış ve günümüze kadar genellikle Sağlık Bilimleri Üniversitesi olmak üzere farklı üniversiteler ile Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerin afiliasyon protokolleri imzalayarak bu uygulamaya geçmeleri sağlanmıştır.

## 2. Kavramsal Çerçeve

### 2.1. Afiliasyon

Afiliasyon, kelime kökeni olarak Latince evlat edinme anlamına gelirken, günümüzde örgütler arası iş birliği anlamında kullanılmaktadır. WHO’na göre afiliasyon, insanların gereksinim duyduğu sağlık hizmetlerinden minimum maddi kaynağa katlanarak istediği sonuçları alacak şekilde faydalanabilmesi için sağlık kurumlarının ve sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve yönetimidir. Afiliasyon kavramı çerçevesinde ayrı olarak var olan iki ya da daha çok sayıda bağımsız işletme, sahip oldukları tüm varlık ve kaynaklarını göreceli olarak eşit koşulda birleştirerek yeni bir tüzel kişilik altında ve tek bir bağımsız işletme olarak faaliyetlerini sürdürebilmektedir (Ülgen & Mirze, 2010: 350).

Afiliasyon, genelde ölçek ekonomisinden kazanç elde etmek, çalışan ve müşteri genel memnuniyetini arttırmak ve en iyi uygulama sonuçlarına ulaşmak gibi amaçlarla tercih edilen bir modeldir (Bilir vd., 2018). Bu bakımdan afiliasyon eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunumu olmak üzere üç önemli görevi yerine getirerek hizmet maliyetini azaltmak ve çalışanların kendini geliştirmesine imkân vermek gibi önemli avantajlar sağlamaktadır (Topçu & Özata, 2022).

Türkiye’de 2011 yılında yayımlanan ilk afiliasyon yönetmeliğinde afiliasyon kavramı, “İşbirliğinde yer alan hastane ve üniversite taraflarının görev ve hizmet sunumlarının yapılması, ortak hedef ve yararların sağlanması için tarafların eğitim, hizmet, teknik gibi alanlarda birlikte hareket etmesi, yardımlaşması ve çalışmasıdır” şeklinde ifade edilmiştir (Resmi Gazete, 2018). Bu yönetmelikten sonra bazı değişiklikler yapılarak 2014, 2016, 2017 ve 2018 yıllarında yayımlanan afiliasyon ile ilgili yönetmeliklerde de bu kavram aynı şekilde tanımlanırken, 2020 yılında yayımlanmış olan yönetmelikte ise afiliasyon “Sağlık Bakanlığı’na bağlı sağlık tesisleri ile üniversitelerin tıp ve dış hekimliği alanında lisans ve uzmanlık eğitimi veren kurumlarının eğitim, araştırma ve sağlık hizmet sunumu için insan gücü, mali kaynak, fiziki donanım, bina, tıbbi cihaz ve diğer kaynaklarının imzalanacak protokol çerçevesinde birlikte kullanılması” şeklinde tanımlanmıştır (Resmi Gazete, 2020). Bu yönetmelik Sağlık Bakanlığı afiliasyon uygulamasına iki yenilik kazandırmıştır. Bu yenilikler, bir hastanenin birden fazla üniversite ile afiliye olmasına fırsat tanınması ve tıp fakültelerinin öğretim üyeleri ve diğer personeli ile sözleşme imzalanacak olmasıdır (Bilir, 2018). Sağlık Bakanlığı tarafından “Sağlık Bakanlığı’na Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere Ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İş Birliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik” adıyla yayımlanan afiliasyon yönetmeliklerinde, “Birlikte kullanımdaki sağlık tesisleri sundukları sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi bakımından üniversitesi hastanesi statüsündedir.” ifadesi yer almaktadır. Bu nedenle, afiliye olan hastanelerin ürettikleri hizmetlerin ödemeleri U1, diğer eğitim ve araştırma hastanelerindeki ise E1 statüsüne göre yapılmaktadır (Gazete, 2013).

Afiliye sağlık hizmeti kavramı, toplumun sağlık ihtiyaçlarını karşılama, kurumsal hizmet kapasitesini toplum ihtiyacına göre ayarlama, sunulan sağlık hizmetini koordine ve entegre edebilme, sağlık hizmeti sunum süreci içerisindeki sağlık hizmet sunucularını, sağlık hizmet kullanıcılarını ve ödeyici kurumları birleştiren bilgi sistemlerine sahip olabilme, maliyet, çıktı, hasta memnuniyeti ve kalite hakkında paydaşlara bilgi sağlayabilme, güçlükleri aşabilme, yönetebilme, doktorları ve diğer hizmet sunucularını organize etmek için finansal teşvik ve örgütsel yapıyı kullanabilme, sunduğu sağlık hizmetini sürekli geliştirebilme ve problemlerin çözümü için ekip çalışmasına yatkın ve istekli olabilme şeklinde tanımlanmaktadır (Çinibulak, 2020: 5; Shortell vd.,

1996). Afiliasyon sağlık sektörünün ana yapısında tıp fakültesi, klinik ve pratik uygulamalar, eğitim programları, araştırma geliştirme faaliyetleri ile eğitim araştırma hastaneleri bulunmaktadır (Barret, 2008; Yürümez vd., 2018: 38).

Afiliasyon Türkiye’de öncelikli olarak daha nitelikli sağlık insan gücü yetiştirmek, yeni bilgiler keşfetmek, kaliteli sağlık hizmeti sunmak, hizmet maliyetlerini azaltmak, çalışanların kendilerini geliştirmesini sağlamak için her konuda iyileştirmeler yapmak ve üniversite hastanelerinin yönetim, işletme, eğitim ve araştırma kadrolarının iş yükünü azaltmanın amaçlandığını görmekteyiz (Ülger vd., 2016: 170). Üniversite hastanelerinin örgütsel yapılarının oldukça çeşitli olmasına karşın, son yıllarda tam entegre model ve fonksiyonel entegre model olarak iki tip modele ağırlık verildiği görülmektedir (Yürümez vd., 2018: 39).

### 2. 1. 1. Tam Entegre Model

Üniversite hastanelerine ilişkin ortak misyonların yani hizmet sunumu, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin tek bir yönetici ve tek bir yönetim kurulu tarafından yönetildiği modeldir (Barret, 2008: 804). Bu modelde farklı örgütsel birimlerin kaynaklarını yeni bir organizasyon üretmek için tek bir havuzda topladığı gözlemlenmektedir. İnsan kaynakları, finansal yönetim, stratejik planlama, bilgi yönetimi ve kalite geliştirme gibi fonksiyonların örgütün bütün faaliyet birimlerini kapsayacak şekilde koordinasyonuna dayanan bir modeldir (Ahgren & Axelsson, 2005: 2). Hastanelere ilişkin ortak misyonların yani hizmet sunumu, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin tek bir yönetici ve tek bir yönetim kurulu tarafından yönetilmektedir. Bu örgütsel modelin uygulanabilirliğini mantıklı kılan en temel iki neden finansal disiplin ve stratejik odaklanmayı sağlamasıdır (Demirtaş, 2016).

### 2. 1. 2. Fonksiyonel Entegre Model

Üniversite akademik faaliyetleri, tıp fakültesi ve bağlı hastanelerdeki uygulamaların her birinin farklı liderler, ayrı ve bağımsız kurullar tarafından yönetildiği daha esnek bir afiliye modelidir (Uğurluoğlu, 2015). Fonksiyonel entegrasyon, insan kaynakları, finansal yönetim, stratejik planlama, bilgi yönetimi ve kalite geliştirme gibi kilit arka plan fonksiyonlarını bütün faaliyet birimlerini kapsayacak şekilde koordine eden bir modeldir. Bu modelde, üniversitedeki akademik faaliyetlerin, hekim uygulamalarının ve hastane operasyonlarının her biri farklı liderler tarafından yönetilmektedir, bu model tam entegrasyon modeline göre daha basit ve kapsamlı olarak değerlendirilmektedir (Lyngso vd., 2016: 2). Genel olarak stratejik ve operasyonel düzeylerde etkin olmakla birlikte disiplinler arasında bir köprü oluşturmaktadır. Birimlerin daha esnek ve verimli çalışmasını sağlamaktadır. Üniversite akademik faaliyetlerinin, tıp fakültesi ve bağlı hastanelerdeki uygulamaların her birinin farklı liderler, ayrı ve bağımsız kurullar tarafından yönetildiği esnek bir afiliye modelidir (Çinibulak, 2020).

Ancak Sağlık Bilimleri Üniversitesinin kurulması ile afiliasyon açısından yeni bir dönem başlamış ve bu durum yeni tam ya da fonksiyonel entegre modele uymayan yeni bir modelin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlık Bilimleri Üniversitesi kurulmadan önce, tıp fakülteleri ile aynı ilde dal hastaneleri hariç olmak üzere en fazla iki eğitim araştırma hastanesi afiliye olabilirken yapılan yönetmelik değişikliğiyle birden fazla afiliasyonun önü de açılmıştır (Bektemür vd., 2016). Sağlık Bilimleri Üniversitesinin yapısına bakıldığında ana misyon açısından fonksiyonel entegre modele daha yakın olduğu görülmektedir. Burada sağlık hizmeti sunumu ve hastanelerin bütçe yapıları her hastanenin kendi yönetimine bırakılırken, eğitim ve araştırma uygulamalarının akademik merkezde toplandığı görülmektedir.

### 2.2. Finansal Performans Kavramı

Türkiye’de ve Dünya’da hastaneler hem dinamik çevre koşullarından hem de süreç içerisinde ortaya çıkan değişikliklerden önemli ölçüde etkilenmektedirler, bunun bir sonucu olarak yönetsel modeller ön plana çıkmakta ve hastane kaynaklarının dengeli ve verimli bir şekilde kullanılması önem arz etmektedir (Yılgör, 2006). Değişen çevreye uyum için kullanılan organizasyon modelleri kurumun finansal yapısını da etkilemekte ve çalışanların performanslarını da şekillendirmektedir. Performans göstergelerinin temel amacı kurumun gelişmekte olduğunu doğrulamaktır. Performans ölçümünün kullanım amacı kurumda uygulanan yaptırımların değişimlerin kuruma uyup uymadığını gözlemlemek veya formal olarak düzenlenmiş planları gerçek uygulamalarla karşılaştırmaktır (Freeman, 2002: 129).

Hastaneleri karşılaştırmada kullanılan performans göstergelerinin değerlendirilmesinde ölçümlerin istatistiksel tahmini, performans göstergelerinin geçerliliği gibi faktörler önemli olmaktadır. İyi düzenlenmiş performans göstergeleri ile yeni trendler takip edilebilmekte ve sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında bir kıyaslama yapılabilmektedir (Demirtaş, 2016: 28).

Performans göstergeleri iki temel prensip nedeniyle kullanılmaktadır. Bunlardan biri dışsal hesap verebilirlik ve denetleme görevini yerine getirme amacını sağlamak için sistem mekanizmasının özeti sunmak, bir diğeri de içsel kalite geliştirme görevinin yerine getirilme amacını sağlamak için mekanizmanın biçimlendirilmesine katkı sağlamaktır (Demirtaş, 2016: 30; Freeman, 2002: 16).

Hastanelerde performans söz konusu olduğunda iki başlık karşımıza çıkmaktadır. Bunlardan biri sağlık kurumunun operasyonel performansı ve bir diğeri de kurumun finansal performansıdır. Genel olarak operasyonel performans, sağlık kurumlarında hastaya uygulanan en doğru müdahaleden ziyade, hasta tarafından klinik kullanım başına düşen faaliyetlere dayalı performans anlamına gelmektedir. Operasyonel performans göstergeleri genel olarak finansal olmayan hastane verileri ile temsil edilmektedir, örneğin; verimlilik ve personel sayısı gibi (Özgülbaş vd., 2008). Örgütsel performans, bir örgüt veya kurumun gerçekleştirmekte olduğu faaliyetler aracılığıyla varmak istediği stratejik hedeflere ve arzuladığı çıktılara ulaşma derecesinin bir ölçüsü olup, belli bir sürecin ve çok çeşitli emeklerin bir sonucudur. Bir başka tanımda ise örgütsel performans; belirli bir dönemsel zamanın sonucunda sahip olunan çıktılarının sonucuna göre örgütün amaçlarını ve görevlerini yerine getirme derecesinin belirlenmesidir (Yüreğir & Nakıboğlu, 2007).

Geleneksel performans ölçümü ve kontrolü için belirleyici ana faktör finansal performans ölçümüdür. Finansal performans ölçümünde kurumun sahip olduğu mali veriler kullanılmaktadır. Finansal performans net kâr/zarar ya da işletme kârı/zarar alanına dayanmaktadır. Finansal performans ölçümü yapılan araştırmalarda en çok üzerinde durulan finansal performans göstergesi, gelir ve gider yani kâr dengesidir (Çeçen, 2020: 36). Diğer finansal performans ölçümleri, alacakların tahsil süresi, aktif devir hızı gibi göstergeler finansal yönetim sürecinin etkililiğini yansıtmaktadır. Finansal performans ölçümü sağlık hizmet kurumlarının finansal

durumunu, yatırımlarının güvenliğini ve riskini değerlendirmek için finansal ve faaliyetler verileri kullanarak gerçekleştirilen bir analizdir (Özgülbaş vd., 2008). Finansal performans göstergeleri sağlık kurumunun varlıklarının ve kaynaklarının kurum tarafından ne düzeyde etkin kullanıldığını gösterir. Finansal performans, hastanenin finansal durumunu ifade eden mali göstergeler arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır. Sağlık kurumlarının finansal performansını finansal analiz yöntemleri ile ölçülmektedir (Demirtaş, 2016). Finansal analiz; yatırım, finansman ve fiyat belirleme gibi işletmeyle ilgili kararların verilmesi, işletmenin hedeflerini gerçekleştirme ve verimlilik düzeyinin tespiti için yapılan bir dizi analizlerdir. Finansal analiz ile işletmenin mali durumu, kârlılık durumu, mali yönden gelişmesinin yeterli olup olmadığı gibi konular incelenerek değerlendirilmektedir (Gider, 2011: 88).

### 3. Yöntem

Çalışmada finansal analiz araçlarından Rasyo analiz yöntemi ele alınmıştır. Rasyo (Oran) analizi tekniğinde finansal tablo kalemleri arasındaki ilişki, rakamların birbirleriyle oranlanması sonucu hesaplanmaktadır. Finansal performans analizlerinde pek çok finansal oran kullanılmakla birlikte ROE (Özsermayenin karlılığı), ROA (Aktif Karlılık Oranı), Net Kar Marjı gibi oranlar en çok tercih edilen ölçümler olarak dikkat çekmektedir. Hastane işletmelerinde finansal performans analizlerinde hangi oranların tercih edileceği noktasında Cleverley'nin çalışmaları önem taşımaktadır (Gider, 2004). Bu seçim, araştırmacıların amacına göre değişmekle birlikte Cleverley'nin hastane finansal performansını ölçmede kullandığı 12 finansal oran hastane finansal performans analizlerinde referans olarak kabul edilmektedir (Cleverley, 1995). Bu 12 oran şunlardır; Likidite analizlerinde kullanılan cari oran, asit-test oranı, nakit oranı; finansal yapı analizlerinde kullanılan öz sermayenin aktif toplamına oranı, borçlar öz sermaye oranı, kaldıraç oranı; faaliyetlerle ilgili stok devir hızı, aktif devir hızı, alacakların ortalama tahsil süresi; karlılıkla ilgili net kar marjı, toplam aktiflerin getiri oranı ve öz sermaye getiri oranıdır (Gider, 2011: 89).

Sağlık bakanlığı ve üniversiteler arasında son dönemde yaygın olarak kullanılan afilyasyon politikasının sağlık bakanlığına bağlı hastanelerin finansal yapı açısından durumun ortaya konulması, politikanın finansal yönü açısından önem taşımaktadır. Afilyasyon politikasının hastaneler açısından finansal boyutunun irdelendiği araştırmada; Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin afilyasyon öncesi (2018-2019) ve afilyasyon sonrası (2021-2022) yıllarını kapsayan dört yıllık süreçte afilyasyon protokolünün hastanenin finansal performansını ne yönde etkilediğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Hastane 2020 yılı mayıs ayında Bakırçay Üniversitesi ile afilyasyon protokolü imzaladığından dolayı 2020 yılı inceleme dışında bırakılmıştır. Araştırmada kullanılan bilanço ve gelir tablolarına ait veriler hastane yönetiminden gerekli izinler alınmak suretiyle hastanenin ilgili biriminden elde edilmiştir. Araştırmada mali tablolardan elde edilen veriler, literatür kısmında detaylı açıklamaları yapılan hastanenin likidite, finansal, iktisadi varlıkların kullanımı ve karlılık oranları üzerinden incelenmiştir.

Veri analizi açısından hastaneden alınan verilen Excel programı kullanılarak literatür kısmında belirlenen finansal oran hesaplama yöntemleri dikkate alınarak hesaplamalar yapılmıştır.

#### 4. Bulgular

Aşağıda yer alan Tablo 1'de yıllara göre bilanço ve gelir tablolarından elde edilen veriler finansal oran hesaplamaları yapılarak toplu halde gösterilmiştir.

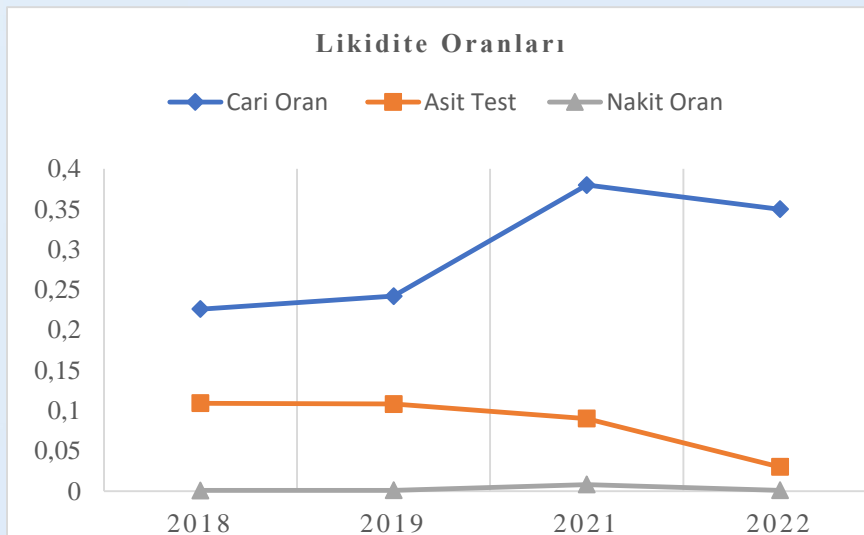
Finansal Oranlar		Yıllar			
		2018	2019	2021	2022
Likidite Oranları	Cari Oran	0,22	0,24	0,38	0,35
	Asit-Test Oranı	0,1	0,1	0,09	0,03
	Nakit Oranı	0,007	0,001	0,008	0,001
Finansal Mali Yapı Oranları	Öz Sermayenin Aktif Toplama Oranı	-2,88	-3,32	-2,2	-2,4
	Kaldıraç Oranı	3,88	4,32	3,2	3,4
	Borçlar / Öz Sermaye Oranı	-1,34	-1,30	-1,45	-1,41
Faaliyet (Verimlilik) Durum Oranları	Stok Devir Hızı	45,9	34,5	18,82	20,31
	Aktif Devir Hızı	12	12,75	12,29	13
	Alacakların Ortalama Tahsil Süresi	25	35	17	15
Karlılık Oranları	Net Kar Marjı	-0,009	-0,04	0,05	-0,07
	Toplam Aktiflerin Getiri Oranı	-0,12	-0,61	0,61	-1,01
	Öz Sermaye Getiri Oranı	-0,04	-0,18	-0,27	-0,42

Tablo 18: Yıllara Göre Bilanço ve Gelir Tablosu Finansal Oran Hesaplamaları

#### 4.1. Likidite Oranları

Sağlık kurumlarının belli bir süre içerisinde kısa vadeli borçlarını ödeme yeteneğini ölçmek ve işletme sermayesinin yeterli olup olmadığını belirlemek için hesaplanan oranlar ile yapılan analizlerdir (Gider, 2004). Genel olarak bir sağlık kurumunun likidite oranları ne kadar yüksek ise o sağlık kurumunun kısa vadeli borçlarını ödeme yeteneği de o kadar yüksektir değerlendirilmesi yapılır (Cleverley, 1993: 31). Likidite oranları işletmenin nakit ihtiyacını ya da nakit gerekliliğini karşılayabilme yeteneğini göstermektedir. Çalışmada likidite oranlarından, cari oran, asit test oranı, nakit oranı ele alınmıştır.

Şekil 1. Likidite Oranlarının Gösterimi



Cari oran: Bu oran kısa vadeli borçların çok yakın gelecekte paraya çevrilmesi beklenen varlıklarla ne ölçüde karşılanabileceğini gösterir. Cari oran hesaplanmasındaki amaç, işletmenin kısa vadeli borçlarını ödeme kabiliyetini ölçmek ve net işletme sermayesinin yeterli olup olmadığını ortaya koymaktır (Çeçen, 2020). Hastane işletmeleri için cari oranın gelişmiş ülkelerde 2, gelişmekte olan ülkelerde de 1,5 olması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Oranın yüksek olması kısa vadeli borçların ödemesinin sağlıklı bir şekilde gerçekleşebileceğini göstermektedir. Ancak özellikle oranın 1 in altında olması kurumun kısa vadeli borçlarını ödemede zorluk yaşadığı anlamı taşımaktadır. (Cleverley, 1993; Demirtaş, 2016). Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi 0,2

seviyesinde olan cari oran afilyasyon sonrası 0,35 oranı seviyesine çıkarak artış göstermiş daha sonra yataya yakın bir seyir göstermiştir.

Asit Test Oranı: Bu oran özellikle stokların paraya çevrilemediği durumlarda, kurumun diğer dönen varlıkları kullanarak kısa vadeli borçları ödeyip ödeyemeyeceğini belirleyen bir orandır. Stokların likit özelliği en az olan varlıklar olması nedeniyle paraya dönüştürülmesi sırasında mali kayıp yaşanabilmektedir; bu da asit test oranını oldukça hassas hale getirmektedir (Gider, 2004). Asit test oranının gelişmiş ülkelerde 1, gelişmekte olan ülkelerde ise 0,65-0,80 arasında bir değer alması olumlu olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu oran cari oranla anlamlı olmaktadır, bu nedenle değerlendirilirken cari oranla birlikte göz önüne

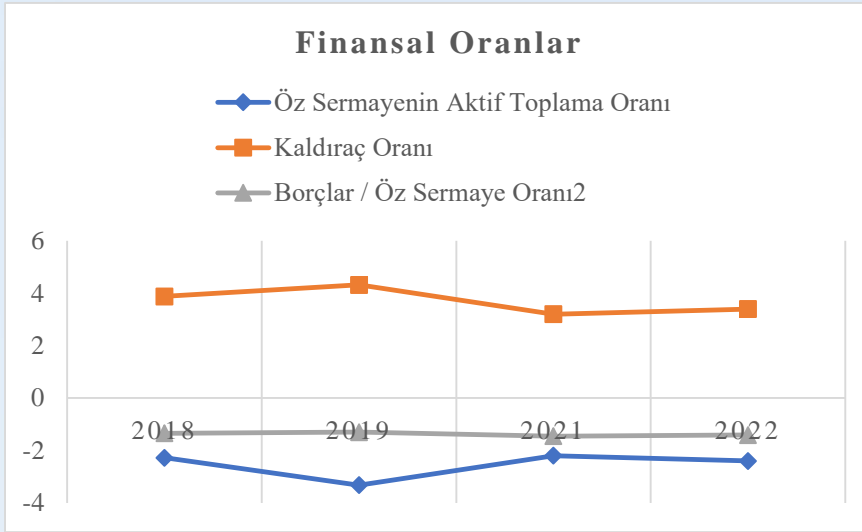
alınmalıdır (Ağırbaş, 2014: 76). Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi 0,10 seviyesinde olan asit test oranı afilyasyon sonrası 0,09 orasını seviyesine inerek azalış göstermiştir.

Nakit Oranı: Sağlık kurumunun kasa, banka ve serbest menkul değerler gibi hazır değerleri ile kısa vadeli borçlarını ödeyip ödeyemeyeceğini belirlemeye yaramaktadır. Kurumun hem stoklarını elden çıkaramaması hem de alacaklarını tahsil edememesi nedeniyle sıkıntı yaşadığı durumlarda, diğer bir deyişle firmanın satışlarının durması ve alacaklarını tahsil edememesi durumunda, kısa vadeli borçlarını ödeyip ödeyemeyeceği veya ne kadarını ödeyebileceği konusunda bilgi veren orandır (Akgüç, 1998: 35). Bu oranın 0,20'nin altına düşmemesi beklenmektedir. Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi 0,0007 seviyesinde olan nakit oranı afilyasyon sonrası 0,008 orasını seviyesine çıkararak artış göstermiştir.

#### 4. 2. Finansal (Mali) Yapı Oranları

İşletmenin finansmanında yabancı kaynaklardan ne ölçüde faydalandığını ortaya koyan oranlardır. Bu oranlar, işletmenin zarar etmesi veya gelecek dönemlerde beklenen nakit akımlarının gerçekleşmemesi halinde işletmenin yükümlülüklerini gerçekleştirebilmesi konusunda ipuçları verir (Akgüç, 1998: 32; Cleverley, 1993: 30). Çalışmada finansal yapı oranları altında, öz sermayenin aktif toplama oranı, kaldıraç oranı, borçlar/öz sermaye oranı ele alınmıştır.

Şekil 2. Finansal oranların gösterimi



Öz Sermayenin Aktif Toplama Oranı: Bu oran sağlık kurumunun varlıklarının ne kadarının öz kaynaklarla finanse edildiğini ne kadarının kurum sahip ve ortakları tarafından karşılandığını göstermektedir. Bu oran özellikle kredi sağlayanlara, kurumun mali gücünü göstermektedir. Oranın yüksek olması tercih sebebidir. Gelişmiş ülkelerde bu oranın %50 üzerinde olması beklenirken gelişmekte olan ülkeler için bu oran %50-55 arasındadır. Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi -2,88 seviyesinde olan öz sermayenin aktif toplama oranı afilyasyon sonrası -2,20 orasını seviyesine inerek azalış göstermiştir.

Kaldıraç Oranı: Sağlık kurumunun ne kadarının borç ve ne kadarının öz kaynaktan oluştuğunu gösteren orandır. Bu oranın %50'yi aşmaması olumlu olarak karşılanmaktadır. Bu

oranın %50'den yüksek olması kurumun borçlarının ödeyebileceğinden fazla olması ve ödemede mali olarak zor zamanlar yaşayacağı anlamını taşımaktadır. Aynı zamanda bu durum kredi verenler açısından emniyet marjının dar olduğu, kurumun borçlarını ödeyememe nedeniyle mali yönden sıkıntıda olduğunu göstermektedir (Akgüç, 1998; Cleverley, 1993; Demirtaş, 2016). Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi 3,38 seviyesinde olan kaldıraç oranı afilyasyon sonrası 3,20 orasını seviyesine inerek azalış göstermiştir.

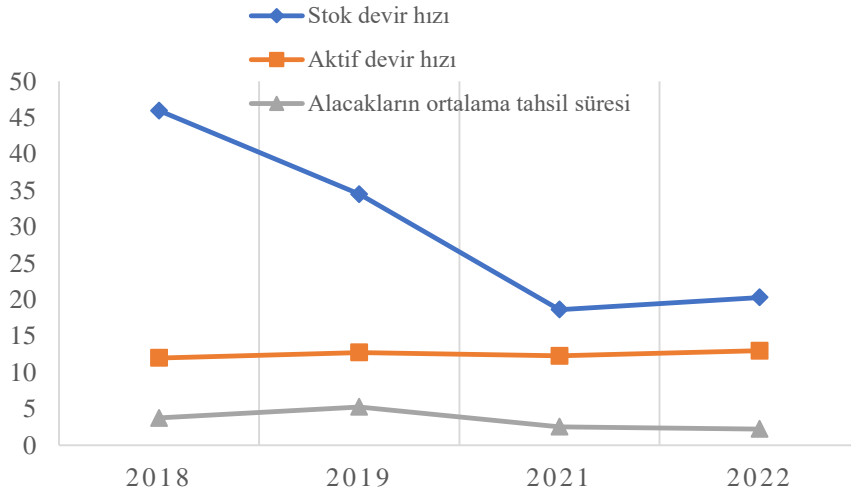
Borçlar / Öz Sermaye Oranı: Bu oran sağlık kurumunun borçlanma yoluyla sağladığı yabancı kaynak ile öz sermaye arasındaki ilişkiyi gösterir. Gelişmiş ülkelerde bu oran en fazla 1:1 olmalıdır. Bu oranın yetersiz olması yabancı kaynakların işletmeye daha fazla katkıda bulduklarını göstermektedir. Bu durum kurumun ciddi bir faiz yükünün altında bulunduğunu ve alacaklılar için emniyet marjının düşük olduğunu göstermektedir. Ayrıca kurum kredi alırken ek güvenceler göstermek zorunda kalabilir. Ani piyasa dalgalanmalarında kurum satışlarında duraklama yaşayabilmekte, bunun sonucu olarak da hem sermayesinin tamamını kaybetme hem de borçlarını vaktinde ödeyememe durumuna düşebilir. Bu oran kısa ve uzun vadeli yabancı kaynakların öz sermayeye oranlanmasıyla elde edilir (Cleverley, 1993; Demirtaş, 2016; Gider, 2004). Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi -1,34 seviyesinde olan borçların öz sermayeye oranı afilyasyon sonrası -1,45 orasını seviyesine inerek azalış göstermiştir.

#### 4. 3. Faaliyet (Verimlilik) Durum Oranları

Bu oranlar, sağlık kurumlarının hizmet üretim sürecinde varlıklarını ne kadar etkili ve verimli kullandığını gösteren ve bu kapsamda değerlendirme yapmaya yardımcı olan oranlardır. Bu ölçülere göre aktiflerini faydalı bir şekilde kullanan işletmelerin etkinliği ortaya çıkmaktadır (Cleverley, 1993: 33). Çalışmada faaliyet oranlarından, stok devir hızı, aktif devir hızı, alacakların ortalama tahsil süresi ele alınmıştır.

Şekil 3. Faaliyet Durum Oranları

### Faaliyet Durum Oranları



Stok Devir Hızı: Sağlık kurumları için stokların ne kadar sürede yenildiğini gösteren oran olarak kabul edilebilmektedir. Bu oran stokların ortalama ne kadar süre içerisinde hizmet üretimine katıldıklarını belirtir, bir diğer şekilde stokların belli bir süre içerisinde kaç defa yenildiğini gösterir (Çeçen, 2020). Yani stokların likiditesi hakkında iyi bir göstergedir. Stok devir hızının artması stokların etkin bir şekilde kullanıldığını göstermektedir. Sağlık kurumlarında stok devir hızının yüksek olması istenmektedir. Aynı zamanda kâr elde etmesine olanak vermektedir ve kurumun belirli bir iş hacmine ulaşması için gerekli finansmanın sağlanmasına yardımcı olmaktadır. Stok devir hızının yüksekliği firmaya rekabet avantajı da sağlamaktadır. Her ne kadar stok

devir hızı için standart olarak belirlenen bir oran bulunmasa da, hastane endüstrisinde bu oranın 50 olması kabul edilebilir (Ağırbaş, 2014; Akgüç, 1998; Gider, 2004). Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi 45,98 seviyesinde olan stok devir hızı oranı afilyasyon sonrası 18,65 orasını seviyesine inerek azalış göstermiştir.

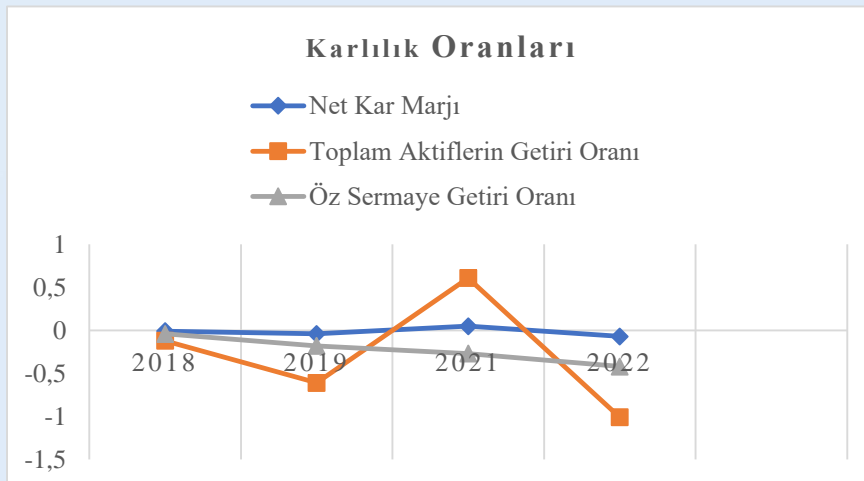
Aktif Devir Hızı: Kurumun sahip olduğu varlıkların verimliliğini, etkinliğini değerlendirmede kullanılmaktadır. Kurumda sermaye yoğun teknoloji kullanımını göstermektedir. Diğer bir deyişle varlık kullanımının bir göstergesidir. Aktif devir hızı kurumlarda verimlilik ve kârlılığı belirleyen en önemli etmenlerden biridir. Bu oranın yüksek olması riskin düşük, öz kaynak kullanımının verimli ve kârlılığın fazla olduğu anlamına gelirken, oranın düşük olması kurumun atıl kapasite ile çalıştığı, kapasitesinin altında hizmet verdiği ve riskli algılanması anlamına gelebilmektedir. Hastane işletmelerinde bu oranın 1 seviyesinde olması beklenir (Ağırbaş, 2014; Akgüç, 1998; Cleverley, 1993). Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi 12 seviyesinde olan aktiflerin devir hızı oranı afilyasyon sonrası 12,29 orasını seviyesine artış göstermiştir.

Alacakların Ortalama Tahsil Süresi: Sağlık kurumundaki hizmet sunum faaliyetlerinin devamlılığı için önem arz etmektedir. Hizmet sunum sonucu oluşan ticari alacağın faaliyet dönemi içerisinde ortalama kaç günde tahsil edileceğini gösterir. Türkiye’de sağlık kurumları için en önemli geri ödeme kurumu Sosyal Güvenlik Kurumudur ve kendi belirlediği politikalarla ödemeyi gerçekleştirmektedir (Ağırbaş, 2014: 89). ABD hastanelerinde bu süre 57 gündür ve aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır (Cleverley, 1993: 495). Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi 3,76 seviyesinde olan alacakların ortalama tahsil süresi oranı afilyasyon sonrası 2,55 orasını seviyesine inerek azalış göstermiştir.

#### 4.4. Kârlılık Oranları

Faaliyetler sonucunda ulaşılan başarıyı ölçmeye yarayan oranlardır. Sağlık kurumunun faaliyetleri sonucunda ne oranda kâr zarar ettiğini değerlendirmede kullanılan oranlardır. Başarı ölçütü kabul edildiği için bu oranların yüksek çıkması olumlu olarak değerlendirilir. Kârlılık oranlarının genel kabul görmüş değerleri bulunmamaktadır. Sağlık sektörü ortalaması, diğer sağlık kurumlarının oranları, kurumun geçmiş yıllar oranları ve kurumun hedefleri ile karşılaştırılarak değerlendirme yapılır (Akgüç, 1998: 62; Cleverley, 1993: 32). Çalışmada kârlılık oranlarından, net kâr marjı, toplam aktiflerin getiri oranı, öz sermaye getiri oranı ele alınmıştır.

Şekil 4. Kârlılık Oranları



Net Kâr Marjı: Net satışların kârlılık yüzdesini veren orandır. Bu oranda dönem kârı üzerinden, ilgili mevzuat hükümlerine göre hesaplanan vergi ve yasal yükümlülükler dâhil bütün giderler karşılandıktan sonra net kâr elde edilmektedir. Bu oranın yüksek olması veya yükselme eğilimi göstermesi kurum adına olumlu yorumlanmaktadır. Oranın yüksek çıkması olumlu olarak değerlendirilmektedir. ABD hastanesinde bu oran 0,027 civarındadır ve oran, net kârın net satışlara bölünmesiyle elde edilir (Akgüç, 1998: 72; Cleverley, 1993: 492; Gider, 2004). Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi 0,009 seviyesinde olan net kâr marjı afilyasyon sonrası 0,05 orasını seviyesine inerek azalış göstermiştir.

Toplam Aktiflerin Getiri Oranı: Bu oran kurumun yapmış olduğu yatırımın kârlılığını yani sağlık kurumundaki dönen ve duran varlıkların sağlık hizmeti sunulurken ne kadar

kurumun yapmış olduğu yatırımın kârlılığını yani sağlık kurumundaki dönen ve duran varlıkların sağlık hizmeti sunulurken ne kadar



verimli kullanıldıklarını belirler. Bu oran aynı zamanda kurumun yatırımlarını da kapsadığı için yatırımların kârlılığını da göstermektedir. Bu oranın yüksek çıkması olumlu olarak değerlendirilir, yani oran yüksek ise sağlık kurumu varlıklarını verimli ve etkili şekilde kullanmaktadır yorumu yapılabilmektedir. ABD hastanelerinde bu oran 0,038 civarındadır. (Cleverley, 1993: 492; Demirtaş, 2016; Gider, 2004). Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi -0,12 seviyesinde olan toplam aktiflerin getiri oranı afilyasyon sonrası 0,66 orasını seviyesine çıkarak artış göstermiştir.

Öz Sermaye Getiri Oranı: Oran sağlık kurumuna, yatırımcıları tarafından sağlanan öz kaynakların her birimine düşen kâr payını göstermektedir. Bu nedenle ortaklar oranın yüksek çıkmasını istemektedir. Burada dikkat edilmesi gereken husus kurumun öz sermayesinin net olarak belirlenebilmesidir. Öz sermaye, net varlık toplamı ile borçları arasındaki olumlu farktır. Bu oran sayesinde yıllar itibariyle kurum kârlarında ortaya çıkan değişimler izlenebilmektedir. Bir kurumun öz sermaye kârlılığının artırılabilmesi için kâr marjının yükselmesi, öz sermaye devrinin hızlanması ya da hem kâr marjının hem de öz sermaye devir hızının olumlu yönde değişmesi gerekmektedir. Ayrıca eğer bir firmanın kârlılık oranı yüksek görülse dahi, firma sermayesini daha kârlı bir şekilde kullanmak olanağına sahip ise bu durum yeterli bir sonuç olarak yorumlanmamalıdır. Oran net kârın öz sermayeye bölünmesi ile hesaplanır. Bu oran ABD hastanelerinde 0,074 civarındadır (Cleverley, 1995). Tabloda da görüldüğü üzere afilyasyon öncesi-0.04 seviyesinde olan öz sermaye getiri oranı afilyasyon sonrası -0,16 orasını seviyesine inerek azalış göstermiştir.

## 5. Sonuç

Yapılan değerlendirmeler sonucunda hastanenin afilyasyon öncesi ve sonrası finansal durumlarının karşılaştırılmasında özellikle verimlilik oranları açısından iyileşmelerin olduğu gözlemlenmiştir. Net kâr marjı ve toplam aktiflerin getiri oranı açısından afilyasyondan sonraki yılda önemli bir başarı sağlanmış olsa da 2022 yılında afilyasyon önceki duruma döndüğü gözlemlenmiştir. Likidite oranları ve finansal yapı oranları açısından bakıldığında ise; afilyasyon protokolünün hastanenin finansal performansına önemli bir katkı yapmadığı ifade edilebilir.

Ülkemizde kamu hastanelerinin afilyasyon yoluyla birleşme politikasının temel gerekçelerine bakıldığında, bu çalışmada ele alınan hastane bakımından kapasite kullanımının yüksek olması, faaliyet (verimlilik) oranları bakımından iyileşmelerin görülmesi afilyasyon politikasının finansal açıdan kısmen olumlu sonuçlar getirdiğini gösterebilir. Fakat, çalışmadaki bu hastane özelinde borç unsurlarının çokluğu, likit varlıkların zayıflığı ve kar/zarar dengesindeki bozukluklar kamu hastanelerine daha farklı politik-ekonomik yaklaşımların gerektiğine de işaret edebilir. Elbette ki afiliye olan diğer hastanelerin finansal durumunun daha geniş çalışmalarla ortaya konulması daha objektif değerlendirmelere imkân verecektir.

## Kaynakça

1. Ağırbaş, İ. (2014). *Sağlık Kurumlarında Finansal Yönetim ve Maliyet Analizi (S. Kitapevi (ed.))*.
2. Ahgren, B., & Axelsson, R. (2005). *Evaluating integrated health care: a model for measurement. International Journal of Integrated Care, 5(3), 31. https://doi.org/10.5334/IJIC.134*
3. Akgüç, Ö. (1998). *Finansal Yönetim. İstanbul: Muhasebe Enstitüsü. 6.*
4. Barret, J. (2008). *The Evolving Organizational Structure of Academic Health Centers: The Case of the University of Florida. Acad Med 2008, 8.*
5. Bektür, G., Taşçı, A., & Gökhan, A. (2016). *Eğitimde Farklı Bir Makro Organizasyon Modeli Olarak Sağlık Bilimleri Üniversitesi. JAREM, 6, 203–209.*
6. Bilir, F. (2018). *Afilyasyonun Tıpta Uzmanlık Öğrenci Eğitimine Etkisi. Journal of Human Rhythm, 4(4), 165–168.*
7. Bilir, F., Köse, E., & Kaçal, Z. (2018). *Afilyasyon Kapsamında Eğitim Gören Tıp Öğrencilerinin Memnuniyet Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin İncelenmesi. Journal of Human Rhythm, 4(1), 59–66.*
8. Çeçen, Z. (2020). *Üniversite Döner Sermaye İşletmelerinin Finansal Performansının Tespit Edilmesine Yönelik Bir Araştırma.*
9. Çinibulak, M. (2020). *Finansal ve Örgütsel Performans Perspektifi ile Afilyasyon Süreci Yaşayan Kamu Hastanelerinin Değerlendirilmesi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.*
10. Cleverley, W. O. (1993). *The 1993 Almanac of Hospital Financial & Operating Indicators. The Center for Healthcare Industry Performance Studies (CHIPS).*
11. Cleverley, W. O. (1995). *Center for Healthcare Industry Performance Studies.*
12. Demirtaş, M. (2016). *Bir Sağlık Bakanlığı Hastanesinin Afilyasyon Öncesi ve Sonrası Finansal Performans Analizi. Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi.*
13. Freeman, T. (2002). *Using Performance Indicators to Improve Health Care Quality in the Public Sector: A Review of the Literature. Health Services Management Research, 15(2), 126–137.*
14. Gazete, R. (2013). *Sayıli Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği, 2015 Sağlık Hizmetleri Fiyatı Listesi.*

15. Gider, Ö. (2004). Hastanelerde İndirgenmiş Nakit Akımı Yöntemi ile Firma Değerinin Tespiti ve Ekonomik Katma Değer (EVA) Yöntemine Göre Finansal Performansın Değerlendirilmesi. Hacettepe Üniversitesi.
16. Gider, Ö. (2011). Ekonomik Kriz Dönemlerinin Özel Hastanelere Etkileri: Bir Özel Hastanenin Oran Analizleri Yöntemiyle Finansal Performansına Bakış. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Öneri Dergisi, 9(36), 87–103. <http://search/yayin/detay/135813>
17. Hassan, M. (2008). *Financial Analysis for Health Care Organizations*. England: John Wiley & Sons. 1–500.
18. Lyngso, A. M., Godtfredsen, N. S., & Frolich, A. (2016). *Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System*. *International Journal of Integrated Care*, 16(1), 1–10.
19. Özgülbaş, N., Koyuncugil, A. S., Duman, R., & Hatipoğlu, B. (2008). Özel Hastane Sektörünün Finansal Değerlendirmesi. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, 40, 120–131.
20. Resmi Gazete. (2018). Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.
21. Resmi Gazete. (2020). Sağlık Bakanlığına Ait Kurum ve Kuruluşlar ile Devlet Üniversitelerinin İlgili Birimlerinin Birlikte Kullanımı ile İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.
22. Shortell, S., Gillies, R., Anderson, D., Erickson, M., & Mitchell, J. (1996). *Remaking Health Care in America: Building Organized Delivery*. San Francisco: Jossey- Bass Publishers.
23. Sonğur, C., & Babacan, A. (2016). Sağlık Hizmetlerinde Afiliasyon Ve Mali Yönetim Üzerine Etkisi. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 14(4), 2016. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.11611/yead.234693>
24. Temel, Ş. (2017). Üniversiteler ile Birlikte Kullanım ve İşbirliği Protokolü İmzalayan Sağlık Bakanlığı'na Bağlı Hastanelerin Etkinliğinin Ölçülmesi. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
25. Topçu, T., & Özata, M. (2022). Sağlık Çalışanlarının Afiliasyon Uygulamasına Yönelik Tutumlarının Araştırılması: Kırşehir ve Bolu Örneği. *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 8(1), 113–131. <https://doi.org/10.31592/aeusbed.1030659>
26. Uğurluoğlu, Ö. (2015). Üniversite Hastanelerinde Uygulanan Organizasyon Yapılarının Değerlendirilmesi. *İşletme Bilimi Dergisi*, 3, 52–63.
27. Ülgen, H., & Mirze, S. K. (2010). *İşletmelerde Stratejik Yönetim (B. Yayıncılık (ed.))*.
28. Ülger, N., Baldemir, E., & Battaloğlu İnanç. (2016). *Employee Satisfaction in Hospitals with Afilasyo; Sample of Training and Research Hospital of University of Muğla Sıtkı Koçman*. *Journal of Clinical and Analytical Medicine (JCAM)*, 6, 166–173.
29. Yılğör, E. (2006). 7. Tıpta Uzmanlık Eğitimi Kurultayı. 24–31.
30. Yüreğir, O., & Nakıboğlu, G. (2007). Performans Ölçümü ve Ölçüm Sistemleri: Genel Bir Bakış. Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16(2).
31. Yürümez, Y., Yücel, M., & Ercan, B. (2018). Türkiye'deki Afiliasyon Modelleri. *Journal of Human Rhythm*, 4(1), 37–43.
- 32.

## Örgütsel Sapma ve Nezaketsizlik Davranışları İlişkisinde İşyerinde Dışlanmanın Aracı Rolü: (Sağlık Kurumlarında Bir Araştırma)

Ersin KARADENİZ<sup>2</sup>, Dilaver TENGİLİMOĞLU<sup>3</sup>, Salih SARIALP<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Afyon Kocatepe Üniversitesi

<sup>2</sup>Ahmet Yesevi Üniversitesi

<sup>3</sup>Atılım Üniversitesi

Sorumlu Yazar: salihalp38@gmail.com

Örgütlerde çalışanların uyum içinde çalışması, kendilerini güvende hissetmeleri ve performans kaybı yaşamamaları önemlidir. Bu sebeple araştırmanın temel problemini; örgütsel sapmanın nezaketsiz davranışlar ile ilişkisinde dışlanmanın aracı rolü var mıdır? sorusu oluşturmaktadır. Araştırmanın amacı ise örgütsel sapma ve nezaketsizlik davranışları ilişkisinde iş yerinde dışlanmanın aracı rolünün incelenmesidir. Bu çalışmada Giresun'da bir eğitim ve araştırma hastanesinde görev yapan 335 hastane çalışanı yer almıştır. Çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden açıklayıcı araştırma yöntemi kullanılmıştır. Çalışmada veri toplama aracı olarak anket tekniğinden faydalanılmıştır. Anket 4 bölümden meydana gelmektedir. Birinci bölüm katılımcıların kişisel bilgilerini belirlemek üzere 5 bölümden oluşan sosyo - demografik bilgi formundan oluşmaktadır. İkinci bölüm katılımcıların Örgütsel Sapma düzeylerini ölçmek amacıyla oluşturulan ve 19 ifadeden oluşan Gültaş (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Bennett ve Robinson (2000) in "Örgütsel Sapma Anket Formu" kullanılmıştır ve ölçek iki boyuttan oluşmuştur. Üçüncü bölümde katılımcıların İşyeri Nezaketsizliği düzeylerini ölçmek amacıyla oluşturulan ve 7 ifadeden oluşan Polatçı ve Özçalık (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Ferris ve arkadaşları (2008)'nin "İşyeri Nezaketsizliği Anket Formu" kullanılmış olup ölçek iki boyuttan meydana gelmiştir. Son bölümde ise katılımcıların işyerinde dışlanma düzeylerini ölçmek amacıyla oluşturulan ve 13 ifadeden oluşan Keklik, Saygın ve Kara (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Cortina ve arkadaşları (2001)'nin "İşyerinde Dışlanma Anket Formu" kullanılmıştır. İş yerinde dışlanma ölçeği ise iki boyuttan oluşmaktadır. Çalışmadan elde edilen temel bulgulara göre katılımcıların %35.5'i (n=119) erkek, %64.5'i (n=216) kadınlardan oluşmaktadır. Bu iş yerinde çalışma süresi 1 yıl ve altı olanlar toplam katılımcıların %10.4'ünü (n=35), 1-5 yıl aralığında olanlar %21.5'ini (n=72), 6-10 yıl aralığında olanlar %20.9'unu (n=70), 11-15 yıl olanlar ile 16 yıl ve üzeri olanlar ise aynı oranda ve sayıda %23.6'sını (n=79) oluşturmaktadır. Elde edilen bulgulara göre, Örgütsel sapmanın, nezaketsizlik davranışları üzerine etkisini ve bu etkide iş yerinde dışlanmanın aracılık rolünü açıklamak amacıyla Baron ve Kenny'in önerdiği dört aşamalı yaklaşımı çerçevesinde çeşitli regresyon analizleri uygulanmıştır. Regresyon analizi sonuçları; birinci adımda örgütsel sapmanın nezaketsizlik davranışı üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisinin ( $\beta = .445, p < .01$ ) olduğunu, ikinci adımda örgütsel sapmanın iş yerinde dışlanma üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisinin ( $\beta = .207, p < .01$ ) olduğunu, üçüncü adımda iş yerinde dışlanmanın nezaketsizlik davranışı üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisinin ( $\beta = .976, p < .01$ ) olduğunu göstermiştir. Son adımda ise örgütsel sapmanın ve iş yerinde dışlanmanın birlikte nezaketsizlik davranışlarının üzerindeki etkilerine bakıldığında, örgütsel sapmanın nezaketsizlik davranışı üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisinin ( $\beta = .256, p < .01$ ) olduğu ve iş yerinde dışlanmanın nezaketsizlik davranışı üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisinin ( $\beta = .912, p < .01$ ) olduğunu göstermiştir. Başka bir ifade ile açıklamak gerekirse, aracı değişken modele eklendiğinde, örgütsel sapmanın, nezaketsizlik davranışı üzerindeki etkisi  $\beta = .445 (p < .01)$  değerinden  $\beta = .256 (p < .01)$  değerine azalarak istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkisini devam ettirmiştir. Bu bulgular örgütsel sapma ve nezaketsizlik davranışları arasındaki ilişkide iş yerinde dışlanmanın kısmi aracılık etkisi olduğunu göstermiştir. Yani örgütsel sapmanın iş yerinde dışlanmayı arttırdığı ve iş yerinde dışlanmanın da nezaketsizlik davranışını arttırdığı doğrulanmıştır. Sobel testinin hesaplanması sonucunda, aracılık etkisinin istatistiksel olarak anlamlı ( $Z = 4.057, p < .05$ ) olduğu bulunmuştur. Görülmüştür ki iş yerinde örgütsel sapma ve nezaketsiz davranışlara maruz kalan çalışanlar hem kendini örgütten soyutlayabilmektedir hem de dışlanma davranışlarına maruz kalmaktadır. Dolayısıyla örgütlerde çalışanların dışlanma korkusu ile karşı karşıya kalmamaları için yöneticilerin çalışanlarla açık ve iyi bir iletişim kurmaları gereklidir. Yine çalışanlarında kendi aralarındaki iletişim becerilerini geliştirmek gerekir. Bunun için örgüt çalışanlarının birbirini daha yakından tanımasını sağlayacak ve bireyler arası etkileşimi artıracak etkinlikler düzenlenebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Örgütsel Sapma, Nezaketsizlik, Dışlanma

### The Mediating Role of Workplace Exclusion in The Relationship Between Organizational Deviance And Uncivil Behaviors: (A Study in Healthcare Institutions)

In organizations, employees need to work in harmony, feel secure, and not experience a loss in performance. Therefore, the research's fundamental question is whether workplace exclusion mediates the relationship between organizational deviance and uncivil behaviors. The research examines the mediating role of workplace exclusion in the relationship between organizational deviance and incivility behaviors in the workplace. This study involved 335 hospital employees from a research hospital in Giresun. It utilized a quantitative research approach, specifically descriptive research, employing a questionnaire as the data collection tool. The questionnaire comprises four sections, including a socio-demographic form (5 sections) to collect personal information. Section two employed Bennett and Robinson's (2000) "Organizational Deviance Questionnaire," adapted into Turkish by Gültaş (2019), consisting of 19 statements measuring organizational deviance across two dimensions. The third section used Polatçı and Özçalık's (2013) adaptation of Ferris et al.'s (2008) "Workplace Incivility Questionnaire," with seven statements measuring workplace incivility across two dimensions. The final section employed Keklik, Saygın, and Kara's (2013) Turkish adaptation of Cortina et al.'s (2001) "Workplace Exclusion Questionnaire," with 13 statements measuring workplace exclusion across two dimensions. Based

on the primary findings obtained from the study, participants are comprised of 35.5% males (n=119) and 64.5% females (n=216). Regarding the duration of employment at the workplace, those with less than 1 year of experience account for 10.4% of the total participants (n=35), while those with 1-5 years of experience make up 21.5% (n=72). Participants with 6-10 years of experience constitute 20.9% (n=70), and those with 11-15 years of experience, as well as those with 16 years and above, both equally represent 23.6% (n=79). The obtained findings led to the application of various regression analyses within the framework of Baron and Kenny's four-step approach to elucidate the impact of Organizational Deviance on Uncivil Behaviors and the mediating role of workplace exclusion in this relationship. The results of the regression analysis revealed the following: In the first step, it was found that Organizational Deviance had a significant positive effect on Uncivil Behaviors ( $\beta = .445, p < .01$ ). In the second step, Organizational Deviance significantly positively affected workplace exclusion ( $\beta = .207, p < .01$ ). In the third step, workplace exclusion significantly positively affected Uncivil Behaviors ( $\beta = .976, p < .01$ ). In the final step, when examining the combined effects of Organizational Deviance and workplace exclusion on Uncivil Behaviors, it was observed that Organizational Deviance continued to have a significant positive effect ( $\beta = .256, p < .01$ ), and workplace exclusion also had a significant positive effect ( $\beta = .912, p < .01$ ). In other words, when the mediating variable was introduced into the model, the impact of Organizational Deviance on Uncivil Behaviors decreased from  $\beta = .445 (p < .01)$  to  $\beta = .256 (p < .01)$  while still maintaining statistical significance. These findings indicated a partial mediation effect of workplace exclusion in the relationship between Organizational Deviance and Uncivil Behaviors. In essence, it was confirmed that Organizational Deviance increased workplace exclusion, and workplace exclusion, in turn, increased Uncivil Behaviors. The Sobel test results demonstrated that the mediation effect was statistically significant ( $Z = 4.057, p < .05$ ). Exposure to workplace organizational deviance and incivility can lead to employee disengagement and exclusion. To mitigate these issues, managers should prioritize open communication, and employees should enhance their interpersonal skills by fostering closer relationships within the organization.

**Keywords:** Organizational Deviance, Incivility, Exclusion

## 1. Giriş

Örgütsel sapma, kendilerine hayat veren, farklı amaçlarla bir arada bulunan bireylerin bir araya gelerek oluşturdukları örgütlerde, olumsuz davranışların farklı nedenlerle ortaya çıkarak organizasyonu gönüllü olarak sabote etmesi şeklinde ifade edebiliriz. Bu nedenlerden biri bireyin veya bireylerin işe bilerek geç olarak gelmesi aykırı davranışlardan biri olarak görülmektedir. Bu davranışlar, hangi şart ve zamanda bulunmasına bakılmaksızın organizasyonlarda maddi ve manevi ciddi problemlere neden olabileceği düşünülebilir (Marasi vd., 2018; Jahanzeb vd., 2023). Örgütsel sapmayı etkileyebileceği veya etkilenebileceği bazı kaynaklarda bulunmaktadır: Bu kaynaklar iş yeri nezaketsizliği ve iş yerinde dışlanmadır. Nezaketsizlik, çalışma hayatının yoğunluğu ile birlikte bireylerin yaşam standartlarını düşürmemek için kendilerini zora koşmaları gibi faktörlerden dolayı iş ortamlarında bireyler hoş karşılanmayacak davranışlar yapabilmektedirler. Çalışanların saygı çerçevesinde kabul görmeyen düşük yoğunluklu davranışlar sergilemesi ilk zamanlarda dikkat edilmese bile ilerleyen zamanlarda önüne geçilemeyecek davranışlara sebebiyet verebilir. Dışlanma ise örgüt içerisinde olumsuz davranışları sergileyen bireylerin, diğer üyeler tarafından sosyal reddedilme yaşatılarak kişilerin zihinsel ve manevi olarak yıpratılması olarak söyleyebiliriz. Ancak bu durum organizasyona ve örgütün diğer üyelerine zarar vermesi olasıdır (Peng and Zeng, 2017; Zafar and Mahmood, 2022). Dolayısıyla da sağlık kurumları, yapısı gereği birçok farklı meslek grubunun profesyonel olarak bir arada olduğu örgütlerdir. Örgütlerin sürdürülebilirliği ve devamlılığı açısından bir arada bulunan bireylerin uyumu önemlidir. Ancak bireyler arasındaki uyum, farklı nedenlere bağlı olarak her zaman mümkün olmayabiliyor. Bu durum hem bireye hem çalışma arkadaşlarına hem de örgüte ciddi zararlar verebilir. Bu araştırmanın temel problemini; örgütsel sapmanın nezaketsiz davranışlar ile ilişkisinde dışlanmanın aracı rolü var mıdır? sorusu oluşturmaktadır.

## 2. Kavramsal Çerçeve

Araştırmada kullanılacak olan değişkenler; örgütsel sapma, nezaketsizlik davranışı ve iş yerinde dışlanma hakkında literatür incelenerek araştırma ile ilgili bölümler açıklanmaya çalışılmıştır.

### 2.1. Örgütsel Sapma

Örgüt çalışanları tarafınca değerli örgütsel normların çiğnenmesi ile beraber örgütün ve/veya çalışanların huzurunun bozulması olarak gönüllü ve hevesli yapılan eylemlerdir (Vardi ve Wiener, 1996; Robinson ve Bennett, 1995). Bu eylemler; örgüt ve/veya çalışanlarına zarar verebilecek sorumluluktan kaçınma veya gönüllü olarak yanlış yapma, mental veya fiziksel saldırı, gasp gibi davranışlardır (Spector ve Fox, 2002). Bu sebeple hangi davranış veya davranışların örgütsel sapma olarak görüleceğinin belirlenmesi adına örgüt için temel ilke ve kuralların ortaya konulması ve bunların benimsetilmesi gerekmektedir (Robinson ve Bennett, 1995).

Örgüt içinde meydana gelen her olumsuz davranışta, zararın kime veya nereye olduğuna bakılmaksızın o davranış örgütsel sapma davranışı olarak nitelendirilmeyebilir. Hangi eylemin ise örgütsel sapma şeklinde nitelendirileceğini belirlemek amacıyla bu davranış çeşitlerinin iyi belirlenmesi gerekmektedir. Örgütlerde sapma hareketlerinin belirlenmesi adına ilk olarak yapılması gereken de davranışın sonucundan çok kendisine dikkat edilmesidir (Gruys ve Sackett, 2003).

Örgütsel sapma davranışları üzerinde bazı faktörlerin etkisi bulunmaktadır. Vardi ve Wiener (1996) tarafından yapılmış çalışma da bu faktörler bireysel ve örgütsel olarak ikiye ayırmaktadır. Bireysel faktörler; kişilik özellikleri, örgütün değerleriyle uyumu, sorumlulukların içselleştirilmesi, iş tatmini şeklinde ifade edilirken örgütsel faktörler; fırsatların yaratılması, kontrol sisteminin oluşturulması, organizasyon kültürünü benimseme, örgüte sadakat ve hedeflere bağlılık olarak söylenebilir.

2.2. Nezaket, Nezaketsizlik ve İş Yeri Nezaketsizliği

Nezaketsizlik; bireylerin, başka bireylerin ve karşısındakilerin duygularını ve değerlerini dikkate alarak saygılı, onurlu ve incelikli davranmaktır (Kumral ve Çetin, 2016). Nezaketsizlik ise, KİŞİLERİN, başkalarına karşı olumsuz, kaba, vurdumduymaz davranışları yapma ve ilişkilerde saygı normlarına dikkat etmemeleri olarak tanımlanabilir (Andersson ve Pearson, 1999).

İş yeri nezaketsizliği çalışanların arkadaşları ile olumlu iletişim kurabilmesi, huzurlu bir çalışma ortamı oluşturması ve çalışma arkadaşının gözünden bakabilmeyi içeren davranışları içerir (Işıkkay ve Taslak, 2021). İş yeri nezaketsizliği ise iş yerinde kabul edilen saygı normlarını ihlal eden, amacı net belli olmayan, olumsuz içerikli davranışlardır (Andersson ve Pearson, 1999, s.457). Pearson ve Porath (2009) 'a göre iş yeri nezaketsizliği şu şekillerde örneklendirilebilir; İnsanlara hakaret etmek, küçük düşürücü ifadeler kullanmak, dinlemede isteksiz olmak, onları görmezden gelmek, diğer bireylerin çabalarını umursamamak, örgüt içerisindeki arkadaşları hakkında olumsuz konuşmak, profesyonellikten uzaklaşmak, bilgi paylaşımında bulunmamak, iletişim kurmamak, sosyal ortamda bulunduğumuzu unutup aykırı hareketlerde bulunmak olarak verilebilir (Kumral ve Çetin, 2016; Özcan, 2022).

Eylemin ilk yapıldığı anda dikkat edilmeyen ancak sonrasında daha yıkıcı ve agresif davranışlara sebep olabilecek iş yeri nezaketsizliğinin önlenmesi için ve bu davranışların ortaya çıkmasında etkili olan faktörlerin neler olduğunun belirlenmesi önemlidir (Özcan, 2022). İş yeri nezaketsizliğine birçok faktör sebep olabilir. Bu faktörleri bireysel ve örgütsel olarak söyleyebiliriz. Bireysel faktörler, yapılan araştırmalarla çalışanların sahip oldukları bireysel niteliklerin (bireyin kendini kontrol etmemesi, olumsuz düşüncelere sahip olması, demografik özellikler vb.) nezaketsiz davranışlar sergilemelerini etkilediği belirtilmektedir (Pearson ve Porath, 2005). Örneğin Cortina ve arkadaşları (2022) tarafından cinsiyet üzerine yapılmış bir araştırmaya göre kadınların hassas özellikleri dolayısıyla nezaketsiz davranışlarla daha fazla karşılaştıkları görülmektedir. Örgütsel faktörler ise, organizasyonun yapısı, kültürü, yöneticilerin tutum ve davranışları, ilkeler, kurallar ve prosedürler, çalışma koşullarındaki değişkenlikler, çalışma koşulları gibi örgütsel faktörler çalışanların nezaketsiz davranışlarda bulunmasına sebep olmaktadır (Özcan, 2022). Örneğin yapıcı örgütlerde olumsuz, istenilmeyen davranışlarla daha az karşılaşılırken, saldırgan savunmacı ve pasif savunmacı örgütlerde, yöneticilerin çalışanlara ve çalışanların da birbirlerine genellikle nezaketsiz davrandıkları gözlemlenmiştir. (Özgener, 2016).

### 2.3. Dışlanma ve İş Yeri Dışlanma

Sosyal bir varlık olan birey, yaşamları boyunca istemli veya istemsiz bir şekilde gruba dahil olurlar. Bu sebeple günün önemli bir bölümünü iş yerinde geçiren çalışanlar, iş ortamında sosyalleşme ihtiyacını gidermeye çalışırlar. Çalışma hayatının dinamik yapısından dolayı değişimlerin hızlı olması, zaman zaman çalışanların birbirleri arasında veya örgütle olan iletişimde birçok problemin ortaya çıkmasına da zemin oluşturmaktadır. Bu sorunların başında da iş yerinde dışlanma gelmektedir.

Dışlanma, örgüt içerisinde bulunan bireyin, farklı nedenler dolayısıyla görmezden gelindiğini algılama derecesi olarak açıklanabilir (Ferris vd., 2008). İş yerinde dışlanma ise bir çalışanın başka bir çalışan tarafından iletişimin ve etkileşimin kesilmesi yani olumlu ilişkiler kurma, işte başarının engellenmesi veya olumlu bir itibar kazanma açısından sorunlar üretilmesi ile bireyin dışlanması, ya da yok sayılmasıdır (Hitlan, Clifton ve DeSoto, 2006).

Nezlek, Wesselmann, Wheeler ve Williams (2015) dışlanmayı farklı şekillerde tanımlar: Yoğun bir ortamda yok sayılma veya sosyal dışlanma; kişinin kendini soyutlaması fiziksel dışlanma ve dijital ortamlardan ayrılması ise siber dışlanma olarak ifade edilir. Yine Robinson ve Schabram (2017), iş yerinde dışlanmayı kişisel dışlama ve görev dışlaması olmak üzere 2 kısımda incelemiştir. Kişisel dışlama; örgütte bulunan bireylerin ortamlardan dışlanması, sosyal ortamlara veya etkinliklere davet edilmemesidir. Görev dışlaması ise; örgüt içerisinde dışlanmaya maruz kalan personelin etkileşimlere, davetlere veya projelere davet edilmemesi anlamına gelir (Bayrakçı, 2022).

## 3. Yöntem

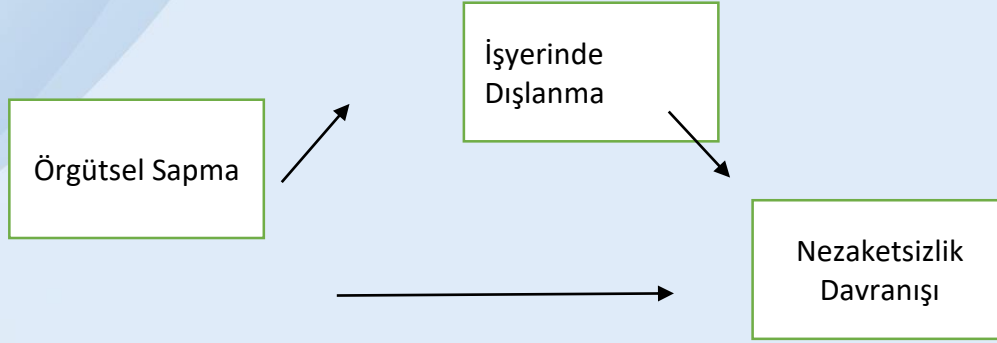
### 3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı, Giresun ilinde hizmet vermekte olan bir eğitim araştırma hastanesinde hizmet veren sağlık çalışanlarının örgütsel sapma dolayısıyla nezaketsizlik davranışlarına etkisinin araştırılması ve varsa bu etkide iş yerinde dışlanmanın aracı rolünün araştırılmasıdır.

Örgütlerde çalışan personellerin kendilerini rahat ve güvende hissetmeleri, performans kaybı yaşamamaları için uyum içinde çalışmalıdır. Bu nedenle sağlık kurumlarında örgütsel sapmanın nezaketsizlik davranışlarını etkileme sürecinde işyerinde dışlanmanın aracılık etkisinin araştırıldığı bu çalışma, kurum içi çatışmalara ve uyumsuzluğa neden olabilecek faktörleri incelemesi açısından önemlidir.

### 3.2. Araştırma Modeli

Şekil 1: Etik İklim Algı Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi



Bu çalışma örgütsel sapmanın, nezaketsizlik davranışlarını etkileme düzeyinde, iş yerinde dışlanmanın aracı rolünü ortaya koymak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Yazında araştırma konusu ile ilgili yapılan inceleme ile araştırmanın amaçları çerçevesinde katılımcılardan toplanan veriler analiz edilmiş olup şu hipotezlere cevap bulunmaya çalışılacaktır

H<sub>1</sub> : Sağlık çalışanlarının olumsuz örgüt davranışları (örgütsel sapma, nezaketsizlik ve dışlanma) düzeyleri cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir.

H<sub>2</sub>: Sağlık çalışanlarının olumsuz örgüt davranışları (örgütsel sapma, nezaketsizlik ve dışlanma) düzeyleri yaşa göre değişiklik gösterir.

H<sub>3</sub>: Sağlık çalışanlarının olumsuz örgüt davranışları (örgütsel sapma, nezaketsizlik ve dışlanma) düzeylerinin öğrenim durumuna göre değişiklik gösterir.

H<sub>4</sub>: Örgütsel sapmanın nezaketsizlik davranışları ile ilişkisinde dışlanmanın aracı rolü bulunmaktadır.

### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma, Giresun ilinde hizmet vermekte olan bir eğitim araştırma hastanesinde görev yapan 459 sağlık çalışanı (hekimler, hemşireler, ebeler, sağlık memuru ve sağlık teknikeri) kapsamaktadır. Yazıcıoğlu ve Erdoğan' a (2004) göre %5 hata payı ile %95 güven aralığı doğrultusunda örneklem büyüklüğünün, belirlenen evrene göre en az 217 kişi olmalıdır. Çalışmada, olasılıklı örnekleme yöntemlerinden olan basit tesadüfi örnekleme yöntemi kullanılarak sağlık çalışanlarından 335 kişiye ulaşılmıştır.

### 3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada anket kullanılmış olup, anket formu 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm katılımcıların kişisel bilgilerini belirlemek üzere 5 bölümden oluşan sosyo - demografik bilgi formundan oluşmaktadır. İkinci bölüm katılımcıların Örgütsel Sapma düzeylerini ölçmek amacıyla oluşturulan ve 19 ifadeden oluşan Gültaş (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Bennett ve Robinson (2000) in "Örgütsel Sapma Anket Formu" kullanılmıştır. Üçüncü bölümde katılımcıların İşyeri Nezaketsizliği düzeylerini ölçmek amacıyla oluşturulan ve 7 ifadeden oluşan Keklik, Saygın ve Kara (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanan Ferris ve arkadaşları (2008)'nin "İşyeri Nezaketsizliği Anket Formu" kullanılmıştır. Dördüncü bölümde ise katılımcıların işyerinde dışlanma düzeylerini ölçmek amacıyla oluşturulan ve 13 ifadeden oluşan Polatçı ve Özçalık (2013) tarafından Türkçe'ye uyarlanan, Cortina ve arkadaşları (2001)'nin "İşyerinde Dışlanma Anket Formu" kullanılmıştır.

5'li likerte göre oluşturulan anket formundaki ifadelerin cevaplandırılması cevaplarını "Örgütsel Sapma Anket Formu'nda; 1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Kısmen Katılıyorum, 4= Katılıyorum ve 5= Kesinlikle Katılıyorum"; "İş Yeri Nezaketsizliği Anket Formu ve İş Yerinde Dışlanma Anket Formu"nda 1= Asla, 2= Bir-İki Defa, 3= Bazen, 4= Sık Sık, 5= Çoğu Zaman" skalasını göz önünde bulundurarak vermeleri istenmiştir.

### 3.5. Verilerin Analizi

Elde edilen veriler, SPSS 26.0 istatistik programından faydalanılarak analizi yapılmıştır. Araştırma kapsamında katılımcılardan elde edilen verilere göre, sosyo-demografik özelliklere ait yüzde-frekans değerlerinin yanı sıra katılımcıların değişkenlerle ilgili değerlendirmeleri ile birlikte bu değişkenlerin sosyo-demografik özelliklerinden; cinsiyet, yaş ve öğrenim düzeylerine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin analizler kullanılmıştır. Araştırma da hangi analiz yönteminin kullanılacağına karar vermek amacıyla ayrıca normallik test analizi yapılmıştır. Çalışmada parametrik testlerden t- testi ve Anova testi, ayrıca değişkenler arasındaki ilişki ve etkilerin ortaya konmasında korelasyon ve regresyon analizlerinden faydalanılmıştır.

## 4. Bulgular

### 4.1. Demografik Değişkenlerle İlgili Tanımlayıcı İstatistikler

Araştırmaya katılan 335 kişinin sosyo-demografik özelliklere göre dağılımı Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Etik İklim Algı Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi

Sosyo-Demografik Özellikler	Kategoriler	Frekans	Yüzde
Cinsiyet	Kadın	216	64,5

	Erkek	119	35,5
	Toplam	335	100,0
Yaş	25 yaşından küçük	21	6,3
	25-29	43	12,8
	30-34	54	16,1
	35-39	73	21,8
	40 yaşından büyük	144	43,0
	Toplam	335	100,0
Medeni Durum	Evli	269	80,3
	Bekar	66	19,7
	Toplam	335	100,0
Öğrenim Durumu	Lise	31	9,3
	Önlisans	60	17,9
	Lisans	210	62,7
	Lisansüstü	34	10,1
	Total	335	100,0
Meslek	Hekim	34	10,1
	Hemşire	127	37,9
	Ebe	37	11,0
	Sağlık Memuru	81	24,2
	Sağlık Teknikeri	56	16,7
	Total	335	100,0
Bu İş Yerinde Çalışma Süresi	1 yıldan az	35	10,4
	1-5 yıl	72	21,5
	6-10 yıl	70	20,9
	11-15 yıl	79	23,6
	16 yıl ve üstü	79	23,6
	Total	335	100,0

Araştırma katılımcılarından 335 sağlık personelinin sosyo-demografik özellikleri; cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, öğrenim durumu, mesleği ve bu iş yerinde çalışma süresi olmak üzere altı farklı kategoride irdelenmiştir. Tablo 1'e göre katılımcıların %35.5'i (n=119) erkek %64.5'i (n=216) kadınlardan oluşmaktadır. 25 yaş ve altında olan bireylerin %6.3'ü (n=21), 25-29 yaşları arasında olan bireylerin %12'si (n=43), 30-34 yaşları arasında olan bireylerin %16.1'i (n=54), 35-39 yaşları arasında olan bireyler %21.8'i (n=73) ve son olarak 40 yaş ve üzerinde bulunan bireylerin %43'ü (n=144) bulunmaktadır. Araştırmaya katkıda bulunan cevaplayıcıların çoğunun orta yetişkin olduğu söylenebilir. Öğrenim durumu lise olanların oranı katılımcılar arasında %9.3 (n=31) iken, ön lisans mezunu olan katılımcıların oranı %17.9 (n=60), lisans mezunu olan katılımcıların oranı %62.7 (n=210) ve lisansüstü mezunu olan katılımcıların oranı ise %10.1 (n=34)'dir. Katılımcıların %10' u (n=34) hekim, %38'i (n=127) hemşire, %11' i (n=37) ebe, %24'ü (n=81) sağlık memuru ve %17'si (n=56) sağlık teknikeridir. Bu verilere göre araştırmaya en çok katkı sağlayan hemşireler iken, en az katılım sağlayanlar hekimler olmuştur. Bu iş yerinde çalışma süresi 1 yıl ve altı olanlar toplam katılımcıların %10.4'ünü (n=35), 1-5 yıl aralığında olanlar %21.5'ini (n=72), 6-10 yıl aralığında olanlar %20.9'unu (n=70), 11-15 yıl olanlar %23.6'sını (n=79) oluştururken, 16 yıl ve üzeri olanlar %23.6'sını (n=79) oluşturmaktadır.

#### 4.2. Geçerlilik ve Güvenirlik Analizleri

Araştırmada kullanılan ölçeklere geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Çalışmada kullanılan Örgütsel Sapma Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha) 0,907 olup, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu görülmüştür. Çalışmada kullanılan ikinci değişkenimiz İşyeri Nezaketsizliği Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha) 0,802 olup, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu görülmüştür. Çalışmada kullanılan son ölçeğimiz İşyerinde Dışlanma Ölçeği'nin güvenilirlik katsayısı ise (Cronbach's Alpha) 0,903 olup, ölçeğin yüksek düzeyde güvenilir olduğu görülmüştür. Cronbach Alfa katsayısı yöntemi,

araştırmalarda genellikle kullanılmakta ve özellikle Likert ölçeği ile uygulandığı görülmektedir. Araştırmayla ilgili bulunan ölçeğin maddelerinin ne kadar tutarlı olduğu ve temsil gücü konusunda bu yöntem bilgi vermektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018: 157). Araştırmanın KMO örneklem yeterlilik ve Bartlett's Küresellik testleri ölçümüne ilişkin bulgular Tablo 2'de gösterilmektedir.

Tablo 2: Değişkenlere İlişkin KMO ve Bartlett's Küresellik Testi

		Örgütsel Sapma	İşyeri Nezaketsizliği	İşyerinde Dışlanma
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		,904	,834	,918
Bartlett Küresellik Testi	<i>Yaklaşık Ki- Kare df</i>	3260,924 136	767,763 21	1996,171 78
	<i>Sig. (Anlamlılık)</i>	,000	,000	,000

Tablo 2'de verilen örgütsel sapmaya ilişkin ölçeğin KMO değeri ,904 olduğu ve Bartlett's Küresellik Testine göre yaklaşık ki-kare değerinin 3260,924 ve anlamlılık düzeyinin ise p=,000 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara bakıldığında örneklem yeterliliğinin uygun olduğu sonucuna varılmıştır ve faktör analizi için uygunluk açısından yeterli bir şekilde olduğu tespit edilmiştir. Ancak faktör yüklerindeki eşit dağılımdan dolayı 9. ve 17. Maddeler çıkartılmış ve faktör analizi bu maddeler olmadan tekrarlanmıştır. Bu sonuçlara göre Örgütsel sapma ölçeğinin faktör analizine uygun olduğu görülmektedir. İkinci değişkenimiz işyeri nezaketsizliğine ilişkin ölçeğin KMO değeri ,834 olduğu ve Bartlett's Küresellik Testine göre yaklaşık ki-kare değerinin 767,763 ve anlamlılık düzeyinin ise p=,000 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara bakıldığında da örneklem yeterliliğinin uygun olduğu sonucuna varılmıştır ve faktör analizi için uygunluk açısından yeterli bir şekilde olduğu tespit edilmiştir. Son değişkenimiz İşyerinde Dışlanma ölçeğinin KMO değeri ,918 olduğu ve Bartlett's Küresellik Testine göre yaklaşık ki-kare değerinin 1996,171 ve anlamlılık düzeyinin ise p=,000 olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara bakıldığında ise örneklem yeterliliğinin uygun olduğu sonucuna varılmıştır ve son değişkenimizin de faktör analizi için uygunluk açısından yeterli bir şekilde olduğu belirlenmiştir.

Tablo 3: Bireylerin Örgütsel Sapma Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi

Örgütsel Sapma Değişkeni ve Boyutları	Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıklanan Varyans
Faktör 1		7,725	45,444
15. İşyerinde kasıtlı olarak daha yavaş çalıştığım olur.	,810		
19. İşyerinde fazla mesai almak için işi ağırdan aldığım olur.	,796		
18. İşimi yaparken az çaba harcarım.	,789		
14. İşyerinde üstlerimin talimatlarına uymadığım olur.	,719		
16. İşyerinin gizli bilgilerini yetkili olmayan biriyle paylaşıyorum.	,709		
12. İşyerine izinsiz olarak geç geldiğim olur.	,651		
11. İşyerinde kabul edilebilir süreden çok mola kullanırım.	,649		
13. İşyerinde dağınık çalışırım.	,547		
10. İşle ilgili harcamalarımı olduğundan yüksek raporladığım olur.	,482		
Faktör 2		1,704	10,021
6. İşyerinde bazı iş arkadaşlarıma kaba davranırım.	,836		
5. İşyerinde bazı arkadaşlarıma küçük düşürürüm.	,787		
7. İşyerinde bazı arkadaşlarıma toplum içinde utandırırım.	,742		
2. İşyerinde bazı iş arkadaşlarıma kırıcı laflar söylerim	,689		
4. İşyerinde bazı durumlarda iş arkadaşlarıma küfür ederim	,631		
1. İşyerinde bazı arkadaşlarımla dalga geçerim.	,623		
8. İşyerinden izinsiz eşya alırım.	,586		
3. İşyerinde etnik, dini ve siyasi söylemlerde bulunurum.	,575		
Çıkarım Yöntemi: Temel Bileşenler Analizi			
Rotasyon Yöntemi: Varimax İterasyon Sayısı: 25			
Ölçeğin Güvenirliği: %90,7			



Örgütsel sapma değişkenine ait ifadelerin faktör yükleri Tablo 3’de verilmiştir. Verilerin analizi için varimax yönteminden faydalanılmıştır. Tablo 3’de yer alan bilgilere bakıldığında gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda öz değerleri birden büyük olan veriler kabul edilmiştir. Uygulanan faktör analizi sonucunda varyans açıklama yüzdesi birden büyük olan iki faktör olduğu ortaya çıktığı ve bu iki faktörün toplam değişkenin %55,462’sini açıklama yeteneğine sahip olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan sonuçlar itibarıyla değişkenin faktör analizi bakımından uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4: Bireylerin İşyeri Nezaketsizliği Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi

İşyeri Nezaketsizliği Değişkeni ve Boyutları	Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıklanan Varyans
Faktör 1		3,444	49,199
5.Meslektaş olarak yok sayıldığım veya dışlandığım olur.	,786		
2.Söylediklerim pek önemsenmez veya düşüncelerime az ilgi gösterilir.	,786		
1.İşyerinde önemsiz görüldüğüm veya küçümsendiğim olur.	,758		
3.Hakkımda küçültücü ve aşağılayıcı açıklamalar yapıldığı olur	,738		
6.Sorumluluk sahibi olduğum bir konu üzerinde verdiğim kararların şüpheyile karşılandığı olur	,700		
Faktör 2		1,015	14,507
4.Genel veya özel hitaplarda bana karşı profesyonellikten uzak terimler(abla, abi, efendi, bacı...) kullanıldığı olur.	,853		
7.Kişisel konularda bir tartışma içine çekilmeye çalışıldığım olur.	,761		
Çıkarım Yöntemi: Temel Bileşenler Analizi			
Rotasyon Yöntemi: Varimax İterasyon Sayısı: 25			
Ölçeğin Güvenirliği. %80,2			

İşyeri Nezaketsizliği değişkenine ait ifadelerin faktör yükleri Tablo 4’te verilmiştir. Verilerin analizi için varimax yönteminden faydalanılmıştır. Tablo 4’te yer alan bilgilere bakıldığında gerçekleştirilen faktör analizi sonucunda öz değerleri birden büyük olan veriler kabul edilmiştir. Uygulanan faktör analizi sonucunda varyans açıklama yüzdesi birden büyük olan iki faktör olduğu ortaya çıktığı ve bu iki faktörün toplam değişkenin %63,705’ini açıklama yeteneğine sahip olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan sonuçlar itibarıyla değişkenin faktör analizi bakımından uygun olduğu belirlenmiştir.

Tablo 5: Bireylerin İşyerinde Dışlanma Ölçeğine İlişkin Açıklayıcı Faktör Analizi

İşyerinde Dışlanma Değişkeni ve Boyutları	Faktör Yükleri	Özdeğer	Açıklanan Varyans
Faktör 1		5,945	45,729
8.Diğerleri benimle konuşmayı istemezler.	,864		
6.Diğerleri beni dikkate almaz	,833		
9.Diğerleri ben orada değilmişim gibi davranırlar.	,805		
7.Diğerleri beni konuşmanın dışında bırakırlar.	,790		
5.Diğerleri işte benden uzak durur.	,736		
1.Diğerleri beni görmezden gelir.	,719		
10.Diğerleri bir çay/kahve molası verdiklerinde beni davet etmezler.	,666		
3.İşyerinde diğerlerine selam verdiğimde karşılıksız kalır.	,657		
2.Diğerleri ben içeri girdiğimde ortamı terk eder.	,653		
12.Diğerleri benimle konuşmayı kestiler.	,648		
4.Kalabalık bir öğlen yemeğinde yalnız oturmak zorunda kalırım.	,561		
Faktör 2		1,138	8,756
11.İşyerinde sohbet ortamına dahil edilirim.	,775		

13. İşyerinde sosyalleşebilmek için sohbeti başlatması gereken kişi hep ,695  
ben olmak zorundayım.

Çıkarım Yöntemi: Temel Bileşenler Analizi

Rotasyon Yöntemi: Varimax İterasyon Sayısı: 25

Ölçeğin Güvenirliği: %90,3

İşyeri Nezaketsizliği değişkenine ait ifadelerin faktör yükleri Tablo 5'te verilmiştir. Verilerin analizi için varimax yönteminden faydalanılmıştır. Tablo 5'te yer alan faktör analizi sonucuna göre öz değerleri birden büyük olan veriler kabul edilmiştir. Uygulanan faktör analizi sonucunda varyans açıklama yüzdesi birden büyük olan iki faktör olduğu ortaya çıktığı ve bu iki faktörün toplam değişkenin %54,486'ini açıklama yeteneğine sahip olduğu görülmüştür. Ortaya çıkan sonuçlar itibarıyla değişkenin faktör analizi bakımından uygun olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların değişkenlere vermiş oldukları cevapların yüzdeleri, ortalamaları ve standart sapmaları Tablo 6, Tablo 7 ve Tablo 8'de verilmiştir.

Tablo 6: Bireylerin Örgütsel Sapma Hakkındaki Görüşlere Yönelik Betimsel İstatistikler

İfadeler	Hiç		Nadiren		Bazen		Çoğu Zaman		Her Zaman		$\bar{x}$	SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1	154	46	105	31,3	50	14,9	17	5,1	9	2,7	1,87161	0,101998
2	190	56,7	101	30,1	34	10,1	5	1,5	5	1,5	1,6090	0,84374
3	192	57,3	99	29,6	29	8,7	10	3,0	5	1,5	1,6179	0,87735
4	257	76,7	63	18,8	9	2,7	4	1,2	2	0,6	1,3015	0,63940
5	260	77,6	66	19,7	6	1,8	2	0,6	1	0,3	1,2627	0,54959
6	222	66,3	93	27,8	15	4,5	4	1,2	1	0,3	1,4149	0,66415
7	254	75,8	74	22,1	6	1,8	1	0,3	-	-	1,2657	0,49957
8	275	82,1	45	13,4	11	3,3	4	1,2	-	-	1,2358	0,56433
9	191	57	87	26	48	14,3	7	2,1	2	0,6	1,6328	0,84740
10	264	79,1	54	16,1	13	3,9	2	0,6	1	0,3	1,2687	0,58887
11	226	67,5	87	26	14	4,2	4	1,2	4	1,2	1,4269	0,73810
12	205	61,2	86	25,7	32	9,6	7	2,1	5	1,5	1,5701	0,86187
13	208	62,1	89	26,6	26	7,8	7	2,1	5	1,5	1,5433	0,84258
14	220	64,7	91	27,2	15	4,5	7	2,1	2	0,6	1,4478	0,73174
15	256	76,4	67	20	5	1,5	3	0,9	4	1,2	1,3045	0,66329
16	287	85,7	43	12,8	3	0,9	-	-	2	0,6	1,1701	0,48108
17	215	64,2	51	15,2	26	7,8	33	9,9	10	3	1,7224	1,14408
18	258	77	69	20,6	4	1,2	3	0,9	1	0,3	1,2687	0,55753
19	296	88,4	35	10,5	2	0,6	-	-	2	0,6	1,1403	0,45256

Tablo 6'da görüldüğü üzere anketi cevaplayanların %77,3'ü arkadaşlarıyla dalga geçmemekte, bu düşünceye katılmamakta, katılımcıların %98,9' u yani katılımcıların neredeyse tamamına yakını fazla mesai almak için işi savsakladığına katılmamaktadır.

Tablo 7: Bireylerin İşyeri Nezaketsizliği Hakkındaki Görüşlere Yönelik Betimsel İstatistikler

İfadeler	Hiç		Nadiren		Bazen		Çoğu Zaman		Her Zaman		$\bar{x}$	SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1	191	57	71	21,2	64	19,1	6	1,8	3	0,9	1,6836	0,90319
2	171	51	65	19,4	87	26	5	1,5	7	2,1	1,8418	0,99792
3	259	77,3	40	11,9	31	9,3	3	0,9	2	0,6	1,3552	0,73560

4	82	24,5	44	13,1	132	39,4	39	11,6	38	11,3	2,72241,26820
5	259	77,3	31	9,3	39	11,6	3	0,9	3	0,9	1,3881,79586
6	206	61,5	74	22,1	44	13,1	9	2,7	2	0,6	1,5881,86022
7	153	45,7	86	25,7	81	24,2	7	2,1	8	2,4	1,8985,99482

Tablo 7’ de katılımcıların işyeri nezaketsizliği ifadelerine vermiş oldukları cevaplara yönelik yapılmış betimleyici analize göre en yüksek ortalamaya sırasıyla “Kişisel konularda bir tartışma içine çekilmeye çalışıldığım olur” (1,89), “Söylediklerim pek önemsenmez veya düşüncelerime az ilgi gösterilir” (1,84) olduğu görülmektedir.

Verilen cevaplara yönelik en düşük ortalamaya sahip maddeler ise sırasıyla, “Hakkımda küçültücü ve aşağılayıcı açıklamalar yapıldığı olur” (1,35), “Meslektaş olarak yok sayıldığım veya dışlandığım olur.” (1,38), şeklinde sahip oldukları görülmüştür.

Tablo 8: Bireylerin İşyerinde Dışlanma Hakkındaki Görüşlere Yönelik Betimsel İstatistikler

İfadeler	Hiç		Nadiren		Bazen		Çoğu Zaman		Her Zaman		$\bar{x}$	SS
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
1	223	66,6	55	16,4	53	15,8	4	1,2	-	-	1,5164,79981	
2	295	88,1	24	7,2	14	4,2	2	0,6	-	-	1,1731,51317	
3	255	76,1	54	16,1	24	7,2	1	0,3	1	0,3	1,3254,64635	
4	274	81,8	27	8,1	31	9,3	2	0,6	1	0,3	1,2955,68286	
5	291	86,9	21	6,3	22	6,6	-	-	1	0,3	1,2060,57593	
6	277	82,7	32	9,6	25	7,5	1	0,3			1,2537,59798	
7	261	77,9	39	11,6	32	9,6	2	0,6	1	0,3	1,3373,69834	
8	277	82,7	33	9,9	24	7,2	1	0,3	-	-	1,2507,59170	
9	276	82,4	32	9,6	26	7,8	1	0,3	-	-	1,2597,60538	
10	252	75,2	42	12,5	39	11,6	2	0,6	-	-	1,3761,71050	
11	28	8,4	15	4,5	35	10,4	106	31,6	151	45,1	4,00601,22106	
12	279	83,3	35	10,4	20	6	1	0,3	-	-	1,2328,56292	
13	151	45,1	67	20	103	30,7	9	2,7	5	1,5	1,95521,00049	

Tablo 8’ de ise katılımcıların işyerinde dışlanma ifadelerine vermiş oldukları cevaplara yönelik yapılmış betimleyici analize göre en yüksek ortalamaya “İşyerinde sohbet ortamına dahil edilirim.” (4,00) olduğu görülmektedir. Ancak verilen cevaplara yönelik en düşük ortalamaya sahip maddeler ise sırasıyla, “Diğerleri ben içeri girdiğimde ortamı terk eder” (1,17), “Diğerleri işte benden uzak durur.” (1,20), şeklinde sahip oldukları görülmüştür.

#### 4.3. Araştırma Sorularının Kontrol Edilmesi

H<sub>1</sub>: Sağlık çalışanlarının olumsuz örgüt davranışları (örgütsel sapma, nezaketsizlik ve dışlanma) düzeyleri cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Tablo 9: Katılımcıların Değişkenler Hakkındaki Görüşlerin Cinsiyete Göre T Testi Sonuçları

Ölçek	Cinsiyet	N	Ortalama	Sdt. Sapma	df	p
Örgütsel Sapma	Kadın	216	1,3416	,39266	333	,000*
	Erkek	119	1,5764	,50786		
Nezaketsizlik	Kadın	216	1,8082	,61268	333	,325
	Erkek	119	1,7359	,69480		
Dışlanma	Kadın	216	1,5442	,38575	333	,599
	Erkek	119	1,5688	,45279		

Sağlık çalışanlarının olumsuz örgüt davranışları (örgütsel sapma, nezaketsizlik ve dışlanma) düzeyleri cinsiyete göre değişkenlik göstermektedir. H<sub>1</sub> hipotezinin testi için bağımsız örneklem t testinden

faýdalanılmıştır. Tablo 9’da sunulan analiz sonuçlarına göre, cinsiyete göre, nezaketsizlik ve dışlanma davranışlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık ortaya çıkmadığı görülmüş ancak örgütsel sapma davranışlarında cinsiyet açısından anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmıştır. Erkek sağlık çalışanlarının olumsuz örgütsel davranış düzeyi kadın sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir. Sonuç olarak H<sub>1</sub> hipotezi kısmi olarak desteklenmiştir.

H<sub>2</sub>: Sağlık çalışanlarının olumsuz örgüt davranışları (örgütsel sapma, nezaketsizlik ve dışlanma) düzeyleri yaşa göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 10: Katılımcıların Değişkenler Hakkındaki Görüşlerin Yaşa Göre Anova Testi Sonuçları

Ölçekler	Yaş	Kareler Toplamı	Ser. Der.	Kareler Ort.	F	P
Örgütsel Sapma	Gruplararası	1,096	4	,274	1,355	,249
	Gruplariçi	66,727	330	,202		
	Toplam	67,823	334			
Nezaketsizlik	Gruplararası	2,241	4	,560	1,361	,247
	Gruplariçi	135,832	330	,412		
	Toplam	138,073	334			
Dışlanma	Gruplararası	1,120	4	,280	1,677	,155
	Gruplariçi	55,112	330	,167		
	Toplam	56,232	334			

(Not: \* p<0,05)

Sağlık çalışanlarının olumsuz örgüt davranışları (örgütsel sapma, nezaketsizlik ve dışlanma) düzeyleri yaşa göre değişiklik gösterir. H<sub>2</sub> hipotez testi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Tablo 10’da sunulan sonuçlara göre olumsuz örgüt davranışları (örgütsel sapma, nezaketsizlik ve dışlanma) düzeylerinde yaş açısından anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmamıştır. Sonuç olarak H<sub>2</sub> hipotezi desteklenmemiştir.

H<sub>3</sub>: Sağlık çalışanlarının olumsuz örgüt davranışları (örgütsel sapma, nezaketsizlik ve dışlanma) düzeylerinin öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterir.

Tablo 11: Katılımcıların Değişkenler Hakkındaki Görüşlerin Öğrenim Durumuna Göre Anova Testi Sonuçları

Ölçekler	Öğrenim Durumu	Kareler Toplamı	Ser. Der.	Kareler Ort.	F	P
Örgütsel Sapma	Gruplararası	2,184	3	,728	3,671	,013*
	Gruplariçi	65,639	331	,198		
	Toplam	67,823	334			
Nezaketsizlik	Gruplararası	,557	3	,186	,447	,720
	Gruplariçi	137,516	331	,415		
	Toplam	138,073	334			
Dışlanma	Gruplararası	,087	3	,029	,170	,916
	Gruplariçi	56,145	331	,170		
	Toplam	56,232	334			

(Not: \* p<0,05)

Sağlık çalışanlarının olumsuz örgüt davranışları (örgütsel sapma, nezaketsizlik ve dışlanma) düzeylerinin öğrenim durumuna göre değişiklik gösterir. H<sub>3</sub> hipotezinin testi için tek yönlü varyans analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Tablo 11’de sunulan sonuçlara göre nezaketsizlik davranışlarında ve dışlanma ölçeğinde öğrenim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık elde edilmiştir ancak örgütsel sapma davranışlarında öğrenim durumuna göre anlamlı düzeyde bir farklılık saptanmıştır. Scheffe testi ve katılımcıların örgütsel sapma ölçeğine verdiği cevapların ortalamaları karşılaştırıldığında lisansüstü mezunlarının diğer mezunlara göre daha fazla sapma davranışı gösterdiği tespit edilmiştir. Sonuç olarak H<sub>3</sub> hipotezi kısmi olarak desteklenmiştir.

H<sub>4</sub>: Örgütsel sapmanın nezaketsizlik davranışları ile ilişkisinde dışlanmanın aracı rolü vardır.

Örgütsel sapmanın, nezaketsizlik davranışları üzerine etkisini ve bu etkide iş yerinde dışlanmanın aracılık rolünü açıklamak amacıyla Baron ve Kenny'in önerdiği dört aşamalı yaklaşıma dikkate alınarak regresyon analizleri yapılmıştır. Değişkenlere ait ortalama, standart sapma ve korelasyon katsayıları Tablo 12' de yer almaktadır. Kurulan regresyon modellerine ait analiz sonuçları ise Tablo 13' de yer almaktadır.

Tablo 12: Değişkenlere Ait Ortalama, Standart Sapma ve Korelasyon Katsayıları (N=335)

Değişkenler	Ort.	SS	1	2	3
1.Örgütsel Sapma	1.43	.45	-		
2.İşyeri Nezaketsizliği	1.78	.64	.312**	-	
3.İşyerinde Dışlanma	1.55	.41	.227**	.623**	-

Not. \*\*p<.01

Tablo 12' ye göre sonuçlar incelendiğinde örgütsel sapma ile nezaketsizlik arasında zayıf düzeyde (r=0,312) pozitif bir ilişki, örgütsel sapma ile dışlanma arasında zayıf düzeyde (r:0,227) pozitif bir ilişki ve örgütsel sapma ile nezaketsizlik arasında ise orta düzeyde (r=0,623) pozitif bir ilişki vardır.

Tablo 13: Regresyon Analizi Sonuçları (N=335)

Adımlar	Regresyon Katsayıları			Model İstatistikleri
	B	STD HATA	BETA	
ADIM Bsız D: ÖS BlıD: ND	.445	.074	.312*	R <sup>2</sup> = .09; F(1,333)= 35.867; p< .01
ADIM Bsız D: ÖS BlıD: İYD	.207	.049	.228*	R <sup>2</sup> = .05; F(1,333)= 18.186; p< .01
ADIM Bsız D: İYD BlıD: ND	.976	.067	.623*	R <sup>2</sup> = .38; F(1,333)= 211.020; p< .01
ADIM Bsız D1: ÖS Bsız D2: İYD BlıD: ND	.256 .912	.061 .067	.179* .582*	R <sup>2</sup> = .41; F(2,332)= 199.422 p< .01

Not. BsızD= Bağımsız Değişken; BlıD= Bağımlı Değişken; ÖS= Örgütsel Sapma; ND= Nezaketsizlik Davranışı; İYD= İş Yerinde Dışlanma; \*p< .01

Elde edilen bulgulara göre, Regresyon analizi sonuçları; birinci adımda örgütsel sapmanın nezaketsizlik davranışı üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisini ( $\beta = .445$ ,  $p < .01$ ) göstermekte, ikinci adımda örgütsel sapmanın iş yerinde dışlanma üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisini ( $\beta = .207$ ,  $p < .01$ ) göstermekte, üçüncü adımda iş yerinde dışlanmanın nezaketsizlik davranışı üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisini ( $\beta = .976$ ,  $p < .01$ ) vermektedir. Son adımda ise örgütsel sapmanın ve iş yerinde dışlanmanın birlikte nezaketsizlik davranışlarının üzerindeki etkilerine bakıldığında, örgütsel sapmanın nezaketsizlik davranışı üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisini ( $\beta = .256$ ,  $p < .01$ ) ve iş yerinde dışlanmanın nezaketsizlik davranışı üzerinde pozitif yönlü anlamlı etkisinin ( $\beta = .912$ ,  $p < .01$ ) olduğu tespit edilmiştir. Başka bir ifade ile açıklamak gerekirse, aracı değişken modele eklendiğinde, örgütsel sapmanın, nezaketsizlik davranışı üzerindeki etkisi  $\beta = .445$  ( $p < .01$ ) değerinden  $\beta = .256$  ( $p < .01$ ) değerine azalarak istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde etkisini devam ettirmesi sonucunda bu bulgular örgütsel sapma ve nezaketsizlik davranışları arasındaki ilişkide iş yerinde dışlanmanın kısmi aracılık etkisi olduğunu göstermiştir. Yani örgütsel sapmanın iş yerinde dışlanmayı arttırdığı ve iş yerinde dışlanmanın da nezaketsizlik davranışını arttırdığı doğrulanmıştır. Sobel testinin hesaplanması sonucunda da aracılık etkisinin istatistiksel olarak anlamlı ( $Z=4.057$ ,  $p < .05$ ) olduğu ortaya çıkmış ve sonucumuz desteklenmiştir.

## 5. Tartışma

Araştırmada sağlık çalışanlarının örgütsel sapma düzeylerinin erkek çalışanlar lehine göre değişkenlik gösterdiği tespit edilmiştir. Benzer şekilde Yalap (2016) tarafından ortaya konulmuş çalışmaya göre erkeklerin örgütsel sapma davranışlarının, kadınlara oranla daha yüksek olduğu ortaya çıkmıştır. Grasmick ve Kobayashi (2002) tarafından yapılmış diğer bir çalışmada, cinsiyetin örgütsel sapma davranışı üzerinde etkisi belirtilirken, erkeklerin daha yüksek oranla saldırganlık gösterdikleri ancak kadınların ise daha çok fiziksel ve sözlü tacize uğradıklarını ortaya çıkmıştır. Elde edilen diğer bulguda, sağlık çalışanlarının örgütsel sapma düzeyleri lisansüstü mezunu çalışanlar lehine göre değişiklik gösterdiği tespit edilmiştir. Yani lisansüstü mezunlar diğer mezunlara göre daha fazla sapma davranışı göstermektedir. Bu çalışmanın aksine Balay ve Sağlam (2008) çalışmasında önlisans eğitim düzeyine sahip öğretmenlerin, lisansüstü eğitim düzeyine sahip öğretmenlere göre örgütsel sapma davranışlarının daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır. İspirli (2016) tarafından yapılmış olan çalışma sonucunda katılımcıların öğrenim düzeyi arttıkça örgütsel sapma davranışlarının azalması araştırmamızı destekler niteliktedir. Bayın ve Terekli Yeşilaydın (2014)'nın yaptığı çalışmada ise, ön lisans mezunu olan hemşirelerin, diğer eğitim düzeyindeki hemşirelere oranla daha yüksek sapma davranışları göstermiştir.

Araştırmada, örgütsel sapma ile iş yeri nezaketsizliği arasında zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Benzer sonuçlara sahip Wu ve arkadaşlarının (2014) yaptığı çalışmada ve Gültaş (2019) yaptığı çalışmada örgütsel sapma ile nezaketsizlik arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunması araştırmamızı destekler niteliktedir. Örgütsel sapma ile iş yerinde dışlanma arasında da zayıf düzeyde pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Benzer şekilde Gültaş (2019), Demir ve Tütüncü (2010) ve Ayazlar ve Güzel (2013) yaptıkları çalışmalarda örgütsel sapma davranışları ile dışlanma arasında pozitif yönde bir ilişki tespit edilerek araştırmamızı destekler niteliktedir. İşyeri nezaketsizliği ile çalışanların iş yerinde dışlanma davranışları arasında ise orta düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki ortaya çıkmıştır. Benzer şekilde Gültaş (2019), Kumral (2017) yaptıkları çalışmalarda işyeri nezaketsizliği ve çalışanların dışlanma davranışları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunması ile araştırmamızı destekler niteliktedir. Araştırmada son olarak ise örgütsel sapmanın nezaketsizlik davranışları ile ilişkisinde dışlanmanın kısmi aracı rolü tespit edilmiştir. Benzer şekilde Gültaş (2019) da aynı sonucu bulmuştur. Yine Kumral (2017) yaptığı çalışmada ise örgütsel nezaketsizliği ve örgütsel sessizlik ilişkisinde dışlanmanın kısmi aracı rolü olduğunu tespit etmiştir.

## 6. Sonuç ve Öneri

Katılımcıların; İş yeri nezaketsizliği ve iş yerinde dışlanma davranışlarının katılımcıların sosyo-demografik özelliklerinden; cinsiyete, yaşa, öğrenim durumuna göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Ancak örgütsel sapma davranışlarının cinsiyete (erkekler lehine) ve öğrenim durumuna (lisansüstü mezunu lehine) göre bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir.

Araştırmada örgütsel sapma ve nezaketsizlik ve örgütsel sapma ve dışlanma arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Nezaketsizlik ve dışlanma arasında ise orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Ayrıca örgütsel sapmanın, nezaketsizlik etkisinde iş yerinde dışlanmanın kısmi aracı rolü üstlendiği ortaya çıkmıştır. Örgütsel sapma ölçeğinde katılımcılar tarafından "İş yerinde bazı arkadaşlarımla dalga geçerim." ifadesini en fazla tercih edilirken, "İş yerinde çalışmak yerine hayal kurduğum olur." ifadesini en az tercih edilmiştir. Nezaketsizlik ölçeğinde katılımcılar "Genel veya özel hitaplarda bana karşı profesyonellikten uzak terimler (abla, abi, efendi, bacı...) kullanıldığı olur." ifadesini en fazla tercih edilirken, "Söylediklerim pek önemsenmez veya düşüncelerime az ilgi gösterilir." ifadesini en az tercih edilmiştir. Dışlanma ölçeği katılımcılar "İş yerinde sohbet ortamına dâhil edilirim", ifadesini en fazla tercih edilirken "Diğerleri ben içeri girdiğimde ortamı terk eder." ifadesini en az tercih edilmiştir.

Örgütlerde olumsuz davranışların önlenmesinde yöneticilere büyük görevler düşmektedir. Çünkü yöneticilerin ellerindeki en kıymetli kaynak çalışanlardır. Bu nedenle çalışan sorunlarını dikkate alıp çözüm yolları geliştirmelidir. İş yerinde örgütsel sapma ve nezaketsiz davranışlara maruz kalan çalışanlar hem kendini örgütten soyutlayabilmektedir hem de dışlanma davranışlarına maruz kalmaktadır. Bu davranışlar da ciddi sorunları beraberinde getirmektedir. Örneğin örgütün performansı düşmekte ve iş verimliliği azalmaktadır. Bu problemlerin üstesinden gelebilmek için örgüte yeni dahil olmuş kişilerin oryantasyonunda hem birey açısından hem de örgüt açısından daha dikkatli davranılması gerekmektedir. Daha sonra belirli aralıklarla kurum içi eğitimler verilerek olumsuz tutum ve davranışların önüne geçilmesi sağlanabilir. Örgütlerin, bünyelerinde bulunan bireyler ile daha şeffaf iletişim kurulmalı özellikle olumsuz davranışlara maruz kalanlara gerektiği takdirde psikolojik destek verilmesi önerilir. Yine çalışanlarında kendi aralarındaki iletişim becerilerini geliştirmek gerekir. Bunun için örgüt içerisindeki bireyler arasında iletişimi ve etkileşimi sağlayacak etkinlikler düzenlenebilir. Dolayısıyla bu sayede olumsuz tutum ve davranışlar azalma eğilimi gösterecektir.

Başka araştırmacıların benzer çalışmayı daha büyük örnekleme ve başka hastanelerde de (Özel hastane, üniversite hastanesi vb.) yapması önerilir. Ayrıca örgütsel dışlanma ile ilgili başka değişkenler arasında ilişkilerine de bakılabilir.

### Kaynakça

1. Andersson, L. M., Pearson, C. M. 1999. Tit for tat? The spiraling effect of incivility in the workplace. *Academy of management review*, 24,3, 452-71.
2. Ayazlar, G., Güzel, B., (2013) " Örgütsel Adaletin Otel Çalışanlarının İşten Ayrılma Niyeti ve İşyerinde Sapma Davranışına Etkisi" *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 10 (3), s.6-23.
3. Bayrakçı, E. (2022). İş Yerinde Dışlanmanın İş Yeri Sapkın Davranışlara Etkisi: Turizm İşletmeleri Çalışanları Üzerine Bir Araştırma. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(1), 679-699.
4. Bodla, A.A., Tang, N., Dick, R.V. and Mir, U.R. (2019). Authoritarian leadership, organizational citizenship behavior, and organizational deviance Curvilinear relationships. *Leadership and Organization Development Journal*, 40(5), 583-599.
5. Cortina, L. M., Losway, K. A., Magley, V. J., Freeman, L. V., Collinsworth, L. L., Hunter, M. And Fitzgerald, L. F., (2002) 'What's gender got to do with it? Incivility in the federal courts', *Law & Social Inquiry*, 27(2), pp. 235-270.

6. Çevik, M., Çevik, Y., Tengilimoğlu, D. ve Daş, M. (2016). İş yerinde oluşan stresin çalışanlar üzerindeki etkileri; Acil servis hizmetleri kapsamında bir uygulama. *Akademik Araştırma Tıp Dergisi*, 1(1), 24-34.
7. Dash, S., Ranjan, S., Bhardwaj, N. and Rastogi, S.K. (2023), "Workplace ostracism: a qualitative enquiry", *Personnel Review*, Vol. ahead-of-print No. ahead-of-print. <https://doi.org/10.1108/PR-06-2022-0454>.
8. Delen, M. (2010) "Çalışma Hayatında İşyeri Kabalığı Olgusu" Maliye Araştırma Merkezi Konferansları, İstanbul, 44-58.
9. Demir, M. (2009). Konaklama işletmelerinde duygusal zekâ, örgütsel sapma, çalışma yaşamı kalitesi ve işten ayrılma eğilimi arasındaki ilişkinin analizi, (Basılmamış Doktora Tezi), İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
10. Ferris, D.L., Brown, D.J., Berry, J.W., ve Lian, H. (2008). The development and validation of the workplace ostracism scale. *Journal of Applied Psychology*, 93(6), 1348-1366.
11. Gözütok Konuk, T. (2023). Hemşirelik Eğitiminde Akademik Nezaketsizlik: Hemşirelik Öğrencilerinin Algıları. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
12. Gültaş, A. S. (2019). Örgütsel sapma ve nezaketsizlik davranışları ilişkisinde iş yerinde dışlanmanın aracı rolü. *Sağlık kurumlarında bir araştırma. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi*, Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
13. Hitlan, R.T.; Clifton, R.J.; DeSoto, C. (2006). "Perceived Exclusion in the Workplace: The Moderating Effects of Gender on Work-Related Attitudes and Psychological Health" *North American Journal of Psychology*, Vol. 8, No. 2: 217-236.
14. Işıkyay, Ç. (2019). İşyeri nezaketsizliği ve demografik özellikler arasındaki ilişkiler: Hemşireler üzerine bir inceleme. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 5(1), 51-68.
15. İspirli, A. (2016) Hastane Çalışanlarının Sapkın Davranış Algılarıyla Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Yüksek Lisans Tezi*, Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
16. Jahanzeb, S., Giles, J. and Mushtaq, R. (2023). Workplace ostracism and organizational deviance: A self-regulatory perspective. *The Journal Of Social Psychology*, 163(5), 698-715.
17. Keklik, B., Saygın, T. ve Kara, N. O. (2013). Akademik camianın çirkin ördek yavruları ÖYP'lilerde örgütsel dışlanma (ostracism) kavramının incelenmesi. 1. Örgütsel Davranış Kongresi, 15-16 Kasım 2013, Sakarya.
18. Kumral, T. (2017) "İşyeri Nezaketsizliği ve Örgütsel Sessizlik İlişkisinde Örgütsel Dışlanmanın Aracı Rolü" *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
19. Kurşuncu, R.S. (2022). Örgütsel Güven, Örgütsel Dayanıklılık, Örgütsel Dışlanma, Örgütsel Sinizm: Eğitim Sektörü Üzerine Bir Araştırma. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Osmaniye: T.C. Osmaniye Korkut Ata Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
20. Özcan, H. M. (2022). İş Yerinde Dışlanmanın Psikolojik Performans Üzerindeki Etkisi, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, 17(1), 221-238.
21. Özcan, G. (2022). İşyeri Nezaketsizliği: Kavramsal Bir İnceleme. *Bucak İşletme Fakülte Dergisi*, 5(2), 341-367.
22. Qiuyun, G., Liu, W., Zhou, K. and Mao, J. (2020). Leader humility and employee organizational deviance: the role of sense of power and organizational identification. *Leadership & Organization Development Journal*, 41(3), 463-479.
23. Polatçı, S., Özçalık, F. (2013). "Yapısal ve Psikolojik Güçlendirmenin İşyeri Nezaketsizliği ve Tükenmişliğe Etkisi". *İşletme Bilimi Dergisi*, 1(2), 17-34.
24. Robinson, S. L., ve Bennett, R. J. (1995) "A Typology of Deviant Workplace Behaviours: A Multidimensional Scaling Study". *Academy of Management Journal*, 555-572.
25. Schilpzand, P., De Pater, I. E., & Erez, A. (2016). Workplace incivility: A review of the literature and agenda for future research. *Journal of Organizational Behavior*, 37, S57-S88.
26. Spector, P. E. & Fox, R. (2002). An Emotion-Centered Model of Voluntary Work Behaviour Some Parallels Between Counterproductive Work Behavior and Organizational Citizenship Behavior. *Human Resource Management Review*, 12, 269-292.
27. Torkelson, E., Holm, K. and Bäckström, M. (2016). Workplace Incivility in a Swedish Context. *Nordic journal of working life studies*, 6(2)
28. Wu, L. Z., Yim, F. H. K., Kwan, H. K., ve Zhang, X. (2011) "Coping With Workplace Ostracism: The Roles Of Ingratiation and Political Skill
29. Vardi, Y. & Wiener, Y. (1996). Misbehavior in Organizations: A Motivational Framework. *Organization Science*, 7(2), 151-165.
30. Yalap, O. (2016). Çalışanların örgütsel adalet algılamalarının örgütsel sapma davranışları üzerinde etkisi: Tekstil sektöründe bir çalışma. *Yüksek Lisans Tezi*. Tokat: T.C. Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
31. Yazar, F. (2022). Örgütsel sapma davranışlarının kontrolünde pozitif psikolojik sermayenin ve örgütsel öğrenmenin etkisi: Bir örnek olay çalışması. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Afyonkarahisar: T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
32. Zafar, U. and Mahmood, A. (2022). Role of workplace ostracism and self-esteem on workplace deviance. *Organizational Psychology*, 12(3), 36-56.

NS74

## Türk Sağlık Sisteminde Özel Sektörün Yeri

Hakan Oğuz ARI<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Sorumlu Yazar: hakanoguz.ari@sbu.edu.tr

**Amaç:** Bu çalışmada, Türk sağlık sisteminde özellikle son yıllarda giderek büyük bir pay almaya başlayan özel sektörün sahip olduğu alt yapı imkanları, sağlık hizmeti sunumundaki yeri ve sağlık harcamalarından aldığı payın incelenmesi amaçlanmıştır.

**Gereç ve Yöntem:** Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın verileri 2017 ve 2021 yılları arasını kapsayacak şekilde Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistikleri ve Türkiye İstatistik Kurumu verilerinden elde edilmiştir.

**Bulgular:** Sağlık hizmeti sunan kurumlar ve alt yapıları incelendiğinde; 2017'de özel sektör hastane sayısının %37,6'sına ve hastane yatağının %21,8'ine sahipken 2021'de %36,9'una ve %21,1'ine sahip olduğu görülmektedir. Yoğun bakım yataklarının 2017'de %42,4'üne, 2021'de ise %35,9'una sahiptir. 2021 yılında MR cihazlarının %49,4'ü, BT cihazlarının %42,6'sı, mamografi cihazlarının %50,8'i özel sektördedir. 2021'de hekimlerin %20'sini, (pratisyen hekimlerin %12,7'sini, uzman hekimlerin %33,8'ini) ve hemşire-ebelerin %14,7'sini istihdam etmektedir. Hastanelere yapılan müracaatların 2017'de %19'u, 2021'de %19,8'i özel sektör tarafından karşılanmıştır. 2021'de yılda hastanelere yatan toplam 11,8 milyon hastanın 3,8 milyonu özel sektöre ait hastanelere yatmış ve bu talebin %32,4'ü karşılanmıştır. 2021'de yapılan 4,7 milyon ameliyatın 1,6 milyonu özel sektörde yapılmış ve %33,4'lük bir pay almıştır. 2021'de 15,2 milyon MR görüntülemesinin 3,2 milyonu (%21,2); 24,7 milyon BT görüntülemesinin 3,5 milyonu (%14,2); 19,5 milyon ultrason görüntülemesinin 5,8 milyonu (%29,9) özel hastanelerde yapılmıştır. Tüm hastaneler tarafından oluşturulan fatura tutarları incelendiğinde 2017'de %20,3'ü, 2021 yılında ise %19,6'sı özel sektöre aittir. Sağlık kurumlarının hizmetlerinden duyulan memnuniyet düzeyleri 2017'de SB hastanelerinde %73,2; üniversite hastanelerinde %66,6 ve özel sektör hastanelerinde %61,5'tir. 2021'de SB hastaneleri %69,1; üniversite hastaneleri %65 ve özel sektör hastaneleri %58,4 düzeyinde memnuniyet sağlayabilmiştir. Özel sektör sağlık tesislerinin memnuniyet düzeylerinin düşüklüğü dikkat çekicidir.

**Sonuç:** Türk sağlık sistemi içerisinde özel sektörün, incelenen boyutlar açısından önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir. Toplam hekimlerin beşte birini, uzman hekimlerin ise üçte birini istihdam eden özel sektör, hastanelere başvurularının yaklaşık beşte birini, yatan hastaların ve yapılan ameliyatların da yaklaşık üçte birini karşılamaktadır. Türkiye'de en büyük ödeyici kurum olan SGK harcamalarına bakıldığında, fatura tutarlarının sadece beşte birinin özel hastanelere ait olduğu görülmektedir. Ancak özel sektörün, Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre hastalardan aldığı ve %200'e kadar yükselebilen ilave ücretler de göz önünde bulundurulmalıdır. Diğer yandan özel sektör sağlık hizmeti sunucularının memnuniyet düzeyinin düşüklüğü dikkat çekicidir. Özel hastane yöneticilerince personel ve hasta etkileşimi, hizmet ortamı ve bürokratik uygulamalar açısından analizler yapılarak memnuniyetsizlik kaynaklarının belirlenmesi, düzeltici politikalar geliştirilerek hasta sadakati ve memnuniyet düzeylerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık sistemi, sağlık hizmetleri, özel sağlık sektörü

### The Role of the Private Sector in the Turkish Health System

**Objective:** The aim of this study, examine the infrastructure facilities of the private sector (PS), which has started to take an increasingly large share in the Turkish health system especially in recent years, its place in health service provision and its share in health expenditures.

**Materials and Methods:**The data of this descriptive study were obtained from the MoH Health Statistics Yearbook, Social Security Institution Statistics and Turkish Statistical Institute data for the years 2017-21.

**Results:** When the institutions providing health services and their infrastructures are examined; in 2017, the PS accounted for 37.6% of the total number of hospitals and 21.8% of hospital beds, while in 2021 it accounted for 36.9% and 21.1%. The PS accounted for 42.4% of intensive care beds in 2017 and 35.9% in 2021. In 2021, the PS employs 20% of physicians (12.7% of general practitioners, 33.8% of specialist) and 14.7% of nurse-midwives. 19% of the applications to hospitals in 2017 and 19.8% in 2021 were covered by the PS. In 2021, 3.8 million of the total 11.8 million patients hospitalized in hospitals were admitted to PS and 32.4% of this demand was met. Of the 4.7 million surgeries performed in 2021, 1.6 million were performed in the PS, accounting for 33.4%. In 2021, 3.2 million (21.2%) of 15.2 million MR imaging; 3.5 million (14.2%) of 24.7 million CT imaging; 5.8 million (29.9%) of 19.5 million ultrasound imaging were performed in PS. When the invoice amounts generated by the hospitals for the SSI are examined, while TL 9 billion (20.3%) of the TL 44.5 billion in 2017 was generated by the PS, this rate was realized as 19.6% in 2021. The average cost per application was 120.6 TL in PS in 2017; In 2021, it is at the level of 202.6 TL. Satisfaction levels with the services of health institutions were 73.2% in MoH hospitals in 2017; 66.6% in university hospitals and 61.5% in PS. In 2021, a decline was observed in all sectors, with MOH hospitals at 69.1%; university hospitals 65% and PS at the level of 58.4%.

**Conclusion:** It is seen that the PS has an important role in the Turkish health system. In terms of expenditures of SSI, which is the largest paying institution in Turkey, it is seen that only one fifth of the invoice amounts are generated by PS. However, for the health services provided by the PS, it is necessary to consider the additional fee received from patients according to the Health Practice Communiqué, which can be up to 200%. On the other hand, the low level of satisfaction with the services of PS providers is remarkable. It is recommended by PS managers to determine the sources of dissatisfaction by making analyzes in terms of staff-patient interaction, service environment, bureaucratic practices and to work to increase patient loyalty and satisfaction levels by developing corrective policies.



**Keywords:** Health system, health services, private health sector

## Giriş

Dünya genelinde 200'den fazla ülke bulunmasına rağmen bunlardan sınırlı sayıda ülkede resmi olarak organize edilmiş bir sağlık sektörünün varlığından söz edebilmek mümkündür. Tüm sağlık sistemlerinin temel amaçları ise vatandaşlarını sağlıklı kılmak, hastalıkların tedavi edilmesini sağlamak ve yüksek maliyetlere karşı koruma sağlamaktır.

Bu anlamda 4 temel sistem yapılanmasından söz edilebilir: Bunlardan ilki adını William Beveridge'den alan, devlet tarafından sağlanan ve genel vergilerle finanse edilen Birleşik Krallık, Yeni Zelanda gibi ülkelerde uygulanan Beveridge modelidir. İkincisi kâr amacı gütmeyen sigorta şirketleri tarafından finanse edilen ve kamu ve özel aktörler tarafından sağlık hizmetlerinin sağlandığı, çalışanlar ve işverenlerin prim ödeyerek dahil olduğu Almanya, Fransa, Hollanda, Japonya, İsviçre gibi ülkelerde uygulanan Bismarck modelidir. Kanada, Güney Kore, Türkiye gibi ülkelerde uygulanmakta olan Ulusal Sağlık Sigortası modelinde ise sigorta programları devlet tarafından yürütülmekte, kamu ve özel aktörler tarafından sağlık hizmetleri sağlanmakta, çalışan-işveren primlerine ek olarak devlet sübvansiyonları da söz konusu olmaktadır. Dördüncü sistem ise vatandaşların kamu ve özel sağlık hizmeti sunucularından cepten yaptıkları ödemelerle sağlık hizmeti aldıkları modeldir (Fincham, 2009).

Farklı sağlık sistemlerinde kamu ve özel sektörün farklı ağırlıklarda yer aldığı görülmektedir. Çoğu ülkede kamu hizmet sunucuları baskın bir rol olsa da özel sektörün sağlık hizmetlerine katılımı da önemlidir ve yeni bir olgu değildir. Özel aktörlerin, ister doğrudan hizmet sağlayıcıları (örneğin doktorlar, eczaneler ve hastaneler) ister sağlık hizmeti sunumunda kullanılan malzeme ve teknolojilerin sağlayıcıları veya üreticileri olsun, sağlık hizmeti sunumuna katılımının uzun bir geçmişi vardır (Hallo De Wolf & Toebes, 2016). Özel sektör sağlık hizmeti sunucularının sağlık sistemi içindeki rolünün belirlenmesi, bunların bileşimi, özellikleri ve genel sağlık hizmeti sunumuna katkısı ortaya koymak ve özel sektörün düzenleyici araçlara, teşviklere ve caydırıcı unsurlara, piyasa arz ve talep dinamiklerine nasıl davranacağını ve yanıt vereceğini belirlemek, politika yapıcılar için üzerinde önemle durulması ve rasyonel kararlar alınmasını gerektiren bir mücadele alanıdır (Siddiqi vd., 2023).

Günümüzde pek çok ülkenin çok çeşitli resmi ve gayri resmi hizmet sağlayıcılarla karma sağlık sistemlerine sahip olduğu kabul edilmektedir. Özel sektörün karma sağlık sistemleri içindeki rolü, yetkin sağlık sistemlerinin "tamamlayıcı, makul kalitede bir özel sektör" oluşturduğu durumlarda sosyal faydayı yükseltecek bir şekilde erdemli bir biçim alabilir; aksi halde özel sektörün rolünün net olarak tanımlanmadığı ve düzenlenmediği hallerde ise sağlık hizmetlerine erişim yönünden adaletsiz uygulamaların ortaya çıkması da muhtemeldir (Klinton, 2020). Sağlık sistemleri içerisinde özel sektör genel olarak kar amacı güden hizmet sunucuları, STK'ları ve geleneksel sağlık hizmeti sağlayıcılarını da kapsayan tüm hükümet dışı sağlık hizmetleri sağlayıcıları olarak tanımlanabilir. Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetlerinin önemli bir kısmının özel sağlayıcılar tarafından sunulduğuna yönelik yaygın bir kanı mevcuttur. Bu ülkelerin bazılarında sağlık harcamalarının yüzde 50-70'inin özel sektör hizmetlerine yapıldığına yönelik bulgular olmasına rağmen harcamaya dayalı tahminler, özel sektördeki fiyatların kamu sektörüne göre daha yüksek olması nedeniyle, sunulan bakımın genel oranını muhtemelen olduğundan fazla göstermektedir (Grépin, 2016). Sağlık sistemlerinin nihai hedefi ise vatandaşların sağlıklı olma hallerini sağlayarak ve bunun sürdürülebilirliğini mümkün kılarak toplumların ve tüm dünyanın sağlıklı olmasını sağlamaktır (Sargutan, 2005). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu ve özel sektör bir arada hizmet sunmaktadır. Kamu aktörlerini, Sağlık Bakanlığı'na (SB) bağlı olarak hizmet veren hastaneler ve devlet üniversite hastaneleri oluştururken özel sektör de güçlü bir aktör olarak sağlık hizmeti sunumunda yer almaktadır. Bu çalışmada, Türk sağlık sisteminde özellikle son yıllarda giderek büyük bir pay almaya başlayan özel sektörün sahip olduğu alt yapı imkanları, sağlık hizmeti kullanımındaki yeri ve sağlık harcamalarından aldığı payın incelenmesi amaçlanmıştır.

## Gereç ve Yöntem:

Tanımlayıcı tipteki bu çalışmanın verileri 2017 ve 2021 yılları arasını kapsayacak şekilde, kamuya açık olarak kurumların web sitelerinde paylaşılmış olan Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sosyal Güvenlik Kurumu istatistikleri ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden elde edilmiştir.

Çalışma kapsamında Türkiye'de bulunan kamu, üniversite ve özel sektöre ait sağlık hizmeti sunucularının sayıları, yatak kapasiteleri, nitelikli yatak sayıları, yoğun bakım yatak sayıları ameliyathane hizmetlerine yönelik kapasiteleri, hemodiyaliz hizmeti kapasiteleri, ağız ve diş sağlığı hizmet kapasiteleri, görüntüleme cihaz sayıları ve istihdam ettikleri sağlık personeli sayısı gibi alt yapı imkanları; müracaat sayıları, yatan hasta sayıları, ameliyat sayıları, tıbbi görüntüleme hizmeti sayıları gibi sağlık hizmeti sunum kapasitesi, SGK nezdinde oluşturulan fatura tutarları ve sundukları hizmetlerden duyulan memnuniyet düzeyi gibi değişkenler incelenmiştir. Bu değişkenler içerisinde özel sektörün sahip olduğu alt yapı imkanları, hizmet sunum kapasitesi, üretilen fatura tutarları ve memnuniyet oranları ayrıştırılarak toplam büyüklükler içindeki oranları ortaya konulmuştur.

## Bulgular:

Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, Sosyal Güvenlik Kurumu İstatistikleri ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verileri dikkate alınarak, özel sektör sağlık kuruluşlarının altyapı, sağlık hizmetlerinin kullanımı ve insan kaynakları bakımından sahip olduğu imkanlar ve genel toplamlar içindeki payları aşağıda sunulmuştur:

Tablo 1: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	879	68	571	1.518
2018	889	68	577	1.534
2019	895	68	575	1.538
2020	900	68	566	1.534
2021	908	68	571	1.547

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Tablo 1’de sunulan yıllara ve sektörlere göre hastane sayısının dağılımı incelendiğinde 2017 yılında 571 (%37,6) olan özel hastane sayısının takip eden yıllarda küçük değişimler göstermiş olduğu ve 2021 yılı itibariyle Türkiye’de mevcut olan toplam 1547 hastanenin 571’inin (%36,9) özel sektöre ait olduğu görülmektedir.

Tablo 2: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	135.339	41.324	49.200	225.863
2018	139.651	42.066	50.196	231.913
2019	143.412	42.925	51.167	237.504
2020	156.965	41.987	52.230	251.182
2021	157.714	42.978	53.805	254.497

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Tablo 2’de verilmiş olan yıllara ve sektörlere göre hastane yatağı sayısının dağılımı incelendiğinde 2017 yılında 49.200 (%21,8) olan özel hastane yatağı sayısı takip eden yıllarda artış göstermiş ve 2021 yılı itibariyle Türkiye’de mevcut olan toplam 254.497 hastane yatağının 53.508’inin (%21,1) özel sektöre ait olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Yıllara ve Sektörlere Göre Nitelikli Yatak Sayısı ve Toplam Yataklar İçerisindeki Oranı, (%)

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran
2017	72.561	60,3	22.639	63,8	32.147	95,1	127.347	67,2
2018	83.277	67,4	23.112	64,2	33.014	96,5	139.403	71,9
2019	90.770	72,0	23.790	64,8	33.095	95,1	147.655	74,7
2020	101.388	76,2	24.172	68,8	34.205	96,8	159.765	78,5
2021	103.945	77,9	24.929	69,3	35.119	96,7	163.993	79,7

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Tablo 3’te yıllara ve sektörlere göre nitelikli yatak sayısı ve toplam yataklar içindeki oranları sunulmuş olup, veriler incelendiğinde 2017 yılında 32.147 (%25,2) olan özel hastane nitelikli yatak sayısı takip eden yıllarda artış göstermiş ve 2021 yılı itibariyle Türkiye’de mevcut olan toplam 254.497 nitelikli yatak sayısının 35.119’unun (%21,4) özel sektöre ait olduğu görülmektedir. Yıllara ve sektörlere göre nitelikli yatak sayısının toplam yataklar içindeki oranı incelendiğinde 2017 yılında özel hastane yataklarının %95,1’i nitelikli yatak statüsünde iken 2021 yılı itibariyle bu oranın %96,7’ye yükseldiği görülmektedir.

Tablo 4: Türlerine ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları ve Dağılımı (%), 2021

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Erişkin	18.545	76,4	4.746	67,8	10.032	57,3	33.323	68,4
Çocuk	1.286	5,3	661	9,4	188	1,1	2.135	4,4
Yenidoğan	4.433	18,3	1.588	22,7	7.274	41,6	13.295	27,3
Toplam	24.264	100	6.995	100	17.494	100	48.753	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Tablo 4’te türlerine ve sektörlere göre yoğun bakım yatak sayıları sunulmuştur. 2021 yılı itibariyle yoğun bakım yatak sayılarının türlerine ve sektörlere göre dağılımına bakıldığında; özel sektörün sahip olduğu toplam 17.494 yoğun bakım yatağının; %57,3’ünü

erişkin yoğun bakım yatakları, %1,1'ini çocuk yoğun bakım yatakları ve %41,6'sını ise yenidoğan yoğun bakım yatakları oluşturmaktadır.

Tablo 5: Yıllara ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yataklarının Dağılımı, (%)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
2017	41,4	16,2	42,4	100
2018	42,2	15,9	41,9	100
2019	43,5	15,5	41,0	100
2020	50,2	14,4	35,4	100
2021	49,8	14,3	35,9	100

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Yıllara ve sektörlere göre yoğun bakım yataklarının dağılımının sunulduğu Tablo 5 incelendiğinde 2017 yılında toplam yoğun bakım yataklarının %42,4'ü özel hastanelerde bulunurken takip eden yıllarda bu oran azalış göstermiş ve 2021 yılı itibariyle %35,9 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 6: Yıllara ve Sektörlere Göre Hemodiyaliz Merkezi ve Cihazı Sayısı

	Sağlık Bakanlığı		Üniversite		Özel		Toplam	
	Merkez Sayısı	Cihaz Sayısı	Merkez Sayısı	Cihaz Sayısı	Merkez Sayısı	Cihaz Sayısı	Merkez Sayısı	Cihaz Sayısı
2017	483	5706	58	1244	324	10.013	865	16.963
2018	502	5953	55	1162	325	10.207	882	17.322
2019	511	6229	55	1162	320	10.368	886	17.759
2020	526	6460	56	1183	320	10.473	902	18.116
2021	539	6821	56	1190	315	10.539	910	18.550

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Tablo 6'da yıllara ve sektörlere göre hemodiyaliz merkezlerinin ve cihazlarının dağılımı verilmiştir. Tablo incelendiğinde 2017 yılında toplam 865 merkezin 324'ü (%37,5) ve toplam 16.963 cihazın 10.013'ü (%59) özel sektöre ait olup, 2021 yılı itibariyle toplam 910 merkezin 315'i (34,6) ve toplam 18.550 cihazın 10.539'unun (56,8) özel sektöre ait olduğu görülmektedir.

Tablo 7: Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları, 2021

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	375	111	474	960
BT	583	146	542	1.271
Ultrason	2.810	1.036	2.430	6.276
Doppler Ultrason	4.350	667	1.811	6.828
EKO	1.720	337	793	2.850
Mamografi	396	78	490	964

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Tablo 7'de 2021 yılı itibariyle sektörlere göre hastanelerde bulunan tıbbi cihaz sayılarının durumu sunulmuştur. Tablo incelendiğinde; özel hastanelerin 474 MR cihazı ile toplam MR sayısının %49,4'üne, 542 BT cihazı ile toplam BT sayısının %42,6'sına, 2.430 ultrason cihazı ile toplam ultrason sayısının %38,7'sine, 1.811 doppler ultrason cihazı ile toplam doppler ultrason sayısının %26,5'ine, 793 EKO cihazı ile toplam EKO sayısının %37,8'ine ve 490 mamografi cihazı ile toplam mamografi sayısının %50,8'ine sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Yıllara ve Kurum Türlerine Göre Toplam Hekime Müracaat Sayısı, Tüm Sektörler

	2017	2018	2019	2020	2021
Özel Tıp Merkezleri	18.912.829	19.055.722	18.298.592	14.527.627	15.672.466
Hastaneler	461.519.553	494.385.911	506.503.164	332.613.569	414.454.404
Sağlık Bakanlığı	350.347.005	377.045.707	387.622.848	239.981.820	305.040.174
Üniversite	38.963.933	42.665.139	46.211.148	31.725.506	40.102.992
Özel	72.208.615	74.675.065	72.669.168	60.906.243	69.311.238
2. ve 3. Basamak Toplamı	480.432.382	513.441.633	524.801.756	347.141.196	430.126.870

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Tablo 8’de sunulan yıllara ve kurum türlerine göre toplam hekime müracaat sayıları incelendiğinde; 2017 yılında 2. ve 3. Basamak sağlık tesislerine yapılan toplam 480,4 milyon müracaatın 91,1 milyonunun (%19) özel sağlık tesislerine yapıldığı görülmektedir. 2018 ve 2019 yıllarında bu oran sırası ile %18,3 ve %17,3 olarak gerçekleşerek bir düşüş gözlemlenmiştir. 2020 yılında ise özel sağlık tesislerinin toplam müracaatlar içinde aldığı pay %21,7’ye ulaşmıştır. 2021 yılında ise toplam 430,1 milyon müracaatın 84,9 milyonu özel sektör tarafından karşılanmış ve toplam müracaatlar içindeki %19,8 olarak gerçekleştirmiştir.

Tablo 9. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelere Kişi Başı Müracaat Sayısı

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	4,4	4,6	4,7	2,9	3,6
Üniversite	0,5	0,5	0,6	0,4	0,5
Özel	0,9	0,9	0,9	0,7	0,8
Toplam	5,8	6,1	6,1	4,0	4,9

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Tablo 9’da verilen yıllara ve sektörlere göre hastanelere kişi başı müracaat sayısı incelendiğinde 2017 yılında özel hastanelerde 0,9 olan kişi başı müracaat sayısı 2021 yılı itibariyle toplam 0,8 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 10. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatan Hasta Sayısı

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	7.606.159	7.675.972	7.742.707	5.517.337	6.110.494
Üniversite	1.982.410	1.955.983	2.072.720	1.546.362	1.859.399
Özel	4.120.734	4.019.422	3.990.922	3.556.818	3.815.599
Toplam	13.709.303	13.651.377	13.806.349	10.620.517	11.785.492

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatan hasta sayısının sunulduğu Tablo 10 incelendiğinde özel hastanelerin 2017 yılında 4.1 milyon yatan hasta sayısı ile toplam 13,7 milyon yatışın %30,1’ini, 2021 yılında ise 3,5 milyon yatan hasta sayısı ile toplam 10,6 milyon yatışın %32,4’ünü gerçekleştirdiği görülmektedir.

Tablo 11: Yıllara ve Sektörlere Göre Toplam Ameliyat Sayıları

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	2.590.538	2.766.914	2.796.484	1.613.841	2.191.281
Üniversite	815.076	903.002	948.936	708.994	939.861
Özel	1.525.685	1.531.822	1.478.395	1.399.383	1.572.952
Toplam	4.931.299	5.201.738	5.223.815	3.722.218	4.704.094

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Tablo 11’de ameliyat sayılarına ilişkin veriler sunulmuştur. Yıllara ve sektörlere göre ameliyat sayıları incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında 815.076 ameliyat sayısı ile toplam 4,9 milyon ameliyatın %30,9’unu, 2021 yılında ise 1,5 milyon ameliyat ile toplam 4,7 milyon ameliyatın %33,4’ünü gerçekleştirmiştir.

Tablo 12: Sektörlere ve Ameliyat Gruplarına Göre Ameliyat Sayıları ve Dağılımı, (%), 2021

	A		B		C		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	263.967	43,8	754.433	45,5	1.172.881	48	2.191.281	46,6
Üniversite	148.216	24,6	373.474	22,5	418.171	17,1	939.861	20
Özel	190.180	31,6	530.777	32	851.995	34,9	1.572.952	33,4
Toplam	602.363	100	1.658.684	100	2.443.047	100	4.704.094	300

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

2021 yılı itibarıyla sektörlere ve ameliyat gruplarına göre ameliyat sayıları ve dağılımının sunulduğu Tablo 12 incelendiğinde A grubu ameliyatlara %31,6'sının, B grubu ameliyatlara %32'sinin ve C grubu ameliyatlara ise %33,4'ünün özel hastaneler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir.

Tablo 13: Yıllara ve Sektörlere Göre Hastanelerde Yatılan Gün Sayısı

	2017	2018	2019	2020	2021
Sağlık Bakanlığı	34.065.595	34.651.119	35.229.409	28.641.582	30.370.013
Üniversite	11.072.754	10.664.127	10.935.287	8.839.894	9.971.722
Özel	11.032.616	11.326.789	11.336.841	10.686.986	11.400.432
Toplam	56.170.965	56.642.035	57.501.537	48.168.462	51.742.167

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

Yıllara ve sektörlere göre hastanelerde yatılan gün sayılarının sunulduğu Tablo 13 incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında 11 milyon gün ile toplam 56,1 milyon günün %19,6'sını, 2021 yılında ise 11,4 milyon gün ile toplam 51,7 milyon günün %22'sini gerçekleştirmiştir.

Tablo 14: Sektörlere Göre Hastanelerde Görüntüleme Sayısı, 2021

	MR	BT	Ultrason	Doppler Ultrason	EKO	Mamografi
Sağlık Bakanlığı	10.023.807	18.008.250	11.363.596	13.185.789	5.031.267	1.189.994
Üniversite	1.984.267	3.171.108	2.298.689	1.085.804	924.091	273.676
Özel	3.230.906	3.509.229	5.827.612	2.571.926	1.679.444	463.047
Toplam	15.238.980	24.688.587	19.489.897	16.843.519	7.634.802	1.926.717

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

2021 yılı itibarıyla sektörlere göre hastanelerdeki görüntüleme sayılarının sunulduğu Tablo 14 incelendiğinde MR görüntülemelerinin %21,2'sinin, BT görüntülemelerinin %14,2'sinin, ultrason görüntülemelerinin %29,9'unun, doppler ultrason görüntülemelerinin %15,3'ünün, EKO görüntülemelerinin %22'sinin ve mamografilerin ise %24'ünün özel hastaneler tarafından gerçekleştirildiği görülmektedir.

Tablo 15: Sektörlere ve Unvanlara Göre Sağlık Personelinin Dağılımı, 2021

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	45.672	16.228	31.617	93.517
Pratisyen Hekim	47.216	807	5.012	53.035
Asistan Hekim	14.360	22.657	-	37.017
Toplam Hekim	107.248	39.692	36.629	183.569
Uzman Dış Hekimi	1.077	2.125	3.337	6.539
Dış Hekimi	10.528	362	19.841	30.731
Asistan Dış Hekimi	30	2.551	-	2.581
Toplam Dış Hekimi	11.635	5.038	23.178	39.851
Eczacı	4.033	728	32.450	37.211
Hemşire	155.588	37.021	39.833	232.442
Ebe	54.178	925	2.805	57.908
Diğer Sağlık Personeli	142.712	21.617	55.301	219.630
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	252.626	73.338	155.347	481.311
Toplam Personel	728.020	178.359	345.543	1.251.922

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2023.

2021 yılı itibarıyla sektörlere ve unvanlara göre sağlık personelinin göre dağılımının sunulduğu Tablo 15 incelendiğinde özel sektörde 31.617'si uzman 5.012'si pratisyen olmak üzere toplam 36.629 hekim, 3.337'si uzman dış hekim 19.841'i dış hekim olmak üzere toplam 23.178 dış hekim, 32.450 eczacı, 39.833 hemşire, 2.805 ebe, 55.301 diğer sağlık personeli ve 155.347 diğer personel olmak üzere toplam 345.543 personel görev yapmaktadır.

Ülkemizdeki toplam 1.251.922 sağlık personelinin %27,6'sı özel sektörde yer almaktadır. Yıllara ve sektörlere göre toplam hekim sayısının dağılımı incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında toplam hekimlerin %19,7'sini istihdam ederken takip eden yıllarda bu oran dalgalı bir seyir göstermiş ve 2021 yılında %20 olarak gerçekleşmiştir.

Yıllara ve sektörlere göre; pratisyen hekim sayısının dağılımı incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında pratisyen hekimlerin %12,7'sini istihdam ederken takip eden yıllarda bu oran giderek bir düşüş göstermiş ve 2021 yılında %9,5 olarak gerçekleşmiştir. Uzman hekim sayısının dağılımı incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında uzman hekimlerin %29,4'ünün istihdam ederken takip eden yıllarda bu oran giderek bir artış göstermiş ve 2021 yılında %33,8 olarak gerçekleşmiştir. Hemşire ve ebe sayısının dağılımı incelendiğinde özel hastaneler 2017 yılında hemşire ve ebelerin %15,4'ünü istihdam ederken takip eden yıllarda bu oran dalgalı bir seyir göstermiş ve 2021 yılında %14,7 olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 16: Yıllara ve Sektörlere Göre Sağlık Hizmeti Sunucuları Tarafından Oluşturulan Fatura Tutarları (Bin TL, KDV Hariç)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Devlet Basamak Hastaneleri 2.	14.724.847	15.846.098	16.095.716	13.100.719	16.654.225	27.969.293
Devlet Basamak Hastaneleri 3.	12.408.747	13.201.645	14.276.804	15.018.786	24.014.761	38.317.398
Özel 2. Basamak Hastaneleri	9.055.398	9.426.962	9.831.592	12.666.067	14.195.803	20.258.298
Üniversite Hastaneleri	9.354.777	10.792.632	12.134.601	12.601.561	17.462.851	26.916.192
Genel Toplam	44.543.769	49.267.338	52.338.713	52.387.132	72.327.640	113.461.181

Kaynak: SGK, 2023a.

Yıllara ve sektörlere göre sağlık hizmeti sunucuları tarafından oluşturulan fatura tutarları incelendiğinde (Tablo 16) 2017 yılında üretilmiş olan toplam 44,5 milyar TL faturanın 9 milyar TL'si (%20,3), 2021 ve 2022 yıllarında ise sırasıyla %19,6 ve %17,9'u özel sektör tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 17: Yıllara ve Sektörlere Göre Sağlık Hizmeti Sunucularına Yapılan Müracaat Başına Ortalama Maliyet (TL)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Devlet 2. Basamak	52,6	52,3	51,9	71,8	79,4	104,0
Devlet 3. Basamak	101,4	104,5	107,1	167,4	193,4	235,7
Özel 2. Basamak	120,6	125,2	126,0	181,4	202,6	267,9
Üniversite	208,5	220,2	236,2	358,5	387,1	507,5
Genel Toplam	85,8	87,9	91,3	141,0	161,1	202,6

Kaynak: SGK, 2023a.

Yıllara ve sektörlere göre sağlık hizmeti sunucuları yapılan müracaat başına ortalama maliyetleri incelendiğinde (Tablo 17) özel hastanelere yapılan müracaat başına maliyetin 2017 yılında 120,6 TL, 2021 ve 2022 yıllarında ise sırası ile 202,6 ve 267,9 TL olduğu görülmektedir.

Tablo 18: Yıllara ve Sektörlere Göre Sağlık Kuruluşlarının Hizmetlerinden Memnuniyet, (%)

	2017	2018	2019	2020	2021
Devlet	73,2	72,6	67,9	73,0	69,1
Üniversite	66,6	63,7	57,8	69,2	65,0
Özel	61,5	57,5	56,0	60,2	58,4
Toplam	71,7	70,4	67,1	72,1	68,1

Kaynak: TÜİK, 2022.

TÜİK tarafından hesaplanarak yayımlanan ve Tablo 18'de sunulan yıllara ve sektörlere göre sağlık kuruluşlarının hizmetlerinden memnuniyet oranı incelendiğinde özel hastanelerden duyulan memnuniyet düzeyinin 2017 yılında %61,5 düzeyindeyken 2018 ve 2019 yıllarında düşüş göstererek %57,5 ve %56 olarak gerçekleştiği, 2020 yılında %60,2 düzeyine erişerek 2021 yılında ise %58,4 olduğu görülmektedir.

## Sonuç ve Öneriler:

Türkiye'de sağlık sektörü giderek artan nüfus, hızlanan yaşlanma olgusu, teknolojinin gelişmesi, toplumun sağlık ihtiyacının ve beklentilerinin yükselmesi, kronik hastalıklarda görülen artış ve sağlık turizminin hızlandırıcı etkileri gibi sebeplerle giderek büyüme eğilimi göstermektedir. Bu büyümenin ve hizmet talebinin karşılanabilmesi için yapılması gereken yatırımlar devlet tarafından yapılabileceği gibi özel sektör de bu alanda belirlenen kıstaslar dahilinde kendini konumlandırmaktadır (Yıldırım ve Konca, 2018). Gelişmekte olan birçok ülkede bu dinamikler, özel sektörün sistem içerisinde belli bir paya sahip olması durumunu ortaya çıkarmaktadır (Altay, 2007). Türk sağlık sistemi içerisinde özel sektörün, sağlık hizmeti sunan kurumlar ve alt yapıları, sağlık hizmeti sunumu ve SGK tarafından yapılan ödemeler açısından önemli bir yere sahip olduğu görülmektedir.

Özel Hastaneler Yönetmeliği'nin Ek 4'üncü maddesi hükümleri gereğince, Sağlık Bakanlığının "faaliyetine ihtiyaç duyulan sağlık kurum ve kuruluşları ile bunlara ait sağlık insan gücü, tıbbi hizmet birimleri ve nitelikleri ile teknoloji yoğunluklu tıbbi cihaz dağılımı alanlarında kamu ve özel sektörü kapsayacak şekilde planlama" yapılacağı hususu düzenlenmiş ve bu planlamanın amacının ise "sağlık hizmetlerinin, demografik yapı ve epidemiyolojik özellikler de göz önünde bulundurulmak suretiyle kaliteli, hakkaniyete uygun ve verimli şekilde sunulması; sağlık kurum ve kuruluşlarının hizmet kapasiteleri, sağlık insan gücü ile çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülke düzeyinde dengeli dağılımının sağlanması; koruyucu sağlık ve acil sağlık hizmetleri gibi işbirliği halinde hizmet sunumunun gerekli olduğu alanlarda uygun kapasitenin oluşturulması; kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaması" şeklinde belirtilmiştir. Bu kapsamda muayenehaneler hariç olmak üzere, özel hastaneler, özel poliklinikler ve özel tıp merkezleri sağlık insan gücü, bina, fizik yapı, tesis ile tıbbi donanım ve hizmet standartları açısından Sağlık Bakanlığı'na belirlenen sınırlar dahilinde faaliyet göstermektedir. (Resmî Gazete, 2002). Bu planlama hükümleri özel sektör hizmet sunucularının kontrolsüz bir şekilde çoğalmasını, ülke düzeyinde dengesizlikler oluşmasını önlemek amacıyla hayata geçirilmiş olup, sonuçta özel sektör sağlık hizmeti sunucuları 2009-2017 yılları arasında yılda %13'lük bir büyüme ortaya koyarak toplam sağlık hizmeti sunucularının harcamalarından yaklaşık %25-27 düzeyinde bir pay elde etmiştir. Özellikle büyük hastane zincirleri bu dönemde büyük yatırımlar yaparak sistem içindeki ağırlığını geliştirmiştir (TOBB, 2017).

2021 yılı itibarıyla genel sistem yapısına bakıldığında, yukarıda sözü edilen özel sektör payı korunmuş, toplam hekimlerin beşte birini, uzman hekimlerin ise üçte birini istihdam eden özel sektör sağlık kurumları, hastanelere yapılan başvuruların yaklaşık beşte birini, yatan hastaların ve yapılan ameliyatların da yaklaşık üçte birini karşılamıştır. Görüntüleme hizmetlerinde de özel hastanelerin önemli bir paya sahiptir. Türkiye'de sağlık harcamalarının kamu açısından en büyük ödeyicisi olan SGK harcamalarına bakıldığında ise toplam fatura tutarlarının sadece beşte birinin özel hastaneler tarafından oluşturulduğu görülmektedir. Ancak özel sektörün sunduğu sağlık hizmetleri karşılığında ödenen ücretler açısından, SGK tarafından yayınlanan Sağlık Uygulama Tebliği'ne göre hastalardan alınan ve %200'e kadar yükselebilen ilave ücret uygulamasının (SGK, 2023b) da göz önünde bulundurulması gereklidir. Diğer yandan özel sektör sağlık hizmeti sunucularının sundukları hizmetlerden duyulan memnuniyet düzeyinin düşüklüğü de dikkat

çekicidir. Özel hastane yöneticileri tarafından personel ve hasta etkileşimi, hizmet sunulan ortam ve bürokratik uygulamalar açısından analizler yapılarak memnuniyetsizlik kaynaklarının belirlenmesi ve düzeltici politikalar geliştirilerek hasta sadakati ve memnuniyet düzeylerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapılması önerilmektedir.

**Kaynaklar:**

1. Altay, A. (2007). Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, 64, 33-58.
2. Fincham J. E. (2009). *The Healing of America: A Global Quest for Better, Cheaper, and Fairer Health Care*. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 73(7), 127.
3. Grépin, K.A. (2016). *Private Sector An Important But Not Dominant Provider Of Key Health Services In Low- And Middle-Income Countries*. *Health Affairs*, 35:7, 1214-1221.
4. Hallo De Wolf, A., & Toebes, B. (2016). *Assessing Private Sector Involvement in Health Care and Universal Health Coverage in Light of the Right to Health*. *Health and Human Rights*, 18(2), 79-92.
5. Klinton J. (2020). *The Private Health Sector: An Operational Definition*. Geneva.
6. Resmî Gazete. (2002). *Özel Hastaneler Yönetmeliği*. Tarih: 27/3/2002, Sayı: 24708.
7. Sağlık Bakanlığı. (2023). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021*, Ankara.
8. Sargutan, A. E. (2005). *Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı*. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(3), 400-428.
9. Siddiqi, S., Aftab, W., Venkat Raman, A., Soucat, A., & Alwan, A. (2023). *The Role of The Private Sector in Delivering Essential Packages of Health Services: Lessons From Country Experiences*. *BMJ Global Health*, 8(Suppl 1), e010742.
10. Sosyal Güvenlik Kurumu. (2023a). *Sosyal Güvenlik Kurumu Aylık Bülteni, Sağlık İstatistikleri*, Ankara.
11. Sosyal Güvenlik Kurumu. (2023b). *Sağlık Uygulama Tebliği*.
12. TOBB (Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği). *Türkiye Sağlık Sektörüne Genel Bakış*, Ankara.
13. Türkiye İstatistik Kurumu. (2022). *Yaşam Memnuniyeti Araştırması*, Ankara.
14. Yıldırım, H.H. ve Konca, M. (2018). *Türkiye'de Özel Sağlık Kurumları Sektörü: Mevcut Durum, Sorunlar ve Çözüm Önerileri*. *TÜSPE Analiz: 2018/5*, TÜSPE Yayınları, Ankara.



## Sağlık Çalışanlarının Covid-19 Korkusu ve Mesleki Kaygı Düzeylerinin Yaşam Memnuniyetleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi

Kadriye SÖNMEZ<sup>1</sup>, İbrahim Halil CANKUL<sup>2</sup>, Abdul Yusuf TUNCER<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*İstanbul Topkapı Üniversitesi*

<sup>2</sup>*İstanbul Arel Üniversitesi*

Sorumlu Yazar: [kadriyesonmez@topkapi.edu.tr](mailto:kadriyesonmez@topkapi.edu.tr)

Sağlık alanında çalışanların iş stresi ve mesleki kaygı düzeylerinin oldukça yüksek olduğu bilinmektedir. Bu duruma ayrıca pandeminin de eklenmesi sağlık çalışanlarının mesleki kaygılarını artırmakta ve onları tükenmişliğe kadar sürükleyebilmektedir. Sağlık sistemlerinin yeterli hazırlığının olmaması, salgın sürecinde sağlık çalışanlarına yönelik olarak eğitim de dahil olmak üzere kurumsal destek sistemlerinin yetersizliği, salgının büyüklüğü, trajik vakaların basında sansasyonel bir şekilde ele alınması, o dönemdeki salgın sürecinin belirsizliği ve diğer vatandaşların kaygı verici genel tepkisi bu süreçte sağlık çalışanlarının yaşadıkları korku ve mesleki kaygıları artıran unsurların başında gelmektedir. Bu çalışmada "Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Korkusu ve Mesleki Kaygı Düzeylerinin Yaşam Memnuniyetleri Üzerine Etkisinin İncelenmesi" amaçlanmıştır. Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırma İstanbul ili Ümraniye ilçesinde özel bir hastane üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın evreni 235 kişiden oluşmaktadır. Gönüllülük esasına göre araştırmaya 205 personel dahil olmuştur. Bu katılımcılar doktor ve hemşirelerden oluşmaktadır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS analiz programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın dikkat çeken bulgularına göre; sağlık çalışanlarının covid korku düzeylerinin genel olarak düşük olduğu, meslek kaygısı düzeylerinin genel olarak orta düzeyde olduğu görülürken, yaşam memnuniyet düzeylerinin genel olarak düşük olarak ortaya çıktığı belirlenmiştir. Yaşam memnuniyet düzeyleri puanları bakımından; çalışanların gelir düzeyi arttıkça yaşam memnuniyeti düzeylerinde artış meydana geldiği ve çalışanların eğitim düzeyi arttıkça yaşam memnuniyeti düzeylerinin de artış gösterdiği tespit edilmiştir. Araştırma sonucuna göre; covid-19 korkusu puanı ile meslek kaygısı puanı arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişkinin meydana geldiği görülürken covid-19 korkusu ile yaşam doyumunu arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişki ve meslek kaygısı ile yaşam doyumunu arasında ise negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişkinin meydana geldiği belirlenmiştir.

Sağlık çalışanlarının yaşadığı yüksek düzeydeki moral bozukluklarının yanında, çalışma saatleri dışındaki sosyal mesafe önlemleriyle şiddetlenen çeşitli stres durumları, çalışanlarda mesleki kaygı ve korku düzeylerini artırmıştır. Salgın nedeni ile artan bu korku ve mesleki kaygılar, sağlık çalışanlarının iş yeri memnuniyetini ve çalışma motivasyonlarını düşürerek yaşam kalitelerini olumsuz etkilemiştir. Bu genel durumun, çalışanların tek başına bütün olumsuzluklarla baş etmesini güçlendirdiği konusunu öne çıkarmaktadır. Bu nedenle ilgili kurum ve kuruluşlarca çalışanlarının ruh sağlığını etkili bir şekilde destekleyebilecek programların uygulanması önemlidir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık çalışanları, COVID-19 Korkusu, Mesleki Kaygı, Yaşam Memnuniyeti.

### Investigation of The Effect of Healthcare Workers' Fear of Covid-19 And Professional Anxiety Levels on Their Life Satisfaction

It is known that the work stress and professional anxiety levels of employees in the healthcare field are quite high. The addition of the pandemic to this situation increases the professional anxiety of healthcare professionals and can lead them to burnout. The lack of adequate preparation of health systems, the inadequacy of institutional support systems, including training, for health workers during the epidemic, the magnitude of the epidemic, the sensational coverage of tragic cases in the press, the uncertainty of the epidemic process at that time and the worrying general reaction of other citizens. It is one of the factors that increase the fear and professional anxiety they experience. This research aimed to "Examine the Effect of Healthcare Workers' Fear of COVID-19 and Professional Anxiety Levels on their Life Satisfaction". The research is a descriptive type research. The research was conducted in a private hospital in the Ümraniye district of Istanbul. The population of the research consists of 235 people. 205 personnel participated in the research on a voluntary basis. These participants consist of doctors and nurses. The data obtained in the research were analyzed using the SPSS analysis program. According to the remarkable findings of the research; It was determined that the Covid fear levels of healthcare workers were generally low, their occupational anxiety levels were generally moderate, while their life satisfaction levels were generally low. In terms of life satisfaction levels scores; It has been determined that as the income level of employees increases, their life satisfaction levels increase, and as the education level of employees increases, their life satisfaction levels also increase. According to the research results; While it was observed that there was a positive, moderately significant relationship between the fear of covid-19 score and the job anxiety score, it was determined that there was a negative, weakly significant relationship between the fear of covid-19 and life satisfaction, and a negative, weakly significant relationship between the fear of covid-19 and life satisfaction.

In addition to the high level of demoralization experienced by healthcare professionals, various stress situations exacerbated by social distance measures outside working hours have increased the levels of professional anxiety and fear in employees. This increased fear and professional concerns due to the epidemic has negatively affected the quality of life of healthcare workers by reducing their workplace satisfaction and work motivation. This general situation highlights the fact that it empowers employees to cope with all negativities on their own. For this reason, it is important for relevant institutions and organizations to implement programs that can effectively support the mental health of their employees.

**Keywords:** Healthcare workers, Fear of COVID-19, Professional Anxiety, Life Satisfaction.

Pandemi yeni bir hastalığın dünya çapında ortaya çıkması, geniş bir alanda yayılması ve birçok insanı etkilemesi olarak tanımlanır (Morens, D. M., Folkers, G. K., ve Fauci, 2009).

Hastalıklar mikroorganizmalar ya da ürettikleri toksik maddeler ile doğrudan ya da dolaylı bir şekilde kişiler arasında yayılır. Bu şekilde yayılan hastalıkları insanlık tarihinden bu yana yaşamı tehdit eden önemli unsurlardan biridir. Tükenmişlik (staff burn-out) kavramı ilk olarak 1974 yılında Amerikalı araştırmacı Herbert J. Freudenberger tarafından ortaya atılmıştır.

Freudenberger bu kavramı İngilizce sözlük anlamı çok fazla enerji, güç ya da kaynak harcayarak bitmek, pes etmek, devam edememekten esinlenerek kullanmıştır. Psikolojik bir terim olarak tanımlaması ise bilişsel ve duygusal etmenlerin kişide nasıl fiziksel belirtilere ve davranışsal değişikliklere yol açtığı şeklindedir. Freudenberger bu belirtileri fiziksel ve davranışsal olarak ikiye ayırır.

Fiziksel semptomların fark edilmesi ve ayırt edilmesi çok kolaydır. Fiziksel semptomlardan bazıları şunlardır; kişi kendini sürekli yorgun ve bitkin hissedebilir vb. durumların ortaya çıkmasıdır. Davranışsal belirtiler ise içerisinde bulunulan bağlama göre değişebilir. Freudenberger davranışsal belirtilere bir çalışanın bir duruma gerektiğinden daha hızlı sinirlenmesi, üzülmeye başlaması, üzülmeye başlaması, sesini yükseltir. Tükenmişlik durumunu objektif bir şekilde ölçmek amacıyla birçok ölçek geliştirilmiştir. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory) ismini verdikleri ölçüm aracında tükenmişliği tanımlarken ele aldıkları cevapları üç ana başlıkta incelemişlerdir. Bu başlıklar sırasıyla; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıdır. Duygusal tükenme tükenmişlik kavramının merkezinde yer alır. Tükenmişliği yaşayan kişi yoğun stres hissedebilir ve duygusal ve fiziksel kaynakları hızla azalmaya başlar. Daha çok insanlarla yüz yüze çalışma gerektiren mesleklerde görülmektedir. Duyarsızlaşma, tükenme yaşayan çalışanın diğer insanlarla ilişkisine yansıyan ayağıdır. Duyarsızlaşmayı yaşayan kişi çalışma arkadaşları ve hizmet verdiği kişilere karşı keyifsizdir ve onlara karşı olumsuz ve sert bir tavır takınır. Kişisel başarı tükenmişlik yaşayan kişinin yaptığı işte kendini değerlendirirken negatif ve eleştirel olmasına odaklanan boyuttur. Kişi tükenmişlik yaşarken yaptığı işleri ve kendi performansını beğenmez. Maslach ve Leiter'e (2005) göre tükenmişliği etkileyen faktörler şunlardır; iş yükü, kontrol mekanizmasının iyi çalışmaması, ödül eksikliği, beraber çalışılan insanlara karşı memnuniyetsizlik, adalet hissetmeme ve kişinin değerleriyle çalışılan kurumun çalışma şeklinin uygun olmaması.

## Yöntem

### Amaç ve Önem

Bu araştırma covid-19 pandemi koşullarının nelere etki ettiğini görmek, sağlık çalışanlarının iş motivasyonunu incelemek ve sağlık kurumlarının yönetimin bu süreçle nasıl bir ilişkisinin olduğunu incelenmeyi amaçlamaktadır.

### Problem Cümlesi

Bu araştırmanın problem cümlesini "Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Korkusu ve Mesleki Kaygı Düzeylerinin Yaşam Memnuniyetleri Üzerine Etkisinin var mıdır?" oluşturmaktadır. "Sağlık çalışanlarının yaşam memnuniyetlerinin olumlu düzeyde yüksek olması iş ortamındaki verimliliği ve etkililiği önemli derecede etkilediği görülmüştür. Yaşam memnuniyeti iş yükü, çalışma koşulları, istihdam gibi faktörlerden etkilenmektedir. Bu çalışmada sağlık çalışanlarının yaşam memnuniyetlerini COVID-19 Korkusu ve mesleki kaygılarının etkileyip etkilemediği incelenmiş ve bu parametrelerin birbirleri ile olan ilişkisi belirlenmiştir.

Araştırmanın hipotezleri aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır:

- Sağlık çalışanlarının COVID-19 korkusu, meslek kaygısı ve yaşam memnuniyet düzeyleri demografik özelliklere göre farklılık göstermektedir.
- Sağlık çalışanlarının COVID-19 korkusu, meslek kaygısı ve yaşam memnuniyet düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.
- Sağlık çalışanlarının Mesleki kaygısı, yaşam memnuniyetlerinin anlamlı bir yordayıcısıdır.
- Sağlık çalışanlarının Covid-19 korkusu, yaşam memnuniyetlerinin anlamlı bir yordayıcısıdır.

### Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Araştırma İstanbul ili Ümraniye ilçesinde özel bir hastanede görev yapan sağlık çalışanlarına uygulanmıştır. Şubat 2021 ve Mayıs 2021 tarihleri uygulama yapılmıştır. Araştırma, sağlık çalışanlarının COVID-19 korkusu ve mesleki kaygı düzeylerinin saptanması ve bu durumun yaşam memnuniyetlerinin üzerine etkisini belirlemek amacıyla tanımlayıcı tipte bir çalışmadır. Buna göre yöntem olarak nicel bir araştırma gerçekleştirilmiştir.

### Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evreni sağlık kurumlarında çalışan doktor, hemşire-ebe ve sağlık teknikerleri ve teknisyenlerinden oluşan 300 sağlık personeli oluşturmaktadır (N=300).

### Veri Toplama Araçları

- Birinci bölümünde; Araştırmaya katılan sağlık çalışanlarının demografik bilgileri hakkında veri toplamak için araştırmacı tarafından hazırlanmış soru ve ifadelerden oluşmaktadır. Mevcut demografik bilgi formunda sağlık çalışanlarının yaş, cinsiyet, meslek vb. özelliklerini belirlemeye yönelik 11 soru sorulmuştur.

- İkinci bölümünde; Araştırmada sağlık çalışanlarının tükenmişlik düzeylerini ölçmek amacıyla Christina Maslach ve Susan Jackson (1981) tarafından geliştirilen Maslach Tükenmişlik Ölçeği (Maslach Burnout Inventory-MBI) kullanılmış 22 soru sorulmuştur.

- Üçüncü bölümünde ; Araştırmada sağlık çalışanlarının çalıştıkları sağlık kuruluşlarına karşı kurumsal yönetim algılarını ölçmek amacıyla Kurumsal Yönetim Algısı Ölçeği kullanılmış 25 soru sorulmuştur

### Verilerin Analizi

Verilerin analizinde SPSS 22.0 istatistik paket programı kullanılmıştır. Hipotezlerin sınanmasında ve anlamlılık değerlendirmesinde normal dağılım gösterip göstermemesi durumuna göre t testi, Tek Yönlü Varyans Analizi(ANOVA), korelasyon ve regresyon uygulanmıştır.

### Bulgular

Değişken	Alt Değişken	f	%
Cinsiyet	Kadın	111	54,1
	Erkek	94	45,9
Yaş Grubu	20 – 30 yaş	128	62,4
	31 - 40 yaş	39	19,0
	41 - 50 yaş	28	13,7
	51+ yaş	10	4,9
Medeni Durum	Bekar	131	63,9
	Evli	74	36,1
Gelir Düzeyi	0-3.000 TL	92	44,9
	3.000-6.000 TL	82	40,0
	6.000-10.000 TL	31	15,1
Eğitim Durumu	Lise	62	30,2
	Lisans	118	57,6
	Lisansüstü	25	12,2
	Toplam	205	100

Araştırma yaparsan sağlık çalışanlarının cinsiyet, yaş grubu, medeniyet durum gelir düzeyi ve eğitim durumu değişkenleri bakımından dağılımları incelenmiştir. Yapılan analiz sonuçlarına göre araştırmaya katılan çalışanların %54,1'inin kadın ve %45,9'unun erkek olduğu görülmektedir. Kısıtırmaya katılan çalışanların %62,4'ünü 20-30 yaş grubunda, %19'unun ise 31-40 yaş grubunda olduğu belirlenmiştir. Çalışanların %63,9'u bekar, %36,1'i evlidir. Araştırmaya katılmaya çalışanların %44,9'u 3.000 TL ve altı, %40'ı 3.000-6.000 TL ve %15,1'i ise 6.000-10.000 TL gelir düzeyine sahiptir. Araştırmaya katılan çalışanların %57,6'sı lisans, %12,2'si lisansüstü eğitim düzeyine sahiptir.

### Sağlık Çalışanlarının COVID-19 Korkusu, Meslek Kaygısı ve Yaşam Memnuniyet Düzeyleri Betimsel İstatistik Değerleri

	Katılımcı Sayısı	Ortalama	Standart Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Covid Korku	205	2,76	0,931	-,050	-,656
Meslek Kaygı	205	3,36	0,923	-,559	,166
Memnuniyet	205	3,56	1,211	-,800	,862

Sağlık çalışanlarına 7 soruluk COVID-19 korkusu ölçeğindeki sorulara 1 (Hiç katılmıyorum) ile 5 (Tamamen katılıyorum) arasında cevap vermeleri istenmiştir. 205 kişilik grubun genel ortalaması 2.76 ve standart sapması 0.93 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 1 ve en yüksek puanın 5 olduğu dikkate alındığında 2.76 olan katılımcı puanlarının orta düzeye yakın ve düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Buna göre sağlık çalışanlarının covid korkusu düzeylerinin genel olarak düşük olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum covid riskinin günümüzde büyük ölçüde ortadan kalkmış olması ile ilgili olabilir. Ayrıca ölçek puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde -1 ve +1 aralığında yer aldığı ve bu değerlerin normal dağılıma uygun olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanlarına 22 soruluk Meslek Kaygısı ölçeğindeki sorulara 1 (Hiç katılmıyorum) ile 5 (Tamamen katılıyorum) arasında cevap vermeleri istenmiştir. 205 kişilik grubun genel ortalaması 3.36 ve standart sapması 0.92 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 1 ve en yüksek puanın 5 olduğu dikkate alındığında 3.36 olan katılımcı puanlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Buna göre sağlık çalışanlarının meslek kaygısı düzeylerinin genel olarak orta düzeyde olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca ölçek puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde -1 ve +1 aralığında yer aldığı ve bu değerlerin normal dağılıma uygun olduğu görülmektedir.

Sağlık çalışanlarına 5 soruluk Yaşam memnuniyeti ölçeğindeki sorulara 1 (Hiç katılmıyorum) ile 7 (Tamamen katılıyorum) arasında cevap vermeleri istenmiştir. Burada 3. ve 4. Sorular ters kodlanmıştır. Önce ters kodlanan bu sorulara verilen cevaplar

düzenlenmiştir. 205 kişilik grubun genel ortalaması 3.56 ve standart sapması 1.21 olarak hesaplanmıştır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 1 ve en yüksek puanın 7 olduğu dikkate alındığında 3.56 olan katılımcı puanlarının düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Buna göre sağlık çalışanlarının yaşam memnuniyet düzeylerinin genel olarak düşük olduğu anlaşılmaktadır. Ayrıca ölçek puanlarının çarpıklık ve basıklık değerleri incelendiğinde -1 ve +1 aralığında yer aldığı ve bu değerlerin normal dağılıma uygun olduğu görülmektedir.

#### COVID-19 Korkusu, Meslek Kaygısı ve Yaşam Memnuniyet Düzeyleri Cinsiyete Göre Farklılık Gösterme Durumu:

	Cinsiyet	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	t	sd	P
COVID-19 Korkusu	Kadın	111	21,04	6,931	3,233	203	,001
	Erkek	94	17,87	7,041			
Meslek Kaygısı	Kadın	111	80,47	16,683	3,995	203	,000
	Erkek	94	69,90	21,161			
Yaşam Memnuniyet Düzeyi	Kadın	111	21,11	4,931	,231	203	,818
	Erkek	94	20,94	5,747			

Sağlık çalışanlarının COVID-19 korkusu, meslek kaygısı ve yaşam memnuniyet düzeyleri cinsiyete göre karşılaştırması bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda;

COVID-19 Korkusu puanlarında anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ( $p \leq 0,05$ ;  $t$ : 3,395). Farklılığa ilişkin aritmetik ortalama puanları incelendiğinde kadınların korkusunun erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Meslek kaygısı puanları bakımından farklılık meydana geldiği belirlenmiştir ( $p \leq 0,05$ ;  $t$ : 3,233). Farklılığa ilişkin aritmetik ortalama puanları incelendiğinde kadınların meslek kaygısı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Yaşam memnuniyeti düzeyi bakımından cinsiyete göre kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ;  $t$ : ,231).

#### COVID-19 korkusu, meslek kaygısı ve yaşam memnuniyet düzeyleri yaş grubuna göre ANOVA Analizi Sonuçları

	Yaş	N	Aritmetik Ortalama	Standart Sapma	sd	F	P
COVID-19 Korkusu	20-30 yaş	128	17,95	7,531	3	7,664	,000
	31-40 yaş	39	22,05	5,326			
	41-50 yaş	28	23,75	3,865			
	51 ve üzeri yaş	10	19,30	8,512			
	Toplam	205	19,59	7,141			
Meslek Kaygısı	20-30 yaş	128	75,48	22,574	3	,384	,765
	31-40 yaş	39	74,64	12,345			
	41-50 yaş	28	78,86	13,537			
	51 ve üzeri yaş	10	72,30	15,071			
	Toplam	205	75,62	19,547			
Yaşam Memnuniyet Düzeyi	20-30 yaş	128	20,93	5,719	3	,780	,507
	31-40 yaş	39	20,44	5,369			
	41-50 yaş	28	21,57	2,924			
	51 ve üzeri yaş	10	23,10	4,725			
	Toplam	205	21,03	5,308			

Sağlık çalışanlarının COVID-19 korkusu, meslek kaygısı ve yaşam memnuniyet düzeyleri yaş değişkenine göre ANOVA testi ile analiz edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda;

COVID-19 Korkusu puanlarında anlamlı farklılık meydana geldiği belirlenmiştir. Meydana gelen farklılığa ilişkin grup ve içi karşılaştırmalar Tukey testi ile yapılmıştır (Tablo 8). Yapılan analiz sonucunda 20-30 yaş grubunda olan katılımcıların covid-19 korkusu düzeylerinin 31-40 yaş ve 41-50 yaş grubunda olanlara göre daha düşük olduğu görülmüştür ( $p \leq 0,05$ ;  $F$ : 7,664).

Meslek kaygısı puanları bakımından sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre puanlar arasında anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ;  $F$ : ,384).

Yaşam memnuniyeti puanları bakımından sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre puanlar arasında anlamlı farklılık meydana gelmediği belirlenmiştir ( $p > 0,05$ ;  $F$ : ,780).

#### Yaşam Memnuniyeti, COVID-19 Korkusu Ve Meslek Kaygı Düzeyleri Korelasyon Analizi Sonuçları

		Meslek Kaygısı	Yaşam Memnuniyeti
Covid-19 Korkusu	r	,594**	-,188**

	p	,000	,007
	N	205	205
	r	1	-,155*
Meslek Kaygısı	p		,027
	N		205

Sağlık çalışanlarının Covid-19 Korkusu, yaşam memnuniyeti ve meslek kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkiler Pearson korelasyon önemli değil ile test edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda;

Covid-19 Korkusu puanları ile meslek kaygısı puanları arasında pozitif yönlü orta düzeyde anlamlı ilişkinin meydana geldiği belirlenmiştir ( $p \leq ,05$ ;  $r: ,59$ ).

Covid-19 Korkusu puanları ile yaşam doyumu puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişkinin meydana geldiği belirlenmiştir ( $p \leq ,05$ ;  $r: ,18$ ).

Meslek kaygısı puanları ile yaşam doyumu puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde anlamlı ilişkinin meydana geldiği belirlenmiştir ( $p \leq ,05$ ;  $r: ,15$ ).

Buna göre sağlık çalışanlarının meslek kaygısı, yaşam memnuniyeti ve covid-19 korkusu arasında anlamlı ilişkilerin bulunduğu söylenebilir.

#### Covid-19 Korkusu ve Mesleki Kaygısının Yaşam Memnuniyetlerine Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

	$\beta$	Standart Hata	Standart $\beta$	t	p	F	R	R2
Sabit	17,501	1,478		11,845	,000			
Covid-19 Korkusu	,110	,064	,148	-1,723	,086	4,000	,195	,038
Meslek Kaygısı	,018	,023	,067	-,782	,435			

Bağımlı Değişken: Yaşam memnuniyeti

Bağımsız Değişkenler: covid-19 korkusu ve mesleki kaygısı

Sağlık çalışanlarının covid-19 korkusu ve mesleki kaygısı düzeylerinin yaşam memnuniyetlerine etkisi regresyon analizi ile test edilmiştir. Yapılan analiz sonucunda covid-19 korkusu ve meslek kaygısı puanlarının yaşam memnuniyeti üzerinde anlamlı etkiye sahip olduğu ve iki değişkenin, yaşam memnuniyeti üzerindeki bir birimlik değişimin %38'ini açıkladığı belirlenmiştir (F: 4,000;  $p \leq ,05$ ; R2: ,038). Değişkenlerin ayrı ayrı etkisi incelendiğinde ise Covid-19 Korkusu ve meslek kaygısının yaşam memnuniyeti üzerinde yordayıcı etkiye sahip olmadığı görülmektedir.

#### Sonuç

Salgın yönetimindeki kilit rolleri göz önüne alındığında, genel nüfus yapısı içerisinde sağlık çalışanlarının bu süreçten daha olumsuz olarak etkilendikleri görülmektedir. COVID-19, sağlık çalışanlarını ve ailelerini benzeri görülmemiş risk seviyelerine maruz bırakmıştır. Salgına maruz kalan grupların, stres altındayken zihinsel olarak kırılabilir olma eğiliminde oldukları anlaşılmaktadır. Nitekim yapılan çalışmalar salgın gibi afetlerde en dezavantajlı grupların sağlık çalışanları olduğunu göstermektedir.

Bu çalışma sağlık çalışanlarında, salgın sürecinde COVID-19 korkusunun ve mesleki kaygıların ciddi oranda arttığını ve bu durumun çalışanların yaşam memnuniyetinde önemli olumsuz etkilere yol açtığını göstermektedir. Genel olarak değerlendirildiğinde, mesleğin yerine getirilmesi sürecinde yaşanan bazı trajik vakalar, ölüm oranları, sağlık çalışanlarında hastalığa maruz kalma riskinin daha yüksek oluşu gibi faktörler, sağlık çalışanlarında ciddi bir şekilde COVID-19 korkusunun yaşanmasına ve mesleki kaygıların artmasına neden olmaktadır.

Salgın sürecinde sağlık çalışanları görevlerini yerine getirirken, enfekte olma veya bilmeden başkalarına bulaştırma gibi mesleki risklerle karşı karşıya kalmışlardır. Enfekte olma korkusu, COVID-19 pandemisinin tetiklediği karmaşık duygusal tepkilerin önemli bir faktörü olarak görülmektedir. Sağlık sistemlerinin yeterli hazırlığının olmaması, salgın sürecinde sağlık çalışanlarına yönelik olarak eğitim de dahil olmak üzere kurumsal destek sistemlerinin yetersizliği, salgının büyüklüğü, trajik vakaların basında sansasyonel bir şekilde ele alınması, o dönemdeki salgın sürecinin belirsizliği ve diğer vatandaşların kaygı verici genel tepkisi bu süreçte sağlık çalışanlarının yaşadıkları korku ve mesleki kaygıların arttırıcı unsurların başında gelmektedir.

Sağlık çalışanlarının yaşadığı yüksek düzeydeki moral bozukluklarının yanında çalışma saatleri dışında sosyal mesafe önlemleriyle şiddetlenen çeşitli stres durumları çalışanlarda mesleki kaygıları ve korkuları arttırmıştır. Salgın nedeni ile artan bu korku ve mesleki kaygılar, sağlık çalışanlarının iş yeri memnuniyetini ve çalışma motivasyonlarını düşürerek yaşam kalitelerini olumsuz etkilemiştir. Bu genel durumun, çalışanların tek başına bütün olumsuzluklarla baş etmesini güçlendirdiği konusu dikkate alınmalıdır. Bu nedenle ilgili kurum ve kuruluşlarca çalışanların ruh sağlığını etkili bir şekilde destekleyebilecek programların uygulanması önemlidir. Bu kapsamda geliştirilebilecek önlemler sağlık çalışanlarının sorunlarını çözmenin ötesinde bu tür krizlere karşı toplumsal bir mücadele açısından da yararlı sonuçlar sağlayabilir. Sağlık çalışanlarının COVID-19 korkusu, meslek kaygısı ve yaşam memnuniyet düzeylerine ilişkin 205 katılımcı ile gerçekleştirilen araştırmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır;

COVID-19 korkusu puanları bakımından,

Kadınların korkusunun erkeklere göre daha yüksek olduğu

20-30 yaş grubunda olan katılımcıların covid-19 korkusu düzeylerinin 31-40 yaş ve 41-50 yaş grubunda olanlara göre daha düşük olduğu

Gelir düzeyi orta olan katılımcıların korkularının daha yüksek olduğu

Eğitim düzeyi değişkenine göre anlamlı farklılık meydana gelmediği

Meslek kaygısı puanları bakımından,

Kadınların meslek kaygısı düzeylerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu

Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre puanlar arasında anlamlı farklılık meydana gelmediği

Sağlık çalışanlarının gelir düzeylerine göre puanlar arasında anlamlı farklılık meydana gelmediği

Eğitim düzeyi daha yüksek olan sağlık çalışanlarının meslek kaygılarının da daha fazla olduğu

Yaşam memnuniyet düzeyleri puanları bakımından,

Cinsiyete göre kadın ve erkekler arasında anlamlı farklılık meydana gelmediği

Sağlık çalışanlarının yaş gruplarına göre puanlar arasında anlamlı farklılık meydana gelmediği

Çalışanların gelir düzeyi arttıkça yaşam memnuniyeti düzeylerinde artış meydana geldiği

Çalışanların eğitim düzeyi arttıkça yaşam memnuniyeti düzeylerinin de artış gösterdiği

Sağlık çalışanlarının meslek kaygısı, yaşam durumu ve covid-19 korkusu pozitif yönlü anlamlı ilişkilerin bulunduğu

Covid-19 Korkusu ve meslek kaygısının yaşam memnuniyeti üzerinde yordayıcı etkiye sahip olmadığı, ancak iki değişkenin birlikte etkili olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

### Öneriler

Yapılan bu çalışma COVID-19 salgını sürecinin, sağlık çalışanlarının işyerinde artan stresle ve kaygıyla başa çıkma ihtiyaçlarını ortaya çıkarmıştır. Genel olarak, ilgili kurum ve organizasyonların, sağlık ve güvenlik alanında etkin prosedürler ve standartlar geliştirerek sağlık çalışanlarında yaşanabilecek risk durumlarını değerlendirmesi ve yönetmesi gerekmektedir. Bu önlemler, taleplerin arttığı, kontrol ve destek fırsatlarının kısıtlandığı kriz süreçlerinde özellikle önemlidir. Sağlık uzmanları gibi kilit çalışanlar, yorgun olduklarında bile çalışmaya devam etmek için genellikle güçlü bir görev duygusu hissetmektedirler. Bu nedenle sağlık çalışanlarının daha uzun vadede refahlarını ve kapasitelerini sürdürmek için zihinsel ve fiziksel olarak teşvik edilmesi, ruh sağlıklarının izlenmesi ve desteklenmesi gerekmektedir.

Korku ve kaygı üzerine daha fazla araştırmanın, sağlık çalışanlarının sosyoekonomik durumu ve ruh sağlığı durumlarını incelemesi gerekmektedir. Bu tür çalışmalarda ortaya çıkacak bulgular karar vericilere sorunların çözümünde dikkate alacakları yararlı fikirler sağlayabilir. Sağlık kurumları, çalışanlarının esenliğine dikkat etmeli ve psikolojik sıkıntıların erken saptanmasını ve değerlendirilmesini teşvik etmelidirler. Sosyal mesafe nedeniyle, sosyal etkileşim ve etkinliklere katılımın azalması nedeniyle sosyal desteği bir politika aracılığıyla ele almak çok yararlı yöntemlerin uygulanmasına imkân verebilir.

Araştırmada kadınların erkeklere göre covid-19 korkusu ve mesleki kaygılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Kadınlarda bu korkunun nedenlerinin sosyo duygusal olarak daha fazla etkilenmelerinden kaynaklanabilir. Anca bu bulguya ilişkin daha fazla çalışma yapılabilir.

Eğitim düzeyi daha yüksek olan sağlık çalışanlarının mesleki kaygılarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu duruma yönelik hem sağlık kurumları genelinde çalışmalar yapılabilir hem de bulgunun daha kapsamlı olması bakımından yeni araştırmalar yapılabilir. Sağlık çalışanlarının hastalara yönelik sağlık hizmetlerini daha nitelikli yapabilmeleri bakımından eğitim düzeyi önemlidir. Ancak kaygının yüksek olması beklenmeyen bir durumdur. Bu kaygının neden kaynaklandığı ve olumsuz etkilerinin araştırılmasına yönelik çalışmaların yapılması faydalı olabilir.

Araştırmada eğitim düzeyi yüksek olan çalışanların yaşam memnuniyetlerinin de yüksek olduğu dikkate alındığında, eğitim düzeylerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar yapılabilir ve bu yönde fırsatlar oluşturulabilir.

Bireyler de yaşam memnuniyetini etkileyen çok faktör vardır. Bunlar başlı başına bir etken olmayacağı gibi birden fazla etken bir araya geldiğinde daha etkili sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir. Nitekim bu araştırmada olduğu gibi Covid-19 korkusu ve meslek kaygısının yaşam memnuniyeti üzerinde yordayıcı etkiye sahip olmadığı, ancak iki değişkenin birlikte etkili olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır. Dolayısıyla sağlık çalışanlarının yaşam memnuniyetlerinin artırılması diğer şartların bir bütün olarak değerlendirilmesi ile ilişkilidir.

## Kaynaklar

1. Akarsu, B. ve Akarsu, B. (2019). *Bilimsel Araştırma Tasarımı: Nicel, Nitel ve Karma Araştırma Yaklaşımları*. Cinius Yayınları.
2. Akdoğan, Y. E. ve Boyacıoğlu, M. A. (2010). *Türkiyede Kurumsal Yönetim: Genel Bir Değerlendirme/Corporate Governance In Turkey: An Overview*. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi. (24), 11.
3. Akgün, O. (2020). *Covid 19 Salgını Döneminde Türkiye’de Alınan İdari Kararların Salgının Önlenmesindeki Etkisinin Değerlendirilmesi*. Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi (ASEAD). 7, 201–228.
4. Akın, A. (2004). *Mülkiyet Sahipliğinden Kaynaklanan Yönetim Hakkının Devri Açısından Post-Modern Yönetimsel Kontrol Yaklaşımları ve Stratejileri*. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 127–148.
5. Bozkurt, A. (2020). *Koronavirüs (Covid-19) pandemi süreci ve pandemi sonrası dünyada eğitime yönelik değerlendirmeler: Yeni normal ve yeni eğitim paradigması*. Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi. 6(3), 112-142.
6. Budak, G. ve Sürgevil, O. (2005). *Tükenmişlik Ve Tükenmişliği Etkileyen Örgütsel Faktörlerin Analizine İlişkin Akademik Personel Üzerinde Bir Uygulama*. Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi. 20(2), 95–108.
7. Çam, O. M. (1995). *Tükenmişlik*. İzmir: Saray Medikal Yayıncılık.
8. Can, R. ve Hisar, K. M. (2019). *Hemşirelerin Profesyonellik Davranışları ve Tükenmişlik Düzeyleri*. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi. 6(1), 1-9.
9. Freudenberger, H. J. (1974). *Staff Burn-out*. Journal of Social Issues. 30(1), 159–165. doi:10.1111/j.1945-1474.1982.tb00486.x
10. Gündüz, B., Çapri, B. ve Gökçakan, Z. (2012). *Üniversite Öğrencilerinin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi*. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi. 19, 38–55.
11. Güven, Ö. Z. ve Sezici, E. (2016). *Otel İşletmelerinde İşgörenlerin Tükenmişlik Düzeylerinin Maslach Tükenmişlik Modeline Göre İncelenmesi*. Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi. 14(2), 111–132.
12. Helvacı, I. ve Turhan, M. (2013). *Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi : Silifke’ de Görev Yapan Sağlık Çalışanları Üzerine Bir Araştırma*. İşletme ve İktisat Çalışmaları Dergisi. 1(4), 58–68.
13. Okray Kocabıyık, Z. ve Çakıcı, E. (2008). *Sağlık Çalışanlarında Tükenmişlik ve İş Doyumu*. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 9(3), 132–138.

NS92

### Kriz Yönetimi ve Hemşirelik

Zeynep DİNDAR<sup>1</sup>, Gülbahar KESKİN<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sbü Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

<sup>2</sup>Haliç Üniversitesi

Sorumlu Yazar: zeynepdindar95@gmail.com

İnsan ve insanın günlük yaşamının büyük bir kısmını geçirdiği örgütler sürekli gelişen ve değişen dünyada devamlılığını sağlayabilmek için bir takım değişim ve adaptasyon süreçlerinden geçmek durumundadır. Süregelen değişim ve gelişim süreci her zaman pozitif anlamda olmayabilir. Özellikle beklenmeyen olağanüstü durumlar ortaya çıktığında örgütler ve toplumlar zorlu bir kriz durumunun içinde kalarak bu durumu yönetmeye çalışmaktadır. Olağanüstü durumlar insan ve toplumun tümü ya da belli bir kesimi için ekonomik, sosyal, fiziksel ve çevresel kayıplara sebep olan, insani faaliyetleri durdurup kesintiye uğratarak toplum yaşamını bozan doğal ya da insan kaynaklı olaylar şeklinde tanımlanmaktadır. Krizler ise örgütlerin varlığını ve yaşamını tehdit eden, olağanüstü durumlarda aniden ve beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Kriz, örgütlerin dengede olmama ve çatışma durumunu ifade etmektedir. Bir örgütün kriz durumunu önceden tahmin etmesi, kriz durumuna karşı bir takım önlemler alması ve hızlı bir biçimde çözümün üretimini sağlaması kriz yönetimi olarak ifade edilmektedir. Pek çok örgüt gibi sağlık kurumlarında da, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında pek çok beklenmeyen durum gerçekleşebilmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumu acil, etkili ve zamanında müdahaleyi gerektirdiğinden sağlık kurumlarında meydana gelecek olan bir krizin, yönetilmesi oldukça güçtür. Bu sebeple ortaya çıkacak olan krizin; sağlık meslek profesyonellerini, sağlık kurumunu, sağlık hizmetinin kalitesini ve niteliğini olumsuz yönde etkileme olasılığı yüksektir. Bireyin sağlığını korumak geliştirmek hastalık halinde iyileştirmek amacıyla hemşirelik bakımını planlayıp, uygulayan ve değerlendiren hemşireler aynı zamanda bakımın kalitesini arttırmak ve nitelikli bakımı sağlamak amacıyla sağlık kurumunda ortaya çıkan ya da çevreden kaynaklı bir kriz durumu meydana geldiğinde süreci iyi bir şekilde yönetebilmelidir. Bu kapsamda hemşirelik alanında yürütülen kriz yönetimi ile ilgili literatürdeki araştırmalar incelenerek hemşirelerin kriz yönetimi ile ilgili bilgi, beceri ve tutumlarının ne olduğu ve literatürde alana yönelik önerileri sunmak amacıyla bir derleme çalışması yürütmek amaçlanmıştır. Hemşirelik alanında kriz yönetimi ile ilgili yürütülen araştırmalar incelendiğinde ise; hemşireler karşılaşılabilecekleri olası kriz durumlarının belirlemesi gerektiği, hemşirelerin kriz yönetim stratejileri oluşturabilmesi gerektiği ve çözüme yönelik planlama yapılabilmesi gerektiği, hemşirelerin bir parçası oldukları ekip üyelerini krize yönelik bilgilendirebilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmaktadır.

**Anahtar Kelimeler:** Kriz, Kriz Yönetimi, Hemşirelik, Hemşirelikte Kriz Yönetimi

### Crisis Management and Nursing

Human and the organizations in which people spend most of their daily lives have to go through a number of changes and adaptation processes in order to ensure their continuity in the constantly developing and changing world. The ongoing process of change and development may not always be positive. Especially when unexpected extraordinary situations arise, organizations and societies try to manage this situation by staying in a difficult crisis situation. Extraordinary situations are defined as natural or human-induced events that cause economic, social, physical and environmental losses for all or a certain segment of people and society, and disrupt social life by stopping and interrupting human activities. Crises, on the other hand, appear as situations that threaten the existence and life of organizations and occur suddenly and unexpectedly in extraordinary situations. Crisis refers to the situation of organizations being out of balance and in conflict. Crisis management is defined as the ability of an organization to predict a crisis situation, take some precautions against the crisis situation, and quickly produce a solution. In health institutions, like many organizations, many unexpected situations may occur during the provision of health services. Since the provision of health services requires urgent, effective and timely intervention, a crisis that occurs in health institutions is very difficult to manage. For this reason, the crisis that will arise; It is likely to negatively affect healthcare professionals, healthcare institutions, and the quality and quality of healthcare services. Nurses, who plan, implement and evaluate nursing care in order to protect the health of the individual and cure him/her in case of illness, must also be able to manage the process well when a crisis situation occurs in the health institution or caused by the environment in order to increase the quality of care and provide qualified care. In this context, it was aimed to conduct a compilation study in order to examine the studies in the literature on crisis management in the field of nursing and to present the knowledge, skills and attitudes of nurses regarding crisis management and to present suggestions for the field in the literature. When the research on crisis management in the field of nursing is examined; It is concluded that nurses should identify possible crisis situations they may encounter, nurses should be able to create crisis management strategies and plan for solutions, and nurses should be able to inform the team members of which they are a part about the crisis.

**Keywords:** Crisis, Crisis Management, Nursing, Crisis Management of Nursing



## Giriş

Sürekli değişen ve gelişen dünyada hangi alanda olursa olsun örgütlerin, var olan düzenlerini yeni çağa ayak uydurabilecek şekilde devam ettirebilmesi için değişim ve gelişime açık olmalıdır. Bununla birlikte değişim ve gelişim her zaman pozitif anlamda olmayabilir. Özellikle beklenmeyen olağanüstü durumlar ortaya çıktığında örgütler ve toplumlar zorlu bir kriz durumunun içinde kalarak bu durumu yönetmeye çalışmaktadır.

Olağanüstü durum toplumun tümü ya da belli bir kesimi için ekonomik, sosyal, fiziksel ve çevresel kayıplara sebep olan, insani faaliyetleri durdurarak ya da kesintiye uğratarak toplum yaşamını bozan doğal ya da insan kaynaklı olaylar şeklinde tanımlanmaktadır (Tel, 2016).

Kriz, örgütlerin beklenmedik zamanda, aniden ortaya çıkan ve çoğu zaman hazırlıksız olarak karşı karşıya kaldığı durumları ifade etmektedir. Kriz birden fazla boyutu olan, çok çeşitli nedenlerden kaynaklanan ve farklı biçimlerde meydana gelmektedir (Karaköse, 2007; Bulduklu ve Karaçor, 2017; Atabay, 2019; Efe ve Türe, 2021).

Kriz, örgütlerin dengede olmama ve çatışma durumunu ifade etmektedir. Bir örgütün hedefledikleri ile yaşadıkları arasındaki uyumsuzluktur. Örgütün alışılmış, doğal düzeni bozulduğunda ortaya çıkmakta ve örgütün kendi içerisinde tekrar denge durumuna geçilmesi ile sona ermektedir ([https://www.academia.edu/8859999/Risk\\_ve\\_Kriz\\_Y%C3%B6netimi](https://www.academia.edu/8859999/Risk_ve_Kriz_Y%C3%B6netimi)) (E.T: 28.05.2023) ; Atabay, 2019). Örgütün tekrar denge durumuna geçmesi sürecine ise kriz yönetimi adı verilmektedir. Kriz yönetimi; örgüt içerisinde kriz oluşturabilecek durumların fark edilerek, kriz durumunda örgütün az zararlı süreci tamamlamasını sağlama, kriz sürecinden örgüt için çıkarımları ve değerlendirmeleri yaparak sonrasında yaşanacak olası durumlara karşı önlemleri alma ve tüm kriz süreci boyunca alınan kararların uygulanmasını sağlama süreçlerini kapsamaktadır (Efe ve Türe, 2021).

Sağlık kurumları insan sağlığını korumak, geliştirmek ve tedavi etmek için yoğun ve karmaşık hizmet sunan yapıdaki örgütlerdir. Sağlık kurumlarının karmaşık yapısı, hizmetlerin iletişim ve bilgi alışverişine dayalı olarak yürütülmesi, gelişen teknolojiyi takip ederek uyum sağlaması ve tüm bu süreçleri etkili ekonomi yönetimi ile yürütmek durumunda olmasından ötürü krizin ortaya çıkma olasılığı yüksek örgütlerdir. Sağlık kurumları içerisinde farklı meslek gruplarının bir arada bulunması, her düzeyde sağlık bakım hizmetlerinin yürütülmesi, matriks organizasyon yapısı da krize sebep olabilmektedir. Sağlık kurumlarında ortaya çıkacak olan kriz durumunda hizmetin niteliği, kapsamı, sağlık çalışanları ve doğrudan insan hayatı etkileneceği göz önünde bulundurularak süreç yönetilmelidir. Sağlık hizmetlerini doğrudan etkileyen bir kriz durumu ortaya çıktığında toplumun bütününe etkileyebileceği potansiyeli taşımasından ötürü son derece tehlikelidir (Bulduklu ve Karaçor, 2017; Efe ve Türe, 2021).

Sağlık kurumlarında sağlık hizmetini almak için gelen hastalarla birebir iletişim halinde olan ve en büyük iş gücünü oluşturan hemşireler, olası bir kriz durumu ortaya çıktığında kanıta dayalı, yenilikçi, kaliteli ve güvenli sağlık bakım hizmeti sunabilmek için krizi yönetebilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdır (Efe ve Türe, 2021).

## Kriz

Kriz kavramı, günümüzde neredeyse herkesin karşılaştığı, her gün değişen ve gelişen dünyayla birlikte günlük yaşamın da bir parçası haline gelmiştir. Literatürde incelendiğinde kriz kavramını birçok tanımlı mevcuttur (Efe ve Türe, 2021).

Kriz; Yunanca “ayrılmak” anlamına gelen “krisis” kelimesinden gelmektedir ve Oxford sözlüğünde “en kötünün ya da en iyinin olabileceği bir dönüm noktası” olarak tanımlanmaktadır (Korkmazyürek ve Basım, 2009). Türk Dil Kurumu’na göre ise; “Bir ülkede ya da ülkeler arasında, toplumun ya da bir kuruluşun yaşamında görülen güç dönem, bunalım, buhran, ekonomik çöküntü” olarak tanımlanmıştır (TDK, 2023).

Can (2005) kriz kavramını; “bir kurumun ileriye dönük olarak gelişimi ve devamı için amaçlarını, faaliyet sistemini ve kurumun varlığını tehdit eden, ivedi bir biçimde tepki verilmesi gereken, kurumun yaşanan duruma karşı herhangi bir mekanizmadan yararlanmasına imkân vermeyen olağanüstü bir durum” olarak tanımlamıştır. Başka bir tanımda ise kriz, “aniden meydana gelen kötüye gidiş yönündeki gelişmeler, örgütün varlığını ve amaçlarını tehdit eden, performansını olumsuz yönde etkileyen olaylar” olarak tanımlanmıştır (Karaköse, 2007).

Bu doğrultuda kriz; “örgütün işleyişini ve varlığını tehdit eden, acil müdahale gerektiren, çalışanların iş doyumunu ve motivasyonunu olumsuz yönde etkileyen ve örgütü hedef ve amaçlarından uzaklaştıran sıkıntılı durumlar” olarak tanımlanabilir (Karaköse, 2007; Efe ve Türe, 2021).

### Kriz Neden Olan Faktörler

Örgütlerde ani beklenmedik şekilde ortaya çıkan krizlerin ortaya çıkmasına neden olan temel unsur örgüt içi değişimdir. Örgütün iç yapısından, işleyişinden ya da örgütü etkileyen çevresel etmenlerden kaynaklanan değişim ile birlikte kriz durumu ortaya çıkmaktadır (Atabay, 2019). Örgüt içerisinde krize neden olan iç ve dış faktörler Tablo 1’de belirtilmiştir.

Tablo 1: Krize Neden Olan Faktörler

Dış Faktörler	İç Faktörler
Doğal Faktörler	Tepe Yönetici ile ilgili Sorunlar
Politik ve Yasal Faktörler	Örgütsel Sorunlar
Ekonomik Faktörler	Tecrübe Yetersizliği
Teknolojik Gelişmeler	Finansal Sorunlar
Toplumsal Yapı	Örgüt Kültürü
Rakip İşletme Sayısı / Rekabet	Örgüt İklimi

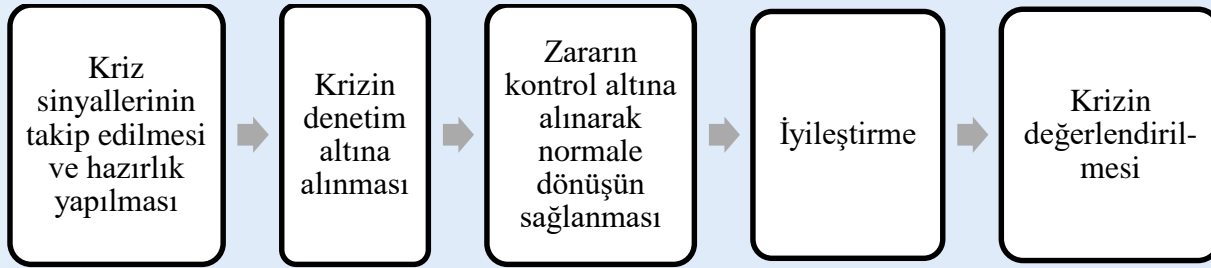
Kaynak: Atabay B. (2019). Sağlık Kurumlarında Kriz Yönetimi ve Örnek Bir Uygulama. Sosyal Bilimler Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi. Kırklareli Üniversitesi, Kırklareli.

### Kriz Yönetimi

Kriz yönetimi, “olası bir kriz durumuna karşı, kriz belirtilerini algılayabilmek için gerekli sinyalleri gözeterek ve örgütte krizin büyümesini engelleyerek, beklenmeyen durumlarla hızlı ve etkin şekilde mücadele etmek”; “bir örgütün varlığını tehlikeye atabilecek durumların önceden tahmin edilerek gerekli önlemlerin alınması süreci” olarak tanımlanmaktadır (Karaköse, 2007). Kriz yönetimi, muhtemel bir kriz durumuna karşı hazırlıklı olma, krizin sinyallerini fark etme yeterliliğine ve duyarlılığına sahip olma, örgütte kriz durumunun oluşmasını engelleme ya da kriz durumunda örgütü en az maliyet ve kayıpla örgütü kriz öncesindeki durumuna ulaştırma sürecidir (Balaban, 2018; Efe ve Türe, 2021; Yağız Sayğan, 2022).

Örgütte kriz sinyallerinin fark edilmesi ve örgütte krize hazırlık / önleme çalışmaları kriz durumu oluşmadan önceki; örgütün zararını sınırlandırma ve iyileştirme aşamaları kriz durumundaki; örgütsel öğrenme ise kriz durumu sonrasındaki aşamalardır. Bu aşamalar kriz yönetim sürecini ifade etmektedir (Şekil 1)(Yağız Sayğan, 2022).

Şekil 1: Kriz Yönetim Süreci



Kaynak: Karaköse T. (2007). Örgütler ve Kriz Yönetimi. Akademik Bakış; 13: 1-15. Yağız Sayğan F.N. (2022). Covid-19 Pandemi Sürecinde Kriz Liderliği: Sistematik Tarama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi; (47): 388-401.

Kriz sinyallerinin fark edilmesi, kriz yönetim sürecinin ilk aşamasıdır. Örgütte bir kriz durumu oluşmadan önce erken uyarı sinyalleri ortaya çıkmaktadır. Yönetici ve liderlerin bu sinyalleri fark ederek harekete geçmeleri, birçok krizin ortaya çıkmadan önlenmesine olanak sağlamaktadır (Yağız Sayğan, 2022).

İkinci aşama, krize hazırlık / önleme aşamasıdır. Örgütün gelecekte oluşabilecek olası krizlere karşı yönetici ve örgütün hazırlık süreçlerini içermektedir. Kriz öncesinde, yöneticilerin olası krizlere karşı plan ve senaryolar oluşturarak; çalışanların kriz sırasında neler yaşanacağına ve görevlerinin ne olacağına ilişkin fikir sahibi olmaları için yapılanların tümüdür. Örgütün krize durumuna hazırlıklı olması, yöneticilerin kriz durumunda hızlı hareket etmesine ve hızlı karar alabilmesini sağlamaktadır (Yağız Sayğan, 2022).

Üçüncü aşama, krizin neden olduğu zararı sınırlandırma aşamasıdır. Her türlü alınan önlem ve tedbire rağmen kriz durumu engellenemediğinde, yöneticiler krizin olumsuz sonuçlarını azaltmak için kararlar almaya ve uygulamaya başlayabilmektedir. Bu aşamada, krizin olumsuz etkilerinin azaltılarak örgütün en az zararlarla krizden çıkması amaçlanmaktadır (Yağız Sayğan, 2022).

Dördüncü aşama, iyileştirme aşamasıdır. Bu aşamada amaçlanan, örgütü tekrar normal seyrine getirerek kriz öncesinden daha iyi bir finansal yapıya ulaşmasını sağlamaktır. Bu doğrultuda, yöneticiler kısa, orta ve uzun vadeli iyileştirme planları hazırlamaktadırlar (Yağız Sayğan, 2022).

Son aşama ise öğrenme aşamasıdır. Kriz durumunda örgütte elde edilen deneyimler sonucunda hatalardan ders çıkarılmasını ve bu bağlamda kriz sonrasında örgütün yapısını, işleyişini, stratejilerini iyileştirmeyi içermektedir. Yöneticiler, kriz öncesi ve kriz durumunda örgütün işleyişini yavaşlatan sistemleri tespit ederek; kriz sonrası süreçte onların yerine yeni sistemler kurabilmeli ve örgütün işleyişini değiştirebilmelidirler. Bu sebeple krizin lider ve yöneticiler için bir tehditten çok bir fırsat olarak değerlendirilerek sürecin yönetilebileceği ifade edilmektedir (Yağız Sayğan, 2022).

Kriz durumu ortaya çıktığında örgütlerin ne kadar zarar veya karla bu süreci atlatacaklarını esas belirleyen durum, örgütün kriz öncesi, kriz sırası ve sonrasında uygulayacakları stratejiler ve aldıkları önlemlerdir (Atabay, 2019). Kriz yönetiminde, ani ve beklenmeyen şekilde ortaya çıkan olayların kontrol altına alınması ve olumsuz etkilerinin olumlu etkiye dönüşebilmesi için stratejik planlamaya gereksinim duyulmaktadır. Kriz yönetiminde esas olan, muhtemel en kötü gelişebilecek duruma göre stratejilerin

belirlenmesidir. Kısaca kriz yönetiminin temel amacı; bir örgütün, kriz durumunu önceden tahmin etmesi, kriz durumuna karşı bir takım önlemler alması ve hızlı bir çözümün üretimini sağlamaktır (Karaköse, 2007).

Kriz yönetimi, örgütün kriz durumunda karşılaşacağı zararlarını telafi etmek ya da etki düzeyini azaltmak amacıyla önleme, planlama, değerlendirme ve koruma faaliyetlerini kapsamaktadır (Karaköse, 2007). Örgüt kriz durumunda sistemli ve planlı bir şekilde karar vermesi ve yeni kararları hızlı bir şekilde uygulaması ile sonuç almayı amaçlamaktadır (Efe ve Türe, 2021).

Yöneticiler, kriz döneminde örgütün içinde bulunduğu tehdit ve tehlike durumuna karşı en az zararı hedeflerken, fırsat döneminde ise örgütsel kazancın en üst noktaya çıkarılmasını amaçlamaktadır. Krizden en az düzeyde etkilenmenin ya da kısa sürede krizden örgütü çıkarmanın yolu ise etkili bir kriz yönetiminden geçmektedir. Örgütte krizleri aşabilmek için, öncelikle krize neden olan faktörleri ortadan kaldırmak ve yapısal problemleri çözmek gerekmektedir (Karaköse, 2007).

Günümüzde yöneticilerin, kriz ile ne zaman, nerede ve nasıl karşılaşılabileceklerini, örgütleri bu krizden nasıl daha az zararlı çıkarabileceklerini düşünmek durumundadırlar. Kriz durumunda etkili bir yönetim, örgütün kayıp ve kazançlarının büyüklüğüyle ilgilidir ve örgütün karşılaştığı fırsat ve tehlikeler kriz yönetiminde belirleyici rol oynamaktadır (Karaköse, 2007). Etkili bir kriz yönetimi hem örgüt için hem de yöneticiler için olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Kriz sürecinin başarıyla tamamlanması, yöneticilerin kendilerine olan güvenlerini ve morallerini güçlendirmektedir. Yöneticiler, kriz durumunda, çalışanlar ve çevre ile iletişimini en üst seviyede tutmalı, çevreden ve çalışanlardan gelmekte olan sinyalleri dikkate alarak kriz sürecini yönetmeyi ve kriz ortamından kurtulmayı hedeflemektedirler (Karaköse, 2007).

### Sağlık Hizmetlerinde Kriz Yönetimi

Sağlık hizmetleri, bireyi fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik haline ulaştırmaya yönelik olarak sunulan tüm hizmetleri kapsamaktadır. Farklı düzeylerdeki ihtiyaçlara yönelik sunulan bu hizmetler, multidisipliner sağlık ekibi tarafından sağlanmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda değişik alanlardaki uzmanlaşmanın yanında; farklı eğitim düzeylerinden gelen meslek üyeleri tarafından hizmet sunulmaktadır. Bu durum, çalışanlar arasında işbirliği ve ekip anlayışını gerekli kılmaktadır (Bulduklu ve Karaçor, 2017).

Sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında pek çok beklenmeyen durum gerçekleşebilmektedir. Sağlık kurumlarında yapılan işlerin çok çeşitli olması, sağlık hizmetlerinin sunumunun yoğun ve çok katmanlı şekilde sunulması, multidisipliner bir yapıda ve organizasyonda sağlık hizmetlerinin verilmesi, uzmanlaşmanın olması, hizmet alan ve hizmeti sunan arasındaki bilgi asimetrisi, sağlık hizmetlerinin ekonomik boyutu, teknolojik gelişmelere olan sıkı bağlılığı vb. nedenlerden kaynaklı krizlerin ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğu örgütlerdir (Bulduklu ve Karaçor, 2017).

Sağlık kurumlarında meydana gelecek olan bir krizin, yönetilmesi güçtür ve yaşamsal sonuçlara neden olma olasılığı vardır. Sağlık hizmetlerinin sunumu acil, etkili ve zamanında müdahaleyi gerektirmektedir. Bu sebeple ortaya çıkacak olan krizin; sağlık kurumunu, sağlık hizmetin kalitesini, niteliğini ve sağlık meslek profesyonellerini olumsuz yönde etkileme olasılığı yüksektir. Bireysel veya örgütsel yaşamı tehdit edebilmektedir (Bulduklu ve Karaçor, 2017).

Sağlık hizmetlerinde krize yol açabilecek olan birçok durum, sağlık hizmetlerinin sunumu sırasında ortaya çıkabilmektedir. Sağlığın kendine özgü özellikleri bağlamında sağlık kurumlarında krizi ortaya çıkarması muhtemel olan durumlar aşağıda sıralanmıştır (Bulduklu ve Karaçor, 2017):

- Sunulan hizmetlerin ve yürütülen işlerin çeşitliliğinden kaynaklanan durumlar,
- Sağlık hizmetinin soyut olması ve öznel değerlendirme,
- Çok boyutlu sağlık hizmeti sunumunun zorunluluğu ve işbirliğine duyulan gereklilik,
- Rutin uygulamalar,
- Sistemden kaynaklı sorunlar,
- Kliniksel veya çevresel ortamdan kaynaklı sorunlar,
- Sağlık girişiminin doğasından kaynaklı gelişmeler.

Sağlık kurumlarında ortaya çıkan krizlerin yaşamsal sonuçlarının olması ihtimali, sağlık kurumlarındaki kriz yönetimini planlaması acil, etkili ve doğru zamanda müdahaleyi zorunlu hale getirmektedir. Bu bağlamda sağlık kurumları tarafından genel olarak yapılması gerekenler (Efe ve Türe, 2021):

Her kurumun uygulanabilir “Acil Durum Planı/Planları” olmalıdır.

Acil durum planı kapsamında görevli olan bireylerin görev, yetki, sorumluluk ve sınırlılıkları belirlenmelidir.

Acil durumlarda kullanılması muhtemel uygun alanlar belirlenmeli ve çalışanlar bilgilendirilmelidir.

Acil ve kriz durumlarında gereken eğitimler görevli ve yönetici bireylere verilmelidir.

Kurumun acil durum ve kriz planlaması belgelendirilerek gerekli şema, etiket ve uyarılar önceden belirlenen alanlara yerleştirilmeli, konu ile ilgili personel mutlaka eğitilmelidir.

Yapılan planlamalar yılda en az bir kez tatbikat ile uygulanmalı ve test edilerek etkinliği değerlendirilip sonuç raporları yazılmalıdır. Rapor sonucu değerlendirilerek iyileştirici ve önleyici çalışmalar gecikmeden yapılmalıdır.

Sağlık kurumları günlük olağan işleyişini değiştirebilecek boyutta kendi içinde meydana gelen krizleri yönetmenin yanında, dış çevreden kaynaklanan krizlerin yönetiminde de etkili olmalıdır. Deprem, sel, yangın gibi doğal afetler; salgın hastalıklar, sosyal kitle çarpışmaları, kazalar, radyasyon kaçağı ya da patlamalar vb. sağlık kurumlarında krize neden olabilecek durumlara örnek verilebilir. Bu nedenle sağlık kurumları oluşabilecek her türlü kriz durumuna hazırlıklı olmak durumundadır. Özellikle toplumun pek çok kesimini etkileyen kriz durumları ortaya çıktığında sağlık hizmetleri toplumun tüm kesimi tarafından en fazla talep edilen ve kaliteli bir şekilde sunulması gereken önemli hizmet türlerinden biridir. Ortam şartı ve koşulları ne olursa olsun, her zaman sistemli bir şekilde çalışması gereken sağlık ekipleri ve bilhassa hemşireler, bu olağanüstü durumlar meydana geldiğinde hazır vaziyette olmalı, sağlık ekibinin sistemli olarak çalışabilmesi açısından önem arz etmektedir (Demirtaş, 2000; Özmen, 2022).

### Hemşirelik Hizmetlerinde Kriz Yönetimi

İnsanı bütüncül bir şekilde ele alan hemşirelik mesleği, mesleki bilgisinden yola çıkarak, sistemli bir şekilde temel görevi olan bakımı planlayan, uygulayan, değerlendiren, eğitim veren, kişiyi bulunduğu sağlık düzeyinden daha iyi bir duruma getirmek için emek harcayan, bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplindir (Demirbağ ve ark., 2021). Hemşireler; bireyin, ailenin ve toplumun doğum öncesinden başlayarak yaşamları boyunca sağlığını korumak ve geliştirmek; hastalık halinde bakım ve girişimlerle iyileşmesini sağlamak amacıyla mesleki görevlerini ve rollerini yerine getirmektedir (Velioğlu, 2012).

Sağlık kurumlarında hemşirelik hizmetleri bölümü, kurumların en çok sayıda hizmet veren profesyonel meslek üyelerine oluşturmaktadır. Bu bağlamda hemşireler etik ve ahlaki değerler eşliğinde sunulan hemşirelik bakım hizmetlerini yerine getirirken; insan gücü, kaynak ve risk yönetiminden de sorumludurlar (Efe ve Türe, 2021).

Günümüzde sürekli değişen ve gelişen çevresel faktörlerle birlikte artan yeniliklere adaptasyonun gerektirdiği değişim sürecine ve bu değişim sürecinin ortaya çıkarabileceği krizin yönetimine verilen önem artmıştır. Sağlık kurumlarında ortaya çıkabilecek olan krizin aşılması sürecinde hemşirelik hizmetlerinin önemli rolü bulunmaktadır (Abaan, 2016).

Hemşirelik hizmetleri yönetimi, amaç ve hedeflerine ulaşabilmek için planlarını zamanında hayata geçirilmesini sağlamalı ve bu süreçte sağlık bakım profesyonellerinin uyumu için gereken ortam oluşturulmalıdır (Abaan, 2016). Hemşirelerin, sağlık kurumlarında ve hemşirelik hizmetlerinde kriz durumlarını bilmesi ve gerekli kriz planlamasını yapabilmeleri önemli ve gerekli görülmektedir. Hemşirelik hizmetlerinin yönetiminde karşılaşılan kriz süreçlerinden istenilen sonuçlara ulaşılabilmesi; çağdaş, modern ve etkili bir yöneticilik anlayışının sağlık kurumuna uyarlanması; kriz öncesi, sırası ve sonrasında gereken uygulamaların yürütülmesi, nitelikli, kaliteli ve sürekli sağlık bakım hizmeti sunulabilmesi için gereklidir (Efe ve Türe, 2021).

Kriz durumunda hemşirenin rolü; krizin boyutunu ve önemini belirlemek, öncelik ve amaçları belirlemek, etkilenen çalışanların/grupların sağlık ihtiyaçlarını tanımlamak, kişilerin sağlık sorunlarını çözümlenememesi üzere hemşirelik bakımını planlamak ve uygulamak, var olan ve olası sorunlarını tanımlamak, belirlenen ihtiyaçların giderilmesi için gerek duyulan kaynakları tanımlamak, multidisipliner sağlık ekibi, devlet ve sivil toplum kuruluşları ile işbirliği içerisinde çalışmak ve etkili iletişimi sürdürmektir. Ayrıca hemşireler eleştirel düşünme, değerlendirme, iletişim kurma ve teknik beceriler gibi temel becerilere sahip olmalıdır (Kalanlar ve Kubilay, 2015; Tel, 2016).

Hemşirelerin iyi bir ekip üyesi, vaka yöneticisi, eğitmen, bakım verici, araştırmacı, yönetici olarak krizin tüm aşamalarında bu rol ve yetkinliklerine uygun sorumluluk üstlenmesi gerekmektedir (Kalanlar ve Kubilay, 2015).

### Hemşirelik Hizmetleri Yönetiminde Kriz Yönetimi

Hemşirelik hizmetleri yönetimi; hastane ya da diğer sağlık kurumlarındaki nitelikli ve kaliteli hemşirelik bakımının karşılanabilmesi için gerekli olan her türlü olanağı sağlayan faaliyetler sistemidir ve bu faaliyetler sağlık kurumlarının amaç ve politikalarının gerçekleşmesine yöneliktir (Velioğlu ve Oktay, 1993).

Hemşirelik hizmetleri yönetimi, amaç ve hedefleri doğrultusunda, bakım kalitesini nitelikli ve uygun hizmet verebilecek şekilde tüm hemşirelerin bakımı planlamasından, uygulamasından ve denetiminden sorumludur. Hemşirelik hizmetleri; kaliteli ve nitelikli hasta bakım hizmeti sağlayarak, yönetsel standartları destekleyerek ve toplumla pozitif ilişkiler kurarak sağlık kurumlarının başarısını önemli ölçüde etkilemektedir. Bu sebeple, bakımda beklenen ve hedeflenen kalite ve yüksek verim düzeyinin elde edilebilmesi için, hemşirelik hizmetlerinin profesyonel bir biçimde yönetilmesi gerekmektedir (Apaydın, 2007; Kahraman, 2007). Sağlık hizmetinin sunumunu gerçekleştiren kurumların krize doğru ve etkin biçimde müdahale edilebilmesi için karar vericilerin ve yöneticilerin davranışları oldukça önemlidir. Yöneticilerin tüm süreçleri proaktif bir biçimde yöneterek, planlı ve yapıcı davranarak çalışanlar için sağlıklı çalışma ortamı oluşturabilmesi önceliklidir (Özmen, 2022). Sağlık kurumlarında yöneticiler; hangi tür krizlerle karşılaşma olasılıklarının olduğunu, oluşan krizin çözümlenememesi durumunda hangi sorunlara neden olacağı, diğer sağlık kurumlarında ne gibi krizlerin ortaya çıktığı, uzun ve kısa vadede gerçekleşebilecek en kötü senaryonun ve çözümlerinin ne olduğunun bilmesi ya da öngörebilmesi gerekmektedir. Böylece krizleri ve sebep olacağı muhtemel sonuçları engellemek mümkün olabilecektir (Efe ve Türe, 2021).

Yöneticilerin kriz durumlarında gösterdikleri performans sürecin sonuçları açısından önemlidir. Kriz durumunda yapılan doğru planlama, kriz ile başa çıkma da oldukça önemlidir. Güvenli bir çalışma ortamı oluşturabilmek, tehlikelerden örgütü ve çalışanları korumak, kayıpların önlemek için kriz yönetimi şarttır (Abaan, 2016; Efe ve Türe, 2021).

Yönetici hemşirelerin; dış çevrede meydana gelen değişimleri takip etme, değişime adaptasyon sağlama, bilgi toplama ve değerlendirme gibi özelliklerinin yanında en temel sorumluluğu, örgüt kültürünü gözden geçirerek, kurumu ve çalışanları kriz durumunda uyarmaktır. Örgütte kriz durumunun aşılmasında hemşirelik hizmetleri yönetiminin önemli rolü mevcuttur. Hemşire yöneticilerin kriz yönetimini destekleyen bir yönetim anlayışı oluşturarak çalışanları da bu anlayış doğrultusunda bilgilendirmelidir. Kriz sürecinin tamamlanabilmesi için soruların zamanında yanıtlanmasını sağlayacak yönetim ekibi ve planı oluşturulmalıdır. Kriz planı çerçevesinde bir rehber hazırlanarak etkin bir kriz iletişimi sağlanmalıdır. Çevresel ve teknolojik gelişmeleri sürekli takip etmeli ve erken uyarı sistemleri oluşturulmalıdır. Kurum içerisinde gerçekleşen ya da gerçekleşecek olan değişimler doğrultusunda yeni eğitim programları oluşturularak çalışanlar bilgilendirmelidir. Örgüt içerisinde daha önce yaşanmış olan krizlerin takibini yaparak gerekli önlemleri almalı ve çalışanları yaşanan olumsuz durumlarda motive etmelidir (Işık, 2012).

### Sonuç ve Öneriler

Örgütler, hızla değişen ve gelişen küresel ortamda, varlığını tehdit edecek ve karşılaşılabilecek muhtemel durumların farkında olarak, bu tehditlerin üstesinden gelmek için çaba harcamak durumundadır. Kriz anında, örgütün etkili bir biçimde yönetilmesi, örgütün içinde bulunacağı olumsuz durumdan daha hızlı çıkmasını ve normale dönmesini kolaylaştıracaktır (Karaköse, 2007).

Kriz dönemleri, örgütler açısından hem tehdit hem de fırsattır. Bu sebeple örgüt yöneticileri, karşılaşılan kriz durumunu fırsata çevirerek örgütün bu süreçten kazanımlar elde etmesi için gereken özveri ve çabayı göstermelidir. Kriz, örgütün iç yapısından

kaynaklanacağı gibi çevresel faktörlerden de kaynaklanabilmektedir. Kriz, ortaya çıkmadan önce mutlaka öncü sinyaller göstermektedir. Bu bağlamda kriz öncesi sinyallerin dikkatli bir şekilde analiz edilerek gereken önlemlerin hızlıca alınması gerekmektedir (Karaköse, 2007).

Sağlık kurumları insan sağlığını korumak, geliştirmek ve tedavi etmek için yoğun ve karmaşık hizmet sunan yapıdaki örgütlerdir. Sağlık kurumlarının karmaşık yapısı, farklı meslek profesyonellerinin bir arada çalışması, gelişen teknolojiye uyum sağlama ve tüm bu durumların ekonomik etkileri nedeniyle krizlerin ortaya çıkma olasılığı yüksek örgütlerdir. Sağlık kurumlarında ortaya çıkacak olan krizler, doğrudan insan hayatını etkileyeceği göz önünde bulundurularak yönetilmelidir (Bulduklu ve Karaçor, 2017; Efe ve Türe, 2021).

Sağlık kurumları içerisinde sayıca üstünlüğe sahip olan, sağlık kurumunda her alanda birebir hasta ile iletişim kurarak sağlık hizmetlerinin sunumunda ve bakımın bütün süreçlerinde yer alan hemşirelerin; sağlık kurumunu etkileyen veya sağlık kurumunda ortaya çıkacak olan bir kriz durumunda etkili bir şekilde sürecin yönetilmesinde önemli rolü bulunmaktadır (Efe ve Türe, 2021).

Yönetici hemşirelerin kurum işleyişi ve dış çevreyi gözlemleyerek proaktif bir biçimde çalışanlar için sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturabilmelidir (Özmen, 2022). Yönetici hemşirelerin; görev yaptıkları kurumda hangi tür krizlerle karşılaşma olasılıklarının olduğunu, ortaya çıkan krizlerin olası çözümlerini, krizlerin çözülmediği durumlarda hangi sorunlara neden olacağını bilmesi ve öngörebilmesi için gerekli adımların atılması ve planların yapılması gerekmektedir (Keskin, 2023).

Sağlık hizmetlerinin sunumunda kriz yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim programları düzenlenmelidir. Oluşabilecek krizleri ve sebep olacağı muhtemel sonuçları engellemek ile ilgili birimler oluşturulmalıdır (Keskin, 2023).

### Kaynakça

1. Abaan, S. (2016). Ünite 9: Hastanelerde Acil Durumlarla Baş Etmede Hemşirenin Sorumlulukları. İçinde: Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi El Kitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.
2. Apaydın K.(2007) Hemşirelik Hizmetlerinde Yönetimsel ve Organizasyonel Sorunlar ve Çözüm Önerileri. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul,
3. Atabay, B.(2019). Sağlık Kurumlarında Kriz Yönetimi ve Örnek Bir Uygulama. Yüksek Lisans Tezi, Kırklareli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırklareli.
4. Balaban, S. (2018). Kriz Yönetiminde Liderlik ve Liderlik Özelliklerinin Kriz Yönetimine Etkisi Üzerine Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
5. Bayrak Çelik, B.P. Risk ve Kriz Yönetimi. 1-14. [https://www.academia.edu/8859999/Risk\\_ve\\_Kriz\\_Yönetimi](https://www.academia.edu/8859999/Risk_ve_Kriz_Yönetimi) (Erişim Tarihi: 28.05.2023)
6. Bulduklu, Y. (2015). Sağlık Hizmetlerinde Kriz ve Kriz İletişimi. Sağlık Kurumlarında İletişim; 203-231.
7. Bulduklu, Y., Karaçor, S. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Yeni Medya. Atatürk İletişim Dergisi; 14.
8. Can, H. (2005). Organizasyon ve Yönetim. Siyasal Kitabevi, Ankara.
9. Demirtaş, H. (2000). Kriz Yönetimi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi; 23: 353-373.
10. Demirbağ, B.C., Kazak, A., Erkan, H. (2021). 1. Bölüm: Terminoloji. İçinde: Hemşirelik kuramları kavram haritalarıyla. Ed: Birsal Canan Demirbağ. Ankara: Akademisyen Kitabevi. Sayfa:3.
11. Efe, N., Türe, A. (2021). Hemşirelikte Kriz Yönetimi. International Social Mentality and Researcher Thinkers Journal; 7(41): 226-232.
12. Işık, M. (2012). Hemşire Yöneticilerin Kriz Yönetimine İlişkin Yaklaşımlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
13. Kalanlar B, Kubilay G. (2015). Afetlerde Toplum Sağlığının Korunmasında Önemli Bir Kavram: Afet Hemşireliği. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi. Cilt 23, Sayı 1: 57-65.
14. Kahraman B.(2007) Yönetici Hemşirelerin Hemşirelik Hizmetleri Personelini Yönetirken Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunlara Karşı Alınan Önlemler. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
15. Karaköse, T. (2007). Örgütler ve Kriz Yönetimi. Akademik Bakış; 13: 1-15.
16. Keskin G. (2019-2023) Hemşirelikte Doktora Programı Ders Notları.
17. Korkmazyürek, H., Basım, H.N. (2009). İş Modeli ve Kriz Yönetimi. Siyasal Yayınevi, Ankara.
18. Özmen, S. (2022). Yönetici Hemşirelerin Covid-19 Salgın Sürecinde Kriz Yönetimine İlişkin Deneyimleri. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
19. TDK (2023). <https://sozluk.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 28.05.2023).

20. Tel, H. (2016). Olağanüstü Durumlar ve Hemşirelik. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 19:4.
21. Velioğlu, P. (2012). *Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar*. 2. Baskı. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık.
22. Yağız Sayğan, F.N. (2022). Covid-19 Pandemi Sürecinde Kriz Liderliği: Sistemik Tarama. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*; (47): 388-401.

## Depremzedelerin Bir Üniversite Hastanesine Başvurularının Değerlendirilmesi: Tanımlayıcı Çalışma

Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ<sup>2</sup>, Yasemin DURDURAN<sup>3</sup>, Esra HACILAR<sup>1</sup>, Nebahat GÖNEN<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Neü Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Abd

<sup>2</sup>Neü Tıp Fakültesi Başhekim Halk Sağlığı Abd

<sup>3</sup>Neü Tıp Fakültesi Başhekim Yardımcısı Halk Sağlığı Abd

<sup>4</sup>Neü Tıp Fakültesi Sosyal Hizmet Birim Sorumlusu

Sorumlu Yazar: drhacilaresra@gmail.com

**Giriş ve Amaç:** Ülkemizde 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli iki büyük deprem çok fazla sayıda insanı etkilemiştir. Bu depremlerden bölgede bulunan sağlık hizmetleri de etkilenmiştir. Bu da bize göstermiştir ki afet durumlarına hazırlıklı olmak çok önemlidir. Bunun için deprem sonrası hastane başvurularının incelenmesi de afet sonrası için daha hazırlıklı olmamıza destek olacaktır. Bu çalışmada Kahramanmaraş merkezli deprem sonrası NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran depremzedelerin hastaneye başvuru ve hastanede takip sürecini değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** Araştırma için alınan Etik Kurul izni sonrasında, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 07 Şubat- 30 Nisan 2023 tarihleri arasında başvurmuş olup servislerde takibi yapılan depremzedelerin kayıtları taranarak tanımlayıcı özellikleri incelendi. Depremzedelerin başvuruları birincil başvuru ve ikincil başvuru sebebi olarak ayrıldı. Deprem sonrası erken dönem başvuruları birincil başvuru olarak kabul edildi. Gebelik ve postpartum dönem ile ilgili sorunlar, kronik hastalıklar, ruh sağlığı sorunları gibi deprem sonrası geç dönem başvuruları ikincil başvuru olarak alındı. Bir form oluşturularak veriler bu forma aktarıldı. Bu dönemde depremde olup servislerde takip edilmeyen bireylerin kayıtları çalışmaya dahil edilmedi.

Verilerin istatistiksel analizi, IBM SPSS Statistics, versiyon 21.0 kullanılarak yapıldı. Sayısal verilerin özetlenmesinde; ortanca, 1. ve 3. çeyreklik değerleri, kategorik verilerin özetlenmesinde sayı ve yüzdeler kullanıldı. Normal dağılmayan sayısal verilerin özetlenmesinde Mann-Whitney U testi kullanıldı.

**Bulgular:** Deprem sonrası 07 Şubat- 30 Nisan 2023 tarihleri arasında 293 kişi NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi servislerinde takip edilmiştir. Bu depremzedelerin %54,3'ü kadın olup, yaş ortancası =36,0 (1.çeyreklik:15,5 - 3.çeyreklik: 61,0) olarak saptanmıştır. Bu depremzedelerin %73,4'ü 18 yaş üstü, % 39,6'sının deprem yaşadığı yer Hatay iliydi. Başvuruların %67,6'sının hastaneye başvuru sebebi deprem bağlı birincil başvuru değildi. Depremzedelerin %31,0'inin tanısı kırık, yumuşak doku bozuklukları ve crush sendromu, %10,6'sı gebelik ve postpartum dönemi hastalıklarıydı ve %48,5'i cerrahi bölümlerde takipliydi. Başvuranların %97,3'ünün taburcu olduğu, taburcu olanların %5,3'ünde sekel kaldığı tespit edildi. Depremde hastaların hastanede yatış süreleri ortancası 4 (1.Çeyreklik=1 - 3.Çeyreklik=11) gündü. Bu hastaların deprem tarihi ile başvuru tarihi arasında geçen süre ortancası 15,0 (1.Çeyreklik:5,0 - 3. Çeyreklik: 29,5) gündü. Depremi birinci başvuru sebebi olanların %20,0'sinin hayati tehlikesi olduğu, % 80,0'inin cerrahi bölümlerde takip edildiği tespit edildi. Deprem birinci başvuru sebebi olmayanların %29,8'inin dahili bölümlerde takip edildiği, %97,0'sinin taburcu olduğu saptandı.

**Sonuç ve Öneriler:** Depremden sonraki erken dönemde başvuruların direk deprem sebebiyle acil nedenlerle olduğu, sonraki dönemlerde ise direk deprem kaynaklı olmayan başvuruların olduğu görülmüştür. Erken dönemde cerrahi bölümlere daha geç dönemde dahili bölümlere daha çok başvuru olmuştur. Ayrıca sadece hemen deprem sonrasında acil nedenlerle değil, depremde olup farklı sebeplerle de hastaneye başvuru olabilmektedir. Özellikle bu süreçte gebelik durumu ve kronik hastalık sebebiyle başvuruların göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Deprem gibi olağandışı durumlar için her hastanede bütün bölümlerinin organize bir şekilde çalışması ve hastane afet planları hazırlanırken sadece hastane içinde değil, dış kaynaklı da olabilecek tüm afetlerin yansımalarına hazırlıklı olunması önem arz etmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Depremler, doğal afetler, tıp fakültesi

### Evaluation of Earthquake Victims' Admissions to a University Hospital: A Descriptive Study

**Giriş ve Amaç:** Ülkemizde 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli iki büyük deprem çok fazla sayıda insanı etkilemiştir. Bu depremlerden bölgede bulunan sağlık hizmetleri de etkilenmiştir. Bu da bize göstermiştir ki afet durumlarına hazırlıklı olmak çok önemlidir. Bunun için deprem sonrası hastane başvurularının incelenmesi de afet sonrası için daha hazırlıklı olmamıza destek olacaktır. Bu çalışmada Kahramanmaraş merkezli deprem sonrası NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran depremzedelerin hastaneye başvuru ve hastanede takip sürecini değerlendirmeyi amaçladık.

**Gereç ve Yöntem:** araştırma için alınan Etik Kurul izni sonrasında, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 07 Şubat- 30 Nisan 2023 tarihleri arasında başvurmuş olup servislerde takibi yapılan depremzedelerin kayıtları taranarak tanımlayıcı özellikleri incelendi. Depremzedelerin başvuruları birincil başvuru ve ikincil başvuru sebebi olarak ayrıldı. Deprem sonrası erken dönem başvuruları birincil başvuru olarak kabul edildi. Gebelik ve postpartum dönem ile ilgili sorunlar, kronik hastalıklar, ruh sağlığı sorunları gibi deprem sonrası geç dönem başvuruları ikincil başvuru olarak alındı. Bir form oluşturularak veriler bu forma aktarıldı. Bu dönemde depremde olup servislerde takip edilmeyen bireylerin kayıtları çalışmaya dahil edilmedi.

Verilerin istatistiksel analizi, IBM SPSS Statistics, versiyon 21.0 kullanılarak yapıldı. Sayısal verilerin özetlenmesinde; ortanca, 1. ve 3. çeyreklik değerleri, kategorik verilerin özetlenmesinde sayı ve yüzdeler kullanıldı. Normal dağılmayan sayısal verilerin özetlenmesinde Mann-Whitney U testi kullanıldı.

**Bulgular:** Deprem sonrası 07 Şubat- 30 Nisan 2023 tarihleri arasında 293 kişi NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi servislerinde takip edilmiştir. Bu depremzedelerin %54,3'ü kadın olup, yaş ortancası =36,0 (1.çeyreklik:15,5 - 3.çeyreklik: 61,0) olarak saptanmıştır.

Bu depremzedelerin %73,4'ü 18 yaş üstü, % 39,6'sının deprem yaşadığı yer Hatay iliydi. Başvuruların %67,6'sının hastaneye başvuru sebebi deprem bağlı birincil başvuru değildi. Depremzedelerin %31,0'inin tanısı kırık, yumuşak doku bozuklukları ve crush sendromu, %10,6'sı gebelik ve postpartum dönemi hastalıklarıydı ve %48,5'i cerrahi bölümlerde takipliydi. Başvuranların %97,3'ünün taburcu olduğu, taburcu olanların %5,3'ünde sekel kaldığı tespit edildi. Depremzede hastaların hastanede yatış süreleri ortancası 4 (1.Çeyreklik=1 - 3.Çeyreklik=11) gündü. Bu hastaların deprem tarihi ile başvuru tarihi arasında geçen süre ortancası 15,0 (1.Çeyreklik:5,0 - 3. Çeyreklik: 29,5) gündü. Deprem birinci başvuru sebebi olanların %20,0'sinin hayati tehlikesi olduğu, % 80,0'inin cerrahi bölümlerde takip edildiği tespit edildi. Deprem birinci başvuru sebebi olmayanların %29,8'inin dahili bölümlerde takip edildiği, %97,0'sinin taburcu olduğu saptandı.

**Sonuç ve Öneriler:** Depremden sonraki erken dönemde başvuruların direk deprem sebebiyle acil nedenlerle olduğu, sonraki dönemlerde ise direk deprem kaynaklı olmayan başvuruların olduğu görülmüştür. Erken dönemde cerrahi bölümlere daha geç dönemde dahili bölümlere daha çok başvuru olmuştur. Ayrıca sadece hemen deprem sonrasında acil nedenlerle değil, depremzede olup farklı sebeplerle de hastaneye başvuru olabilmektedir. Özellikle bu süreçte gebelik durumu ve kronik hastalık sebebiyle başvuruların göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Deprem gibi olağandışı durumlar için her hastanede bütün bölümlerinin organize bir şekilde çalışması ve hastane afet planları hazırlanırken sadece hastane içinde değil, dış kaynaklı da olabilecek tüm afetlerin yansımalarına hazırlıklı olunması önem arz etmektedir.

**Keywords:** Depremler, doğal afetler, tıp fakültesi

### Giriş ve Amaç

Ülkemizde 6 Şubat 2023'te Kahramanmaraş merkezli iki büyük deprem çok fazla sayıda insanı etkilemiştir. Bu depremlerden bölgede bulunan sağlık hizmetleri de etkilenmiştir. Bu da bize göstermiştir ki afet durumlarına hazırlıklı olmak çok önemlidir. Bunun için deprem sonrası hastane başvurularının incelenmesi de afet sonrası için daha hazırlıklı olmamıza destek olacaktır. Bu çalışmada Kahramanmaraş merkezli deprem sonrası NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'ne başvuran depremzedelerin hastaneye başvuru ve hastanede takip sürecini değerlendirmeyi amaçladık.

### Gereç ve Yöntem

Araştırma için alınan Etik Kurul izni sonrasında, Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'ne 07 Şubat- 30 Nisan 2023 tarihleri arasında başvurmuş olup servislerde takibi yapılan depremzedelerin kayıtları taranarak tanımlayıcı özellikleri incelendi. Depremzedelerin başvuruları birincil başvuru ve ikincil başvuru sebebi olarak ayrıldı. Deprem sonrası erken dönem başvuruları birincil başvuru olarak kabul edildi. Gebelik ve postpartum dönem ile ilgili sorunlar, kronik hastalıklar, ruh sağlığı sorunları gibi deprem sonrası geç dönem başvuruları ikincil başvuru olarak alındı. Bir form oluşturularak veriler bu forma aktarıldı. Bu dönemde depremzede olup servislerde takip edilmeyen bireylerin kayıtları çalışmaya dahil edilmedi.

Verilerin istatistiksel analizi, IBM SPSS Statistics, versiyon 21.0 kullanılarak yapıldı. Sayısal verilerin özetlenmesinde; ortanca, 1. ve 3. çeyreklik değerleri, kategorik verilerin özetlenmesinde sayı ve yüzdeler kullanıldı. Normal dağılmayan sayısal verilerin özetlenmesinde Mann-Whitney U testi kullanıldı.

### Bulgular

Deprem sonrası 07 Şubat- 30 Nisan 2023 tarihleri arasında 293 kişi NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi servislerinde takip edilmiştir. Bu depremzedelerin %54,3'ü kadın olup, yaş ortancası =36,0 (1.çeyreklik:15,5 - 3.çeyreklik: 61,0) olarak saptanmıştır. Bu depremzedelerin %73,4'ü 18 yaş üstü, % 39,6'sının deprem yaşadığı yer Hatay iliydi. Başvuruların %67,6'sının hastaneye başvuru sebebi deprem bağlı birincil başvuru değildi. Depremzedelerin %31,0'inin tanısı kırık, yumuşak doku bozuklukları ve crush sendromu, %10,6'sı gebelik ve postpartum dönemi hastalıklarıydı ve %48,5'i cerrahi bölümlerde takipliydi. Başvuranların %97,3'ünün taburcu olduğu, taburcu olanların %5,3'ünde sekel kaldığı tespit edildi. Depremzede hastaların hastanede yatış süreleri ortancası 4 (1.Çeyreklik=1 - 3.Çeyreklik=11) gündü. Bu hastaların deprem tarihi ile başvuru tarihi arasında geçen süre ortancası 15,0 (1.Çeyreklik:5,0 - 3. Çeyreklik: 29,5) gündü. Deprem birinci başvuru sebebi olanların %20,0'sinin hayati tehlikesi olduğu, % 80,0'inin cerrahi bölümlerde takip edildiği tespit edildi. Deprem birinci başvuru sebebi olmayanların %29,8'inin dahili bölümlerde takip edildiği, %97,0'sinin taburcu olduğu saptandı.

### Sonuç ve Öneriler

Depremden sonraki erken dönemde başvuruların direk deprem sebebiyle acil nedenlerle olduğu, sonraki dönemlerde ise direk deprem kaynaklı olmayan başvuruların olduğu görülmüştür. Erken dönemde cerrahi bölümlere daha geç dönemde dahili bölümlere daha çok başvuru olmuştur. Ayrıca sadece hemen deprem sonrasında acil nedenlerle değil, depremzede olup farklı sebeplerle de hastaneye başvuru olabilmektedir. Özellikle bu süreçte gebelik durumu ve kronik hastalık sebebiyle başvuruların göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Deprem gibi olağandışı durumlar için her hastanede bütün bölümlerinin organize bir şekilde çalışması ve hastane afet planları hazırlanırken sadece hastane içinde değil, dış kaynaklı da olabilecek tüm afetlerin yansımalarına hazırlıklı olunması önem arz etmektedir.

**Anahtar Sözcük:** Depremler, doğal afetler, tıp fakültesi



## Sağlık Kurumlarında Maliyet Analizi Çalışmaları: Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Önerileri

Gözde YALÇIN ULUTAŞ<sup>2</sup>, Elif ERBAY<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi

<sup>2</sup>Yüksek İhtisas Üniversitesi Shmyo / Ankara Üniversitesi

Sorumlu Yazar: [erbay@ankara.edu.tr](mailto:erbay@ankara.edu.tr)

Sağlık hizmetleri sunumu ve yönetimi gün geçtikçe daha karmaşık hale gelirken, kaynakların verimli kullanımı ve finansal sürdürülebilirliğin sağlanması da giderek önem kazanmaktadır. Maliyet analizi, sağlık sektöründe stratejik kararlar alınması, hizmet kalitesinin artırılması ve kaynakların verimli kullanılması için güçlü bir araç olarak öne çıkmaktadır. Ancak maliyet analizi çalışmalarının sağlık kurumlarında uygulanması sürecinde çeşitli zorluklarla karşılaşıldığı bilinmektedir. Bu çalışmada, Türkiye’de sağlık kurumlarında maliyet analizi uygulamalarının önündeki sorunları ortaya koymak ve bu konuda çözüm önerileri sunmak amaçlanmaktadır. Araştırma, sağlık kurumlarında daha önce maliyet analizi çalışması yapmış araştırmacıların deneyimlerine dayalı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Anket formu yazarlar tarafından oluşturulmuş olup çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Geri dönüş oranı %46 olan, 61 katılımcının doldurduğu anket sonuçları kapsamında katılımcıların %75’inin maliyet analizi eğitimi aldığı, en çok hizmet sunucusu perspektifini ve geleneksel maliyet analizi yöntemini kullandığı, çalışmaların en çok sağlık bakanlığı hastanelerinde en az birinci basamak sağlık kurumlarında yapıldığı tespit edilmiştir. Araştırmacıların genellikle talep ettiği bütün verileri alarak istediği çalışmayı yapamadığını, alabildiği verilerle çalışmasını kurgulamak zorunda kaldığı belirlenmiştir. Araştırmacıların maliyet analizi çalışması yapamama nedenleri ise çoğunlukla veri paylaşımı sorunları, kurum izin süreci ve karar vericilerin destek eksikliği olmuştur. Araştırmacıların maliyet analizi çalışması yapamama nedenleri, sağlık kurumlarına göre ayrıca incelenmiştir. Araştırmacıların; vakit sorunu, verilerin güvenilir olmaması ve kurum izni olmaması gibi nedenlerden ötürü maliyet analizi çalışması yapamama nedenleri ise çoğunlukla veri paylaşımı sorunları, kurum izin süreçlerinde sürecin uzunluğu ve karmaşıklığı konusunda zorlukla karşılaştıkları belirlenmiştir. Çalışma sonucunda bu zorlukların üstesinden gelenebilmesi için; karar vericilerin, çalışmaların faydaları konusunda ikna edilmesi, çalışmalara yönelik önyargılarının yıkılması ve çalışmaların sonucunda kanıt dayalı çözüm önerilerinin geliştirileceğine dair farkındalıklarının artırılması için eğitim ve etkinliklerin düzenlenmesi önerilmiştir. Bu çalışmanın; araştırmacılar, sağlık yöneticileri ve politika yapıcılar için sağlık kurumlarında maliyet analizi uygulamalarının geliştirilmesine katkı sağlayabilecek değerli bilgiler sunması beklenmektedir. Elde edilen bulgular, sağlık sektöründe maliyet analizi uygulamalarının daha etkili ve verimli bir şekilde yönlendirilmesi için yol gösterici nitelik taşıyabilir.

**Anahtar Kelimeler:** Bilimsel Araştırma, Maliyet Analizi, Sağlık Kurumları

### Cost Analysis Studies within Healthcare Institutions: Challenges and Proposed Solutions

While the provision and management of healthcare services is becoming more complex day by day, efficient use of resources and ensuring financial sustainability are also becoming increasingly important. Cost analysis stands out as a powerful tool for making strategic decisions in healthcare, increasing service quality and efficient use of resources. However, it is known that various challenges are encountered in the implementation of cost analysis studies in healthcare institutions. The aim of this study is to identify the challenges faced in cost analysis applications within healthcare institutions in Türkiye and to provide solutions in this regard. The research was carried out using the survey method based on the experiences of researchers who had previously conducted cost analysis studies in healthcare institutions. The questionnaire was developed by the authors and applied online. Within the scope of the survey results filled out by 61 participants with a return rate of 46%, it was determined that 75% of the participants received cost analysis training, mostly used the service provider perspective and traditional cost analysis method, and studies were conducted primarily in hospitals affiliated with the Ministry of Health and least frequently in primary care institutions. It was determined that the researchers generally could not conduct the study they wanted by taking all the data they requested and had to design the study with the data they could get. The reasons why researchers couldn't conduct cost analysis studies were mostly data sharing issues, institutional approval processes, and a lack of support from decision-makers. The reasons why researchers could not conduct cost analysis studies were examined separately according to healthcare institutions. It has been determined that researchers were unable to publish their finished cost analysis studies due to reasons such as time constraints, unreliable data, and a lack of institutional approval. It was determined that the researchers encountered difficulties in the length and complexity of the process in the ethics committee and institution permission processes. In order to overcome these difficulties as a result of the study, it was recommended to organize training and activities to convince decision-makers about the benefits of the studies, to eliminate their prejudices about the studies, and to increase their awareness that evidence-based solution proposals will be developed as a result of the studies. This study is expected to provide valuable information that can contribute to the development of cost analysis practices in healthcare institutions for researchers, healthcare managers and policymakers. The findings may be guiding for more effective and efficient guidance of cost analysis practices in healthcare.

**Keywords:** Scientific Research, Cost Analysis, Healthcare Institutions

#### 1. Giriş

Sağlık sektörü hızlı bir şekilde büyürken, sağlık sektörü içerisinde kaynak tüketimi fazla olan kurumlardan biri olan, emek ve teknoloji yoğun sağlık kurumlarının, sağlık hizmetleri sunumu ve yönetimi gün geçtikçe daha karmaşık hale gelmektedir. Bu hızlı büyüme karşısında; maliyetleri sınırlama, mevcut kaynakları etkin kullanma, bunları gerçekleştirirken hizmet kalitesinden ödün vermeme ve finansal sürdürülebilirliğin sağlanması önem kazanmaktadır. Bu noktada sağlık kurumlarında etkili bir maliyet muhasebesi sistemi oluşturmak ve maliyet analizi çalışmaları yapmak ön plana çıkmaktadır (Özgülbaş ve Tarcan, 2013; Özkan vd., 2014).

Geçmiş dönemlere ait maliyet muhasebesi verilerini kullanarak mali performansı ölçebilen ve ileriye yönelik finansal planlar yapmaya imkân veren analizlerden oluşan maliyet analizi, sağlık kurumlarındaki yöneticilerin ve çalışanların planlama, kontrol ve karar alma fonksiyonlarını yerine getirmeleri sürecinde yardımcı olan rasyonel bir araçtır (Mut ve Ağırbaş, 2017). Sağlık kurumlarının; mevcut durum analiz yapmak, geleceğe ilişkin stratejik planlar yapmak ve özel finansal kararlar almak için sunmuş oldukları hizmetin maliyeti hakkında bilgi sahibi olması gerekmektedir. Böylelikle alınacak kararlar daha şeffaf ve savunulabilir olacaktır (Arslan Çilhoroz ve Bozdemir, 2020). Sağlık kurumları bünyesinde maliyet analizi çalışmalarının yapılabilirliği araştırmacıları destekleyecek yönetim yapıları ve yasal düzenlemelerle kolaylaştırılabilir (Teerawattananon vd., 2021). Ancak birçok faydası olmasına rağmen araştırmacılar sağlık kurumlarında maliyet analizi yapma sürecinin her adımında çeşitli sorunlarla karşı karşıya kalabilmektedir. Neticede sağlık kurumları, sağlık hizmet sunumu ve yönetiminin karmaşık ve rekabetin yüksek olduğu bu ortamda finansal performansın önemli bir bileşeni olan maliyet analizi çalışmalarını göz ardı ederse finansal bozulma riskiyle karşı karşıya kalabilmektedir (Gapenski ve Pink, 2015). Karşılaşılan sorunların tespiti ve bu konuda çözüm önerileri geliştirilmesi, sağlıklı kararlar alabilmek için bir gerekliliktir.

## 2. Yöntem

### 2.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmada, Türkiye’de sağlık kurumlarında daha önce maliyet analizi çalışması yapmış araştırmacıların sağlık kurumlarında maliyet analizi uygulamaları sürecinde karşılaştıkları sorunları ortaya koymak ve bu konuda çözüm önerileri sunmak amaçlanmaktadır.

### 2.2. Araştırma Soruları

Araştırma kapsamında aşağıda belirtilen araştırma sorularına yanıt aranmaktadır:

Türkiye’de araştırmacılarının sağlık kurumlarında maliyet analizi uygulamaları sürecinde karşılaştıkları sorunlar nelerdir?

Türkiye’de araştırmacılarının sağlık kurumlarında maliyet analizi uygulamaları sürecinde karşılaştıkları sorunlara yönelik çözüm önerileri nelerdir?

### 2.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evreni sağlık kurumlarında daha önce maliyet analizi çalışması yapmış 133 araştırmacıdan (Profesör, Doçent, Doktor Öğretim Üyesi, Öğretim Görevlisi, Araştırma Görevlisi ve Lisansüstü Öğrenci/Mezun) oluşmaktadır. Araştırmada örneklem seçimi yapılmayıp tüm evrene ulaşmak hedeflenmiştir.

### 2.4. Veri Toplama Aracı ve Yöntemi

Araştırma, sağlık kurumlarında daha önce maliyet analizi çalışması yapmış araştırmacıların deneyimlerine dayalı olarak anket yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Anket formu literatür taraması sonucunda yazarlar tarafından oluşturulmuş olup çevrimiçi olarak uygulanmıştır. Anket, araştırma evreninde yer alan katılımcıların mail adreslerine gönderilmiş, yanıtlar Google Form aracılığı ile toplanmıştır. Anket formunun geçerliliği, sağlık kurumlarında maliyet analizi alanında çalışmaları olan iki akademisyenden görüş alınarak sağlanmıştır. İlgili akademisyenler içerik, dilin ve soruların anlaşılabilirliği ve anketin uzunluğu kapsamında anket formunu gözden geçirmiş ve ifadelerle ilgili yorumları alınarak anket formu güncellenmiştir. Anket formu 23 sorudan oluşmaktadır. Soruların bir kısmı tanımlayıcı nitelikte olup, bir kısmı ise maliyet analizi çalışmalarında karşılaşılan sorunlara ilişkindir. Anket formu aracılığı ile 61 araştırmacıdan yanıt alınmış olup, geri dönüş oranı %46 olarak gerçekleşmiştir.

### 2.5. Verilerin Analizi

Araştırma sonunda elde edilen veriler Microsoft Excel programı ile analiz edilmiştir. Öncelikle, tanımlayıcı bulgulara ilişkin değerler, sonrasında araştırmacıların maliyet analizi uygulamaları sürecinde karşılaştıkları sorunlara ilişkin değerler hesaplanmıştır.

## 3. Bulgular

Ankete verilen yanıtlar, tanımlayıcı bulgular ve karşılaşılan sorunlara ilişkin bulgular olmak üzere iki başlıkta incelenmiştir.

### 3.1. Tanımlayıcı Bulgular

Ankette sorulan tanımlayıcı sorulara verilen yanıtlar incelendiğinde, katılımcıların %21’inin araştırma görevlisi, %18’inin öğretim görevlisi, %16’sının profesör doktor ve doktor öğretim üyesi, %15’inin lisansüstü öğrenci veya mezun ve %13’ünün doçent doktor olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcıların %75’inin maliyet analizi eğitimi aldığı belirlenmiştir. Katılımcılar en çok Geleneksel Maliyet Analizi (%23), Maliyet Etkililik Analizi (%17) ve Faaliyet Tabanlı Maliyet Analizi (%16) yöntemlerini kullandıklarını ifade etmiştir. Bu yöntemler kullanılırken en çok sırasıyla hizmet sunucusu (%48), geri ödeme kurumu (%28) ve hasta (%21) perspektifinin seçildiği belirlenmiştir. Çalışmaların en çok Sağlık Bakanlığı (%43) ve üniversite hastanelerinde (%40) yapıldığı belirlenmiş olup, özel hastanelerde yapılan çalışma sayısının az olduğu (%10) dikkati çekmiştir (Tablo 1).

**Tablo 1.** Tanımlayıcı Bulgular

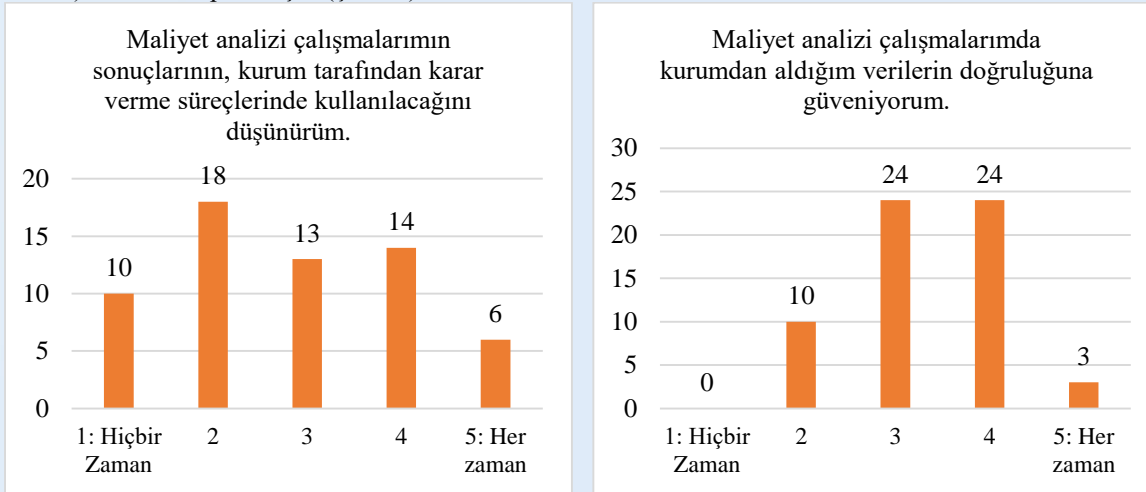
Ünvan	N	%
Arş. Gör.	13	21
Öğr. Gör.	11	18
Prof. Dr.	10	16
Dr. Öğr. Üyesi	10	16
Lisansüstü öğrenci/mezun	9	15
Doç. Dr.	8	13
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>100</b>
Maliyet Analizi Eğitimi Alma Durumu	N	%
Eğitim aldım	46	75
Eğitim almadım	15	25
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>100</b>
Maliyet Analizi Yöntemi	N	%
Geleneksel Maliyet Analizi	29	23
Maliyet Etkililik Analizi	22	17
Faaliyet Tabanlı Maliyet Analizi	20	16
Hastalık Maliyeti Analizi	12	10
Maliyet Minimizasyon Analizi	11	9
Maliyet Hacim Kâr Analizi	11	9
Maliyet Muhasebesi Uygulamaları	9	7
Maliyet Fayda Analizi	9	7
Maliyet Kullanım Analizi	2	2
Kısıtlar teorisi	1	1
<b>Toplam</b>	<b>126</b>	<b>100</b>
Maliyet Analizi Perspektifi	N	%
Hizmet sunucusu perspektifi	47	48
Geri ödeme kurumu perspektifi	27	28
Hasta perspektifi	21	21
Toplumsal perspektif	2	2
Hasta yakını perspektifi	1	1
<b>Toplam</b>	<b>98</b>	<b>100</b>
Sağlık Kurumu	N	%
Sağlık Bakanlığı hastanesi	40	43
Üniversite hastanesi	38	40
Özel hastane	9	10
Diğer sağlık kurumları	5	5
Birinci basamak sağlık kurumları	2	2
<b>Toplam</b>	<b>94</b>	<b>100</b>

Katılımcıların maliyet analizi çalışmalarını en çok makale ve bildiri olarak yayınladıkları tespit edilmiştir. Henüz yayınlanmamış maliyet analizi çalışmaları sorulduğunda, katılımcıların %48'i çalışmasını yayınlamadığını, %34'ü çalışmasının devam ettiğini ve %32'si çalışmasının yayın aşamasında olduğunu belirtmiştir (Tablo 2).

**Tablo 2.** Yayın Sayıları

Yayın sayısı	0	1	2	3	4 ve üstü
<b>Yayınlanan Çalışma Bilgileri</b>					
Hakemli dergide makale	15	18	20	3	5
Bilimsel toplantıda bildiri	22	20	9	6	4
Kitap/kitap bölümü	56	3	0	2	0
Tez çalışması (YÖK'te yayınlandı)	29	31	0	1	0
<b>Yayınlanmayan Çalışma Bilgileri</b>					
Çalışmam bitti, yayın aşamasında	41	16	3	0	1
Çalışmam bitti, yayınlamadım	32	19	7	0	3
Çalışmam devam ediyor	40	14	6	0	1

Katılımcılara maliyet analizi çalışmalarının sonuçlarının, kurum tarafından karar verme süreçlerinde kullanılacağını düşünüp düşünmedikleri sorulmuş olup, bu ifadeye verilen yanıtların puan ortalaması 2,8 (nadiren/çoğu zaman); “Maliyet analizi çalışmalarında kurumdan aldığım verilerin doğruluğuna güveniyorum.” ifadesine verilen yanıtların puan ortalaması ise 3,3 (çoğu zaman) olarak hesaplanmıştır (Şekil 1).



**Şekil 1.** Katılımcıların Kuruma ve Verilere Yaklaşımı

### 3.2. Karşılaşılan Sorunlara İlişkin Bulgular

Katılımcılara, maliyet analizi çalışmaları sürecinde karşılaştıkları sorunları ortaya koymak için birtakım sorular sorulmuştur. Katılımcıların %59'u bireysel sebepler dışında maliyet analizi çalışması yapmak isteyip yapamadığını belirtmiştir. Bunun sebepleri incelendiğinde; veri paylaşımı sorunları (N=73), kurum izin süreci (N=53) ve karar vericilerin destek eksikliğinin (N=49) sıklıkla belirtildiği tespit edilmiştir. Veri paylaşımı sorunları ve kurum izin süreci kategorisinde en çok özel hastaneler ve Sağlık Bakanlığı hastanelerinde; karar vericilerin destek eksikliği kategorisinde en çok Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, üniversite hastanelerinde ve özel hastanelerde sorun yaşandığı ifade edilmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3.** Maliyet Analizi Çalışması Yapamama Nedenleri

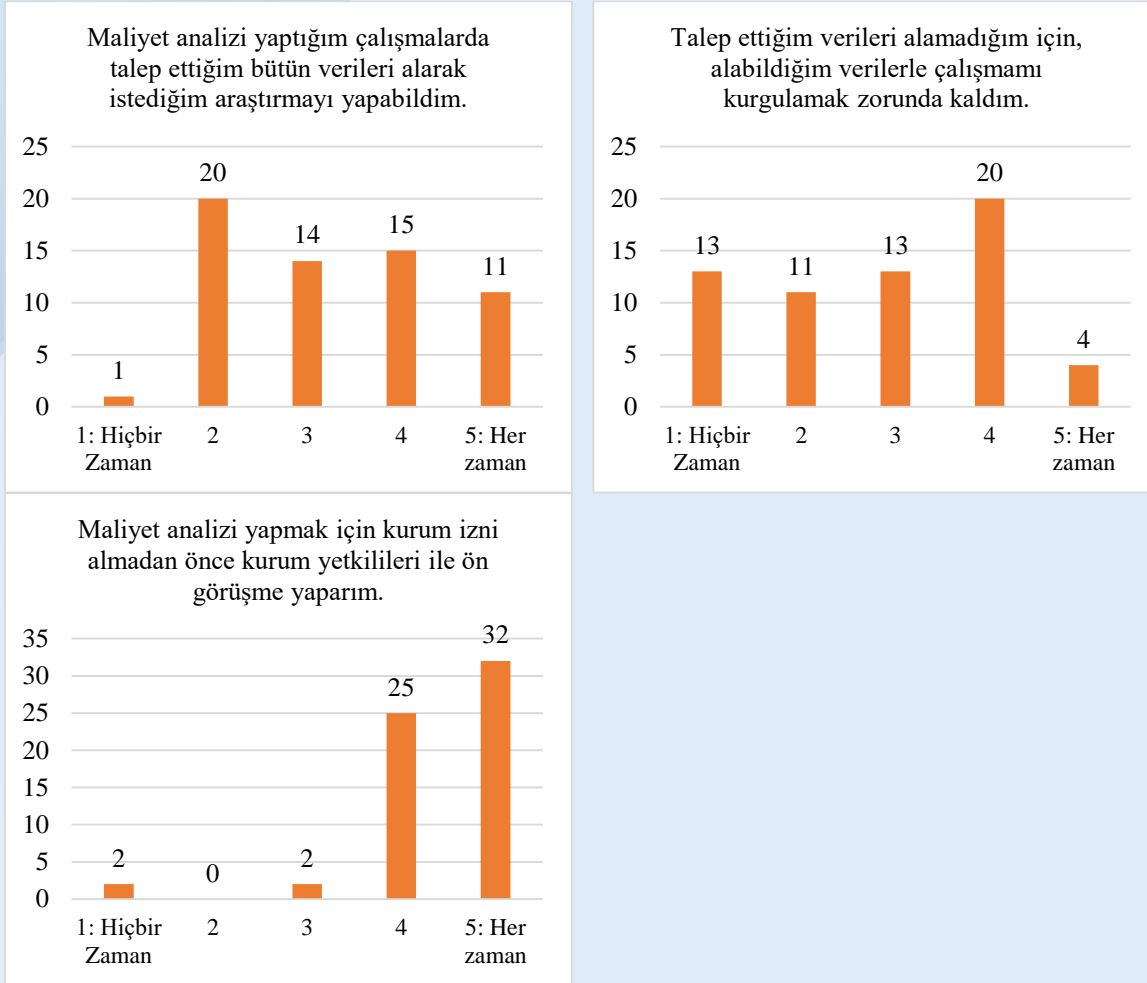
Sağlık Kurumları	Veri paylaşımı sorunları	Veri olmaması	Verilerin doğruluğuna güvenme	Etik kurul izin süreci	Kurum izin süreci	Çalışma için yeterli zaman olmaması	Çalışma için mali desteğin olmaması	Karar vericilerin destek eksikliği	Kurum personelinin bilgi eksikliği
Birinci basamak sağlık kurumları	7	5	2	4	6	6	4	3	2
Diğer sağlık kurumları	4	3	4	3	1	3	4	2	2
Özel hastane	25	3	4	5	18	6	6	17	8
Sağlık Bakanlığı hastanesi	23	9	10	8	17	5	6	15	11
Üniversite hastanesi	14	10	8	8	11	6	6	12	9
<b>Toplam</b>	<b>73</b>	<b>30</b>	<b>28</b>	<b>28</b>	<b>53</b>	<b>26</b>	<b>26</b>	<b>49</b>	<b>32</b>

“Benim dışındaki nedenlerden ötürü maliyet analizi çalışmasını yapıp yayınlamadığım oldu.” ifadesine katılımcıların %43’ü evet, %57’si hayır yanıtını vermiştir. Maliyet analizi çalışmasını yayınlamama nedenleri sorulduğunda; “çalışmamı yayınlamak için vaktim olmadı” (N=15), “Aldığım verilerin yeterince güvenilir olmadığını düşündüm” (N=13), “Kurum iznim yoktu” (N=13) ve “Verilerini aldığım kurum kabul etmedi” (N=10) yanıtlarının öne çıktığı belirlenmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4.** Maliyet Analizi Çalışması Yayınlamama Nedenleri

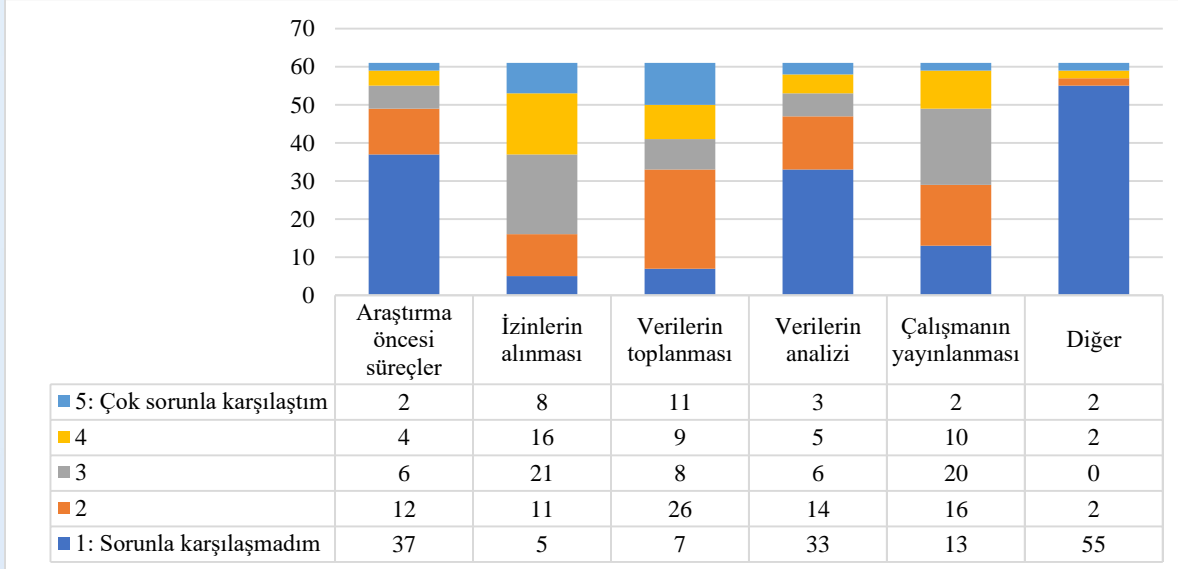
Maliyet analizi çalışması yayınlamama nedenleri	N	%
Çalışmamı yayınlamak için vaktim olmadı	15	26
Aldığım verilerin yeterince güvenilir olmadığını düşündüm	13	23
Kurum iznim yoktu	13	23
Verilerini aldığım kurum kabul etmedi	10	18
Etik kurul iznim yoktu	4	7
Diğer: Yayına dönmeyen tez danışmanlıklarım var	1	2
Diğer: Araştırmanın devam ediyor oluşu	1	2
<b>Toplam</b>	<b>57</b>	<b>100</b>

Katılımcıların %33’ü, talep ettikleri verileri alamadıkları için eksik verilerle çalışmak zorunda kaldıklarını ifade etmiştir. “Maliyet analizi yaptığım çalışmalarda talep ettiğim bütün verileri alarak istediğim araştırmayı yapabildim.” ifadesine verilen yanıtların puan ortalaması 3,3 (çoğu zaman); “Talep ettiğim verileri alamadığım için, alabildiğim verilerle çalışmamı kurgulamak zorunda kaldım.” ifadesine verilen yanıtların puan ortalaması ise 2,9’dur. “Maliyet analizi yapmak için kurum izni almadan önce kurum yetkilileri ile ön görüşme yaptım.” ifadesine verilen yanıtların puan ortalamasının 4,4 (sıklıkla) olduğu belirlenmiştir (Şekil 2).



**Şekil 2.** Maliyet Analizinde Veri Temini

Katılımcılara maliyet analizi çalışmalarının hangi aşamalarında sorunlarla karşılaştığı sorulmuştur. Katılımcıların araştırma öncesi süreçlerde genellikle sorunla karşılaşmadığı (%61), en çok izinlerin alınması (ortalama puan 3,1 -çoğu zaman-), verilerin toplanması (2,7 -nadiren/çoğu zaman-) ve çalışmanın yayınlanması (2,3 -nadiren-) aşamalarında sorunlarla karşılaştığı belirlenmiştir (Şekil 3).



**Şekil 3.** Maliyet Analizi Aşamalarına Göre Karşılaşılan Sorunlar

Katılımcılara etik kurul izni süreçlerine ilişkin bazı sorular yöneltilmiştir. Katılımcıların %73'ünün bütün çalışmaları öncesinde etik kurul izni aldığı ancak %46'sının etik kurul izninin bazı durumlarda gerekmediğini (örn. ikincil veriler üzerinden yapılan çalışmalar) düşündüğü belirlenmiştir. Etik kurul izni sürecinde karşılaşılan sorunlar kapsamında katılımcıların %38'i sorunla karşılaşmadığını ifade ederken, %28'i sürecin uzunluğu, %18'i iletişim sorunları, %18'i sürecin karmaşıklığı konusunda sorunlar yaşadığını belirtmiştir (Tablo 5).

**Tablo 5.** Etik Kurul İzni Süreçleri

Etik Kurul İzni Alma Durumu	N	%
-----------------------------	---	---

Bütün çalışmalarım öncesinde etik kurul izni aldım.	44	72
Bazı çalışmalarım öncesinde etik kurul izni aldım.	14	23
Çalışmalarım öncesinde etik kurul izni almadım.	3	5
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>100</b>
<b>Etik Kurul İzni Alma Hakkında Görüşler</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Etik kurul izninin bazı durumlarda gerekmediğini düşünüyorum	28	46
Etik kurul izninin gerektiğini düşünüyorum.	25	41
Etik kurul izninin gerekmediğini düşünüyorum.	8	13
<b>Toplam</b>	<b>61</b>	<b>100</b>
<b>Etik Kurul Alma Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Zorlukla karşılaşmadım	30	38
Sürecin uzunluğu	22	28
İletişim sorunları	14	18
Sürecin karmaşıklığı	14	18
<b>Toplam</b>	<b>80</b>	<b>100</b>

Katılımcılardan, etik kurul izni süreçlerinde karşılaştıkları bu sorunlara çözüm önerileri getirmeleri istenmiş, bu çözüm önerileri yedi tema altında özetlenmiştir:

#### **Koordinasyon ve İş Birliği**

“Etik kurul bizden kurum izni talep ediyor lakin kurumlar da etik kurul onayı olmadan izin vermiyor. Bu durum süreci yokuşa sürüyor.”

“Üniversite etik kurulları ile sağlık kurumları arasındaki iletişim ve koordinasyon artırılmalı.”

“En büyük sorun kurumların, özellikle Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, maliyet verilerini paylaşmak istememesi. Bunun için kurum izni vermiyorlar ve kurum izni olmayınca etik kurul izni de alamıyoruz.”

“Kurumların etik kurul, etik kurulun kurum izni istemesi çıkmazı çözülmeli. Zaten zahmetli olan süreç bu bürokratik engellerle daha da uzuyor ve zorlaşıyor. Taraflar iletişimde bulunup koordinasyonu sağlayarak buna çözüm getirmeli. Kurumlar ‘etik kurul onayının alınmasından sonra uygundur’ kararı çıkararak bu süreci kolaylaştırmalı.”

“Maliyet analizi çalışmalarına etik kurul ve çalışmanın yürütüleceği kurumlar ortak bir pencereden bakmalı. Karşılıklı olarak birbirlerinin beklentilerini ve çalışmalarını değerlendirme süreçlerini bilmeli ve o şekilde izin süreci yürütülmeli. Bu noktada kurumlar ve üniversiteler arası toplantılar, çalıştaylar düzenlenerek istişare yapılmalı ve bu şekilde çalışmayı yapan kişileri arada bırakmayarak net bir yönlendirme yapılabilir.”

#### **İletişim**

“Etik kurul ofisi araştırmacılarla daha iyi iletişim kurmalı.”

“Maillere daha hızlı dönerlerse süreç hızlanabilir.”

#### **Etik Kurul Web Sayfaları**

“Etik kurul izin süreçlerinin hızlandırılması ve kolaylaştırılması için bir sistem kullanılmalı. Başvuruların yapılıp takibinin sağlanabileceği, gerekli düzeltmelerin yapılarak tekrar yüklemelerin de yapılabilmesi Dergipark benzeri bir sistem kullanılmalı.”

“Etik kurul web sayfalarında aylık toplantı tarihleri duyurulmalı.”

“Etik kurul web sayfaları daha aktif kullanılmalı, misal toplantı dönemleri ilan edilmeli.”

“İzlekler net ve anlaşılır bir şekilde hazırlanmalı.”

“Başvuru dosyası hazırlanırken son zamanlarda onay alan dosya örnekleri incelenebilir.”

#### **Etik Kurul Üyeleri**

“Çalıştığım üniversitede etik kurul süreçleri çok yavaş ilerliyor, hızlandırmak için mutlaka araya birilerini sokmak gerekiyor. Sorun ne bilmiyorum, eğer üye sayısı azsa üye sayısı artırılmalı.”

“Süreç uzunluğu veya değerlendiren hocaların alandan olmaması problem olabiliyor. O nedenle Etik Kurul'da inceleme yapan hoca sayısı artırılmalı ve konu dağıtımları yapılırken o alanda o yöntemle çalışmış hocalar dikkate alınmalı.”

“Üniversitemde etik kurulda çalışan personelin süreçlere hakim olmadığını düşünüyorum. Bu da iletişimsel sorunlara sebep oluyor. Süreçlere hakim personeller çalışmalı.”

#### **Geçerlilik**

“Çalışmayı yapmak için sadece okulumdan aldığım etik kurul izni geçerli oluyor dendi, ben daha hızlı alabileceğimi düşündüğüm başka bir okulun etik kurulundan izin almak istemiştım. Sonuçta etik izin etik izindir, kurum fark etmemeli.”

“Çalışmamı yapacağım hastane kendi üniversitesinin etik kurulundan onay almamı istedi. Ankara Üniversitesi etik kurulundan onay almanın kabul edilmeyecekti. Çalışma yapmadan önce kurumun etik kurul onayının özellikle bir yerden alınması şartı olup olmadığı öğrenilmeli.”

#### **Sürecin Uzunluğu**

“Her başvurunun sonuçlandırılması için süre belirlenmeli ve bu süreler uyulmalı, böylece süreç hızlandırılabilir.”

#### **Diğer**

“Etik kurul izni şartı aranmamalı.”

“Veri anonimleştirilerek araştırmacılara etik kurul izni gerekmeksizin verilebilmeli.”

Kurum izni süreçlerinde karşılaşılan sorunlar sorulmuş, katılımcıların %27’si sürecin uzunluğu, %27’si iletişim sorunları, %25’i sürecin karmaşıklığı konusunda sorunlar yaşadığını ifade ederken, %11’i zorlukla karşılaşmadığını belirtmiştir (Tablo 6). Ayrıca diğer seçeneği altında katılımcılar; “Konunun öneminin farkında olmamaları”, “Karar vericilerin isteksizliği, destek eksikliği”, “Kurum çalışanlarının benzer çalışmaları kendileri yapmak istediklerinden izin vermek istememeleri” ve “Kendilerini denetleniyormuş gibi hissediyorlar ya da araştırmacıların yöneticilerin açıklarını aradıklarını düşünüyorlar” gibi ifadelerde bulunmuştur.

**Tablo 6.** Kurum İzni Süreçleri

Kurum İzni Alma Sürecinde Karşılaşılan Sorunlar	N	%
Sürecin uzunluğu	27	27
İletişim sorunları	27	27
Sürecin karmaşıklığı	25	25
Zorlukla karşılaşmadım	11	11
Diğer (açık uçlu yanıt)	10	10
<b>Toplam</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Katılımcılardan, kurum izni süreçlerinde karşılaştıkları bu sorunlara çözüm önerileri getirmeleri istenmiş, bu çözüm önerileri altı tema altında özetlenmiştir:

#### **Bakış Açısı ve Farkındalık**

“Araştırma başvurularının değerlendirilmesinde görev alan karar vericilerin; sağlık yönetimi, maliyet analizi ve çalışmaların faydaları konularında ikna edilmesi ve çalışmalara yönelik önyargılarının yıkılması için eğitimler, etkinlikler düzenlenmeli. Bilinç ve farkındalıkları artırılmalı. Veri paylaşmak istememe sebepleri ayrıca araştırılmalı.”

“Akademik çalışma sonuçlarından kurumların negatif etkilenebileceği algısı değiştirilmeli. Kurum yöneticilerine çalışmanın kurum sorunlarına bilimsel ve kanıta dayalı çözüm önerileri getirilebileceği uygun bir şekilde anlatılmalı.”

“Yöneticiler, alınacak verilerin sadece araştırma amacıyla kullanılacağına ve sonuçların iki tarafa da fayda sağlayabileceğine ikna edilmeli.”

“Etik kurul izni varken kurum çekingene davranmamalı.”

“Yapılacak maliyet analizlerinin kuruma sağlayacağı katkılar hakkında kurumda farkındalık oluşturulmalı.”

#### **Kurumsal Yapılanma**

“Genellikle kurum içinden iletişimde olunan biri yoksa izin almak daha zor oluyor. Her kurumda bilimsel araştırmalar için bir üst kurul yok, her kurumda bu kurulların olması gerekiyor. Bu kurullar izin süreçlerini hızlandırıp kolaylaştırılmalı.”

“Hala araştırma başvuruları ile ilgilenen bir birimi olmayan hastaneler var, özellikle özelde. Bu birimler oluşturulmalı.”

“Akademik çalışmalara izin veren bir kurumda çalışanların süreci takip edebilecekleri bir irtibat noktası bulunmalı.”

“Kurum bünyesinde kurulacak olan bu mekanizma bir rutinde ve hızlı şekilde işlemeli ve çalışmayı yürüten kişilere gereken süre içerisinde dönüş yapılmalı.”

“Kurumlar arası yazışmaların hızlandırılması gerekiyor, belki sadece araştırmalar için ortak bir ağ tanımlanabilir.”

“Maliyet analizi kapsamında kurumlardan talep edilen veriler kurum idaresinin yanı sıra verilerin temin edileceği birim sorumlularının da değerlendirmesinden geçmelidir. Veriler bu şekilde detaylı olarak incelenecek ve bir sıkıntı var ise çalışmaya başlamadan çözümlenebilecek ve gerekli güncellemeler yapılabilecektir. Böylelikle çalışma sürecinde yaşanabilecek zaman kayıplarının önüne geçilebilir.”

#### **Koordinasyon ve İş Birliği**

“Etik kurul bizden kurum izni talep ediyor lakin kurumlar da etik kurul onayı olmadan izin vermiyor. Bu durum süreci yokuşa sürüyor.”

“Hastane, çalışmaya başlayabilmem için etik kurul izni istedi, etik kurul da idari izin istedi. Bu çıkmazın çözülmesi için artık bir adım atılması gerekiyor.”

“Hastaneler üniversitelerle iş birliği yapmaya, projeler yapmaya daha gönüllü olmalı.”

“İl sağlık müdürlüğü ve hastane arasındaki koordinasyonsuzluk minimize edilmeli.”

“Kurum içinde kiminle iletişime geçeceğim konusunda sürekli yanlış birime yönlendirildim, bu nedenle vakit kaybettim. Araştırma izinleri sürecinin kurum içinde net bir şekilde belirlenmiş olması gerekiyor.”

#### **Kurumsal Destek ve Politikalar**

“Genellikle kurum içinden bağlantınız olduğu zaman süreçler daha hızlı ilerliyor, ancak bu bile her zaman kurum izni almanızı garantilemiyor. Araştırma izni başvurularına verilen retlerin gerçekçi gerekçeleri karara yazılmalı. Böylece araştırma, o gerekçeye göre uyumlaştırılabilir.”

“Sağlık Bakanlığı tarafından tüm hastanelerde maliyet analizi yapılabilmesine yönelik hukuki bir çalışma yapılmalı.”

“İzin alma süreçleri basitleştirilmeli, daha anlaşılır bir akış sunulmalı.”



“Veriler anonimleştirilerek araştırmacılara etik izni gerekmeksizin verilmeli.”

#### İletişim

“Çalışma hakkında bilgi vermek ve istenen veriler hakkında görüşme yapabilmek için karar vericilerle iletişim kurabilmeliyiz.

İletişim kanalları açık olmalı.”

“İletişime açık olmalılar.”

#### Süreç Takibi

“Yazım bir memurun elektronik belge sisteminde uzun bir süre iletilmeden bekledi. Yazımın gitmediğini öğrenip nerede olduğunu bulmam gerekti. Toplam süreç yaklaşık 3 ay sürdü.”

“Araştırmacı, izin süreçlerinde belgesinin akıbetini her zaman takip ve kontrol etmeli.”

#### 4. Tartışma

Ekonomik Değerlendirme (ED) yöntemlerinin uygulanmasının önündeki engelleri ve potansiyel çözümleri belirlemeyi amaçlayan bir çalışmada, bu yöntemleri kullanan araştırmacılara anket uygulanmıştır. Karşılaşılan sorunlar teknik ve içerik olmak üzere ikiye ayrılmıştır. Teknik sorunlar kategorisi altında; seçilen yöntem veya perspektiften analiz yapabilmek için ihtiyaç duyulan verinin olmaması, QALY ve DALY hesaplamaları için gereken verilerin ve araçların olmaması, yetersiz raporlama ve uygulama standardının olmaması gibi sorunlarla karşılaşıldığı belirlenmiştir. İçerik kategorisi altında; ED çalışmalarının karar verme süreçlerinde kullanılmaması, araştırmayı yürütmek için ulusal imkanların kısıtlı olması ve finansman yetersizliği gibi sorunlarla karşılaşıldığı saptanmıştır. Çalışma kapsamında katılımcı araştırmacılar; ülkede araştırmacılar, karar vericiler ve diğer tüm paydaşlar tarafından anlaşılabilir metodolojik raporlama ilkelerinin geliştirilmesi, ED çalışmalarının yürütülebilmesi için gereken veri tabanlarının oluşturulması ve ED çalışmalarının hem sayısını hem de kalitesini artırmak için kapasite geliştirme çalışmalarının yapılması gibi öneriler geliştirmiştir (Luz vd., 2018).

Bir çalışmada 42 farklı ülkeden 193 sağlık politikası uygulayıcısının Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) yöntemlerini kullanırken karşılaştıkları sorunlar anket yöntemiyle incelenmiştir. Anket sonuçlarına göre politika uygulayıcılarının STD uygulamalarında karşılaştıkları sorunlar arasında; veri yetersizliği, çok zaman gerektirmesi, bütçe yetersizliği, sağlığa bir bedel atfedilmesi ile yetkinlik ve yetenek gerektirmesi yer almaktadır. Alt-orta ve düşük gelirli ülkelerde en çok veri ve teknik beceri eksikliğinin sorun teşkil ettiği; üst-orta ve yüksek gelirli ülkelerde en çok STD'nin yalnızca maliyet kontrolü için kullanıldığının ve sağlığa bir bedel atfedildiğinin düşünüldüğü tespit edilmiştir (Teerawattananon vd., 2021).

Hollanda'da sağlık sektöründeki makro, mezo ve mikro düzeyde yöneticilerle yapılan görüşmeler sonucunda, mikro düzeydeki yöneticilerin hiçbirinin ED yöntemlerine yönelik eğitiminin olmadığı, ED çalışmalarının genel olarak karar alma sürecinde belirleyici bir faktör olmadığı, ED çalışmalarının belirli bir tedavinin geri ödeme paketine dahil edilmesi veya hariç tutulmasını neredeyse hiç etkilemediği ifade edilmiştir. Ayrıca çalışmada; kaynak yetersizliği, metodolojik faktörler, toplumun direnci ve yönetici-hekim yetki çatışması gibi bazı faktörler ED çalışmalarının önündeki engeller olarak tespit edilmiştir. ED çalışmalarının yaygınlaştırılmasında en çok bahsi geçen kolaylaştırıcı faktörün, karar vericilerin ED uygulamalarını nasıl anlayacakları, yorumlayacakları ve bunları karar vermede nasıl kullanacakları konusunda eğitmek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca katılımcılar, kamuoyu kabulünün oluşturulabilmesi için genel nüfusun ED çalışmalarının amacı konusunda eğitilmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (Roseboom vd., 2017).

Türkiye'de Faaliyet Tabanlı Maliyetleme (FTM) yönteminin sağlık işletmelerinde uygulanmasını etkileyen faktörlerin belirlenmesinin amaçlandığı bir yüksek lisans tez çalışmasında, FTM yönteminin sağlık kurumlarında uygulanmasını etkileyen faktörler arasında; maliyet muhasebesi sisteminin olmaması veya yetersiz olması, sağlık işletmelerinin karmaşık yapıda sistemler olması, personelin muhasebe alanındaki bilgilerinin yetersiz olması, sağlık işletmelerinin veri paylaşımı konusunda endişelerinin olması, veri temininin zor olması, sağlık işletmelerinin ihtiyaç duyulan verileri paylaşmayı kabul etmemesi veya bir kısmını kabul etmesi, araştırma izninin alınamaması veya izin alma sürecinin uzun olması, maliyet çalışmalarının zaman ve maliyet gerektirmesi ve hizmet maliyetlerinin hesaplanmasının güç olması gibi faktörlerin olduğu belirlenmiştir. Aynı çalışmada, görüşme yapılan sağlık kurumları yönetimi alanında lisansüstü eğitim alan 15 katılımcının (Yüksek lisans-doktora öğrencisi ve akademisyen); sağlık işletmelerinin veri paylaşımı konusunda endişelerinin olması, veri temininin zor olması, sağlık işletmelerinin ihtiyaç duyulan verileri paylaşmayı kabul etmemesi veya bir kısmını kabul etmesi ve araştırma izninin alınamaması veya izin alma sürecinin uzun olması gerekçeleri ile sağlık kurumlarında maliyet muhasebesi alanında özellikle FTM yöntemi ile çalışma yapmayı tercih etmedikleri tespit edilmiştir (Fidan, 2017).

Hastanelerde maliyet analizi uygulamaları yapılırken ne tür zorluklarla karşılaşıldığını ortaya koymak amacıyla Türkiye'de faaliyette bulunan özel hastane, Sağlık Bakanlığı hastaneleri, üniversite hastaneleri ve şehir hastanelerindeki üst düzey yöneticilere anket uygulanmıştır. Maliyet hesaplamalarının yasalarda zorunluluk arz etmemesi, yapılacak çalışmaların önünde bir engel olarak algılanmıştır (Arslan Çilhoroz ve Bozdemir, 2020).

Aralarında Suudi Arabistan Krallığı, Birleşik Arap Emirlikleri, Bahreyn, Kuveyt, Katar ve Umman'ın da bulunduğu Körfez Arap Ülkeleri İş Birliği Konseyi ülkelerini kapsayan bir çalışmada, ED çalışmalarının yürütülmesinde araştırmacıların önündeki engeller ve kolaylaştırıcılar araştırılmıştır. Bu araştırmaya göre; Kaliteye Ayrılmış Yaşam Yılı-QALY verilerinin olmaması, kaliteli ve yeterli veriye erişim sorunu, karar vericilerin ilgisizliği, ulusal yetkililerle iş birliği eksikliği, yerel uzmanların eksikliği, bilgi eksikliği ve kamuya açık verilerdeki eksiklikler ED çalışmalarının önündeki temel engeller olarak belirlenmiştir (Almazrou vd., 2021). Bu çalışmada, karar vericilerin ED bulgularını karar verme süreçlerinde kullanma konusunda isteksiz olmalarının, ED çalışmalarının önünde bir engel oluşturduğu özellikle vurgulanmıştır. Bu bulgu başka çalışmalarda da desteklenmektedir (Almazrou vd., 2021; Eckard vd., 2014; El-Jardali vd., 2012; Luz vd., 2018; Roseboom vd., 2017; Zechmeister-Koss vd., 2019).

Hem yüksek hem de düşük gelirli ülkelere sahip orta doğu bölgesinde farmakoekonomi çalışmalarının uygulanmasının önündeki potansiyel engeller ve kolaylaştırıcıların araştırıldığı bir çalışmada; kaliteli farmakoekonomik veri eksikliği, farmakoekonominin

önemine dair inanç eksikliği ve farmakoekonomiyi yönetecek ulusal bir kurumun eksikliği temel engeller olarak ifade edilmiştir (Alzarea vd., 2022).

Doğu Akdeniz bölgesindeki 12 ülkede yapılan bir başka çalışmada, araştırmacıların yaklaşık %60'ının araştırmacılar ve politika yapıcılar arasında koordinasyon eksikliği olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca bakanlıklar arasında ve hükümet yetkilileri ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında koordinasyonun yetersiz olduğu ve bu durumun sağlık politikası oluşturma sürecini engellediği çalışma kapsamında görüşleri alınan araştırmacılar tarafından ifade edilmiştir (El-Jardali vd., 2012).

Kuveyt'te Sağlık Teknolojisi Değerlendirme (STD) uygulamasının önündeki temel engelleri ve kolaylaştırıcıları kilit paydaşların bakış açısıyla ortaya koymayı amaçlayan bir çalışmada; veri kullanılabilirliği, kalitesi ve paylaşımına ilişkin sorunlar katılımcılar tarafından yaygın olarak ifade edilmiştir. Paydaşlar ayrıca, üst düzey yönetim de dahil olmak üzere Sağlık Bakanlığı hiyerarşisinde STD'ye ilişkin farkındalığın sınırlı olduğunu, dolayısıyla araştırmacılar ve politika yapıcılar arasında zayıf bir ilişki bulunduğunu ifade etmiştir (Darawsheh ve Germeni, 2019).

## 5. Sonuç ve Öneriler

Sağlık kurumlarında maliyet analizi çalışmalarını yürütme sürecinde birçok sorunla karşı karşıya kalılabilmektedir. Bu sorunlar; sistemsel (karar verme kültürü, idari kültür vb.), karar verici ile ilgili sorunlar (bilgi eksikliği, olumsuz etki endişeleri vb.) olabileceği gibi seçilecek analiz yöntemi (talep edilen veriler, verilerin kalitesi, uygulanabilirlik vb.) ile ilgili çok çeşitli olabilmektedir (Zechmeister-Koss vd., 2019). Sağlık kurumlarında etkin kaynak yönetimi ile daha sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunumu için maliyet analizi çalışmalarının daha yaygın şekilde kullanılmasını olumsuz etkileyen sorunların belirlenerek, bu sorunların aşılmasına yönelik stratejilerin geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Bu doğrultuda yapılan araştırma kapsamında belirlenen bulgular ışığında; araştırmacıların genellikle talep ettiği bütün verileri alarak istediği çalışmayı yapamadığı, alabildiği verilerle çalışmasını kurgulamak zorunda kaldığı tespit edilmiştir. Araştırmacıların maliyet analizi çalışması yapamama nedenleri ise çoğunlukla veri paylaşımı sorunları, kurum izin süreci ve karar vericilerin destek eksikliği olarak belirlenmiştir. Verilerin güvenilirliği konusundaki tereddütten dolayı ise araştırmacıların maliyet analizi çalışması yapıp yayımlayamadığı belirlenmiştir. Araştırmacıların çoğunluğu, maliyet analizi çalışmalarının sonuçlarının kurum tarafından karar verme süreçlerinde kullanılmadığını düşünmektedir. Araştırmacıların maliyet analizi çalışmaları kapsamında; çoğunlukla izinlerin alınması ve verilerin toplanması aşamalarında sorunlarla karşılaştığı belirlenmiştir. İzin alınması süreçlerine ilişkin detaylı bir inceleme yapıldığında ise, etik kurul izni ve kurum izni aşamalarında sürecin uzunluğu, iletişim, koordinasyon ve iş birliği, bakış açısı ve farkındalık gibi birçok konuda işleyişte sorunlarla karşılaştığı belirlenmiştir.

Öne çıkan bu sorunlar kapsamında çeşitli öneriler geliştirilmiştir. Sağlık kurumları bünyesinde maliyet analizi çalışmalarının yapılabilirliği konusunda hem araştırmacıları destekleyecek hem de sağlık kurumları bünyesinde maliyet analizi konusunda bir yapılanmayı zorunlu kılacak yasal düzenlemelere ihtiyaç vardır (Teerawattananon vd., 2021). Bu noktada devlet, maliyet analizlerinin uygulanmasıyla ilgili tüm konuların yönetilmesinden sorumlu bir yapı oluşturmalıdır. Bu yapılanmayla yerel ve ulusal düzeyde etkinliklerin düzenlenmesi, maliyet analizi çalışmalarının finansmanı, sağlık kurumlarının verilerine ilişkin kayıtların tutulması, sağlık kurumlarının uygulama konusunda hesap verebilirliği ve politika süreçlerine entegre edilmesi için rehberler oluşturulması sağlanabilir. Böylelikle sağlık kurumlarında maliyet analizi çalışmaları için kaliteli veriler tutulabilecek ve gerektiğinde araştırmacılar ve kurum bünyesinde bulunan ilgili departmanlar tarafından sağlıklı bir maliyet analiz süreci gerçekleştirilebilecektir. Bu süreçte, maliyet verilerinin objektif bir şekilde toplanması ve detaylı bir veri ambarının bulunması ve erişilebilirliği önemlidir. Bilindiği üzere sağlık kurumlarında maliyet analizi çalışmalarında birçok farklı türde veriye ihtiyaç duyulmaktadır ve bu verilerin bulunabilirliği ve kalitesi konusu ön plana çıkmaktadır (Zechmeister-Koss vd., 2019). Bu doğrultuda maliyet analizinin önemi hakkında çalışanların tamamının bilinçlendirilip doğru ve eksiksiz veri girişinin yapılması sağlanmalıdır (Arslan Çilhoroz ve Bozdemir, 2020).

Bu konuda sağlık kurumlarında maliyet analizinin önemine ilişkin farkındalığı artırmak amacıyla belirli periyotlarla paydaşların bir araya geldiği küçük ve büyük ölçekte çalıştaylar, eğitimler, konferanslar vb. düzenlemeli, sağlık çalışanlarının ve karar vericilerin bu etkinliklere katılımı teşvik edilmelidir. Bu etkinlikler ile amaçlanan; katılımcıların maliyet analizi çalışmalarının faydaları konusunda ikna edilmesi, çalışmalara yönelik önyargıların yıkılması ve çalışmaların sonucunda kanıta dayalı çözüm önerilerinin geliştirileceğine dair farkındalıklarının artırılmasıdır. Bunun yanı sıra sağlık kurumlarında maliyet analizi uygulamalarının yaygınlaştırılması için mali yönetici pozisyonunda görev alacak personelin maliyet ve finansal analiz içerikli bir eğitim almış olma şartı getirilmelidir (Arslan Çilhoroz ve Bozdemir, 2020).

Araştırmacılar ile politika yapıcılar arasındaki boşluğu doldurmada karar vericilerin önemli bir rolü bulunmaktadır. Bu rol; maliyet analizlerinin uygulanmasının önündeki sorunların çözülmesi amacıyla politikaların tasarlanabilmesi için politika yapıcıları ve araştırmacılar arasında etkili bir koordinasyon sağlayabilmektir. Yapılabilecek bu etkinliklerle, karar vericiler sahip oldukları önemli rolleri konusunda daha da bilinçlenecektir.

Önerilen tüm bu düzenlemeler ile kurum izin süreçleri ve kurum izin süreçleri ile doğrudan ilişkili olan etik izin süreçleri, veri paylaşım sorunları, karar vericilerin destek eksikliği, verilerin kalitesi ve güvenilirliği gibi öne çıkan sorunlar çözüme kavuşturulabilecektir.

## Kaynakça

1. Almazrou, S. H., Alaujan, S. S., & Al-Aqeel, S. A. (2021). Barriers and facilitators to conducting economic evaluation studies of Gulf Cooperation Council (GCC) countries: a survey of researchers. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 71.

2. Alzarea, A. I., Khan, Y. H., Alanazi, A. S., Butt, M. H., Almalki, Z. S., AlAhmari, A. K., ... & Mallhi, T. H. (2022). Barriers and facilitators of pharmaco-economic studies: A review of evidence from the middle Eastern countries. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(13), 7862.
3. Arslan Çilhoroz, İ., & Bozdemir, E. (2020). Hastane İşletmelerinde Maliyet Analizi Yapılırken Karşılaşılan Zorlukların İncelenmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(75), 1354-1370.
4. Darawsheh, B., & Germeni, E. (2019). Implementing health technology assessment in Kuwait: a qualitative study of perceived barriers and facilitators. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 35(6), 422-426.
5. Eckard, N., Janzon, M., & Levin, L. Å. (2014). Use of cost-effectiveness data in priority setting decisions: experiences from the national guidelines for heart diseases in Sweden. *International Journal of Health Policy and Management*, 3(6), 323.
6. El-Jardali, F., Lavis, J. N., Ataya, N., & Jamal, D. (2012). Use of health systems and policy research evidence in the health policymaking in eastern Mediterranean countries: views and practices of researchers. *Implementation science*, 7(1), 1-16.
7. Fidan, C. (2017). Sağlık İşletmelerinde Maliyet Yöntemlerinin Uygulanmasına Türk Akademisyenlerin Bakışı: Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Üzerine Bir Araştırma. *Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi*.
8. Gapenski, L.C. ve Pink, G.H. (2015). *Understanding Healthcare Financial Management Fifth Edition*. Health Administration Press, Chicago, Illinois AUPHA, Washington, DC.
9. Luz, A., Santatiwongchai, B., Pattanaphesaj, J., & Teerawattananon, Y. (2018). Identifying priority technical and context-specific issues in improving the conduct, reporting and use of health economic evaluation in low-and middle-income countries. *Health research policy and systems*, 16, 1-12.
10. Mut S. ve Ağırbaş İ. (2017). Hastanelerde Maliyet Analizi: Ankara'da Hizmet Sunan İkinci Basamak Bir Kamu Hastanesi'nde Uygulama. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(18): 202-217.
11. Özgülbaş N. ve Tarcan M. (2013). Sağlık Kurumlarında Maliyet Yönetimi, (Ed: Mehmet Top). *Anadolu Üniversitesi Yayını No:2865, 1. Baskı, Eskişehir*.
12. Özkan O., Kutlu G., Aydın J. C., Aydemir İ., Ağırbaş İ., "Hastanelerde Maliyet Analizi ve Örnek Bir Uygulama" 8. *Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi. 10-12 Eylül 2014, Girne/K.K.T.C.*
13. Roseboom, K. J., van Dongen, J. M., Tompa, E., van Tulder, M. W., & Bosmans, J. E. (2017). Economic evaluations of health technologies in Dutch healthcare decision-making: a qualitative study of the current and potential use, barriers, and facilitators. *BMC health services research*, 17(1), 1-11.
14. Teerawattananon, Y., Painter, C., Dabak, S., Ottersen, T., Gopinathan, U., Chola, L., ... & Culyer, A. J. (2021). Avoiding health technology assessment: a global survey of reasons for not using health technology assessment in decision making. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, 19(1), 1-8.
15. Zechmeister-Koss, I., Stanak, M., & Wolf, S. (2019). The status of health economic evaluation within decision making in Austria. *Wiener Medizinische Wochenschrift (1946)*, 169(11), 271.

## Tele-Sağlık Uygulamalarının Karbon Ayak İzine Etkisi: Sistematik İçerik Analizi

Perihan ŞENEL TEKİN<sup>1</sup>, Yonca ÖZATKAN<sup>1</sup>, Fevziye BEKAR<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ankara Üniversitesi

<sup>2</sup>Gümüşhane Üniversitesi

Sorumlu Yazar: yozatkan@ankara.edu.tr

Karbon ayak izi, ekolojik ayak izinin en önemli bileşenidir ve sürdürülebilir kalkınmanın önemli bir unsurudur. Sağlık hizmetlerinin sunumundan kaynaklanan sera gazı emisyonları, birçok ülkede ulusal emisyonların önemli bir bölümünü temsil etmektedir. Ülkeler karbon ayak izlerini azaltmak için çeşitli yöntemler geliştirmektedir. Bu yöntemlerden biri de sağlık hizmetlerinin teknoloji destekli uzaktan sunumudur. Bu derlemenin amacı, sağlık hizmetlerinin teknoloji destekli uzaktan sunumunun (tele-sağlık) çevresel etkilerine ilişkin literatürü incelemektir. Bu amaçla, hem uzaktan sağlık hizmeti sunumu hem de ekolojik ayak izinin önemli bir boyutu olan karbon ayak izinin azaltılması ile ilgilenen araştırmacılara literatürün sistematik bir içerik analizi sunulacaktır. Bu araştırma için Web of Science veri tabanında araştırma amacına uygun anahtar kelimeler kullanılarak arama yapılmış ve ulaşılan çalışmalar içerik analizi kullanılarak analiz edilmiştir. Sistematik incelemede PRISMA prosedürleri takip edilmiş ve son aşamada 21 araştırma makalesi elde edilmiştir. İnceleme sonucunda araştırmaların çoğunun Birleşik Krallık kaynaklı olduğu, en çok yayın kabul eden dergilerin "Journal of Telemedicine and Telecare" ve "Annals of The Royal College of Surgeons of England" olduğu ve yayın yılı bakımından en çok araştırmanın 2022 yılına ait olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaların neredeyse tamamının uzaktan sağlık hizmeti sunumunun ulaşım boyutuna odaklandığı ve seyahat mesafesi ile karbon emisyon tasarrufunu araştıran çalışmalar olduğu bulunmuştur. Yapılan içerik analizi ile araştırmaların büyük oranda, evde bakım hizmetleri ve e-sağlık süreçleri ile başta ulaşım olmak üzere enerji verimliliği ve hizmet süreci esnasında yapılan bireysel tüketim süreçlerine odaklandığı tespit edilmiştir. Özellikle Kovid-19 pandemi süreci sonrasında sağlık sistemlerinin daha bilinçli bir şekilde tele-sağlık uygulamalarına yöneldiği görülmektedir. Buna paralel olarak karbon ayak izine ait çalışmaların 2022 yılında yoğunlaştığı, bu alanda duyarlı ülkelerin başında ise İngiltere olduğu gözlenmiştir. Henüz sınırlı düzeyde olduğu görülen alan yazında gelecek araştırmalar için karbon ayak izinin azaltılması konusunda sağlık sektöründe kelebek etkisinin nasıl yaratılabileceği, bireysel düzeyden başlayarak kurumsal düzeye doğru proaktif bir davranışın nasıl geliştirilebileceğinin araştırılması önerilmektedir. Yaşanabilecek şimdilik tek bir tane dünyanın olduğu varsayıldığında, gelecek nesiller adına bu alanda yapılacak her çalışmanın önemli olacağı düşünülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** e-sağlık, karbon ayak izi, mobil sağlık, m-sağlık, tele-sağlık, tele-tıp

### The Impact of Tele-Health Practices on Carbon Footprint: Systematic Content Analysis

The carbon footprint is the most important component of the ecological footprint and an important element of sustainable development. Greenhouse gas emissions from the delivery of health services represent a significant portion of national emissions in many countries. Countries are developing various methods to reduce their carbon footprint. One of these methods is technology-enabled remote delivery of healthcare services. The aim of this review is to examine the literature on the environmental impacts of technology-enabled remote delivery of healthcare services (telehealth). To this end, a systematic content analysis of the literature will be presented to researchers interested in both remote healthcare delivery and carbon footprint reduction, which is an important dimension of ecological footprint. For this research, the Web of Science database was searched using keywords appropriate to the research purpose and the studies were analyzed using content analysis. PRISMA procedures were followed in the systematic review and 21 research articles were obtained in the final stage. As a result of the review, it was determined that most of the studies originated from the United Kingdom, the journals that accepted the most publications were "Journal of Telemedicine and Telecare" and "Annals of The Royal College of Surgeons of England", and the most studies in terms of publication year belonged to 2022. It was found that almost all of the studies focused on the transportation dimension of remote healthcare delivery and investigated travel distance and carbon emission savings. With the content analysis, it was determined that the majority of the studies focused on home care services and e-health processes, energy efficiency, especially transportation, and individual consumption processes during the service process. Especially after the Covid-19 pandemic process, it is seen that health systems are more consciously turning towards telehealth practices. In parallel with this, it was observed that the studies on carbon footprint intensified in 2022, and the UK is one of the most sensitive countries in this field. In the literature, which is still at a limited level, it is recommended to investigate how a butterfly effect can be created in the health sector in terms of reducing the carbon footprint, and how a proactive behavior can be developed from the individual level to the institutional level. Assuming that there is only one world to live in for now, it is thought that every study in this field will be important for future generations.

**Keywords:** carbon footprint, e-health, m-health, mobile health, telehealth, telemedicine

İklim değişikliği günümüzde büyüyen acil bir küresel sağlık tehdidi haline gelmiştir (Costello vd., 2009). Sağlık hizmetlerinin sunulmasından kaynaklanan sera gazı emisyonları, ulusal emisyon kütesinin önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu oran, Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) %8,5, Avustralya ve Avusturya'da %7, Japonya'da %5,2, Çin'de %2,7 olarak bildirilmektedir (Arndt vd., 2023; Eckelman vd., 2020; Malik vd., 2018; Nansai vd., 2020; Weisz vd., 2020; Wu, 2019). Hastaneler ise sağlık hizmet sunumu içinde en fazla karbon emisyonu yaratan tesisler olarak kabul edilmektedir (Nansai vd., 2020; Weisz vd., 2020; Wu, 2019). Sağlık hizmetlerinin karbon ayak izinde hastane hizmetlerinin payı Avusturya ve Çin için sırasıyla %32 ve %47 olarak rapor edilmektedir (Weisz vd., 2020; Zhang vd., 2022).

Sağlık hizmet sunumundan kaynaklı karbon ayak izini düşürmek için çeşitli yöntemler geliştirilmektedir. Bu yöntemlerden birisi sağlık hizmetlerinin teknoloji desteği ile uzaktan sunulmasıdır. Bu hizmet sunumunda bir sağlık çalışanı hasta ile aynı ortamda yüz yüze bulunmadan, eş zamanlı olarak video konferans veya telefon görüşmesi yoluyla tıbbi değerlendirme ile etkileşimde bulunabilmektedir (Ateriya vd., 2018; Jung ve Padman, 2014). Yaygın olarak tele-sağlık olarak bilinen bu uygulama Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "mesafenin kritik bir faktör olduğu durumlarda hastalıkların ve yaranmaların teşhisi, tedavisi ve önlenmesine yönelik bilgi alışverişi, araştırma, değerlendirme ve sağlık hizmet sunucularının sürekli eğitimi ile bireylerin ve toplumlarının sağlığını geliştirmek amacıyla tüm sağlık profesyonelleri tarafından bilgi ve iletişim teknolojileri kullanılarak sağlık hizmetlerinin sunulması" olarak tanımlanmıştır (Dünya Sağlık Örgütü, 1998). DSÖ tarafından kısaca "uzaktan şifa" olarak da tanımlanan tele-sağlık uygulamaları, hasta bakım kalitesini ve etkililiğini en üst düzeye çıkarmayı amaçlamaktadır (Ryu, 2012).

Dünya genelinde bazı sağlık hizmetlerinde tele-sağlık uygulamaları oldukça uzun bir geçmişe sahiptir (Jnr, 2020). Bununla birlikte, COVID-19 pandemisi nedeniyle temas ve hastalık bulaşma riskini en aza indirmek için tele-sağlık uygulamaları dünya çapında hızla yaygınlaşmıştır. Bazı ülkeler, yasal hakların ve hastaların mahremiyet güvencesinin önemini vurgularken, hasta değerlendirmesi, ilaç reçetesi ve dağıtımı, uzaktan izleme, eğitim ve öğretim gibi sanal sağlık hizmeti uygulamalarını destekleyen mevzuatı hızla yayınlamıştır (Nittari vd., 2020).

Türkiye, tele-sağlık uygulamalarında özellikle 1 Ocak 2015 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından kullanıma sunulan, kamu ve özel sağlık hizmet sunucularının bilgi sistemleri ile entegre e-nabız uygulaması ile muayene, konsültasyon, tedavi, ilaç, tıbbi görüntüler ve alerjiler gibi sağlık verilerini yönetmektedir. Uygulama tele-sağlık teknolojilerini tıbbin hemen hemen her alanında kullanma olanağı sağlamaktadır. Örneğin uygulamanın bir bileşeni olarak tele-radyoloji sistemi ile radyolojik tetkiklere görüntü çekildiği an erişilerek raporlanabilmekte, farklı sağlık kurumlarındaki radyoloji uzmanları arasında tele-konsültasyon, tıbbi görüntülerin değerlendirilmesi ve hastaların kendi tıbbi görüntülerine erişebilmesi gibi olanaklar sağlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2023). Türkiye'de sağlık hizmetlerinde tele-sağlık uygulamalarındaki bir başka önemli gelişme ise "Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmeliğin Şubat 2022'de yayınlanarak yürürlüğe girmesidir (Resmi Gazete, 2022). Yönetmelikte niteliği itibarıyla elverişli olmak kaydıyla talep eden kişinin uzaktan muayene edilmesi, değerlendirilmesi, teşhis edilmiş hastalıklarının kontrol edilmesi, takibi, tıbbi danışmanlık, konsültasyon, ilaç yönetimi, psikososyal destek, ileri yaştaki kişilerin takibi, e-reçete ve e-rapor gibi sağlık hizmetlerinin uzaktan verilebilme imkânı getirilmiştir. Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de COVID-19 pandemisinin tele-sağlık uygulamalarını geliştirdiği, kullanımını yaygınlaştırdığı düşünülmektedir. Tele-sağlık uygulamalarının kullanım alanının giderek genişlemesi, bu çalışmanın önemini artırmaktadır.

Birleşmiş Milletler İklim Değişikliği Çerçeve Sözleşmesine göre karbon ayak izi, doğrudan veya dolaylı olarak insan faaliyetlerine atfedilen ve atmosferin bileşimini bozan bir iklim değişikliğidir (Birleşmiş Milletler, 1992). Bir başka ifadeyle karbon ayak izi "birim CO<sub>2</sub> cinsinden ölçülen, üretilen sera gazı miktarı açısından insan faaliyetlerinin (ulaşım, ısınma, elektrik tüketimi, satın alınan ürünler vb.) çevreye verdiği zararın ölçüsüdür" (Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı, 2023). Uluslararası düzeyde yürütülen politikalara paralel olarak Türkiye'de karbon ayak izinin azaltılmasına yönelik stratejilere Sağlık Bakanlığı politika belgelerinde yer verilmiştir. İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planında "Sağlık kuruluşlarının emisyon salınım düzeyinin (karbon ayak izi) belirlenmesi ve azaltılması için gerekli çalışmaların yapılması" hedefine yönelik olarak Sağlık kuruluşlarının hizmet sunumu sırasında kullanacağı binaların çevre dostu binalar şeklinde yapılmasını teşvik etmek; sağlık kuruluşlarında iklim değişikliğinin etkilerinin azaltılması içi maliyet araştırılması ve sağlık kuruluşlarında atık yönetiminin planlanması stratejileri belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2015)

### Tele-Sağlık Uygulamalarının Karbon Ayak İzine Etkisi

Ekolojik sürdürülebilirlik kavramının temel boyutu olan karbon ayak izinin en önemli kaynaklarından biri sağlık hizmetleridir. Düşük ve orta gelirli ülkelerde sağlık hizmetleri yüksek gelirli ülkelere kıyasla daha yüksek bir karbon ayak izine sahiptir (Rasheed vd., 2021). Sürdürülebilir bir dünya için her sektörün karbon ayak izini azaltmak için çaba göstermesi gerekmektedir. Bu kapsamda sağlık hizmet sunumunda özellikle COVID-19 pandemisi ile daha yaygın kullanımı söz konusu olan uzaktan teknoloji destekli sağlık hizmetleri güncel bir uygulamadır. Alan yazında tele-tıp, tele-sağlık hizmeti, mobil sağlık, e-sağlık, m-sağlık gibi kavramlarla da anılan, ancak yaygın olarak tele-sağlık olarak adlandırılan bu yöntem, tıp uzmanlıkları için farklı teknoloji destekli uygulamalar ile karşımıza çıkmaktadır. Örneğin romatizmal hastalıkların takip ve tedavisi için tele-romatoloji, onkolojik hasta ve hastalıkların takip ve tedavisi için tele-onkoloji, radyolojik iş ve işlemler için tele-radyoloji gibi terimler türetilmiştir.

Sağlık hizmet sunumunda yüz yüze iletişim ve işlemlerin bir alternatifi ya da destekleyicisi olarak sunulan teknoloji destekli uzaktan sağlık hizmetlerinin hem hasta ve sağlık çalışanı hem de kurum ve ülke açısından çeşitli avantajları bulunmaktadır. Örneğin, hastanın hekimine ya da ilgili sağlık çalışanına (eczacı, hemşire vb.) istediği yer ve zamanda ulaşması, seyahat etme zorunluluğunun ortadan kalkması ve sağlık kuruluşunda sunulan idari hizmetlerde tasarruf gibi avantajları bulunmaktadır. Bununla birlikte uzaktan sağlık hizmeti sunumu sağladığı yakıt, zaman, enerji tasarrufu ile sağlık hizmeti maliyetini azaltmakla birlikte bu etkenlerin çevreye olan zararlı etkisini de ortadan kaldırmaktadır. Örneğin hastaneye başvurmak için evinden sağlık kuruluşuna seyahat etmesi gerekmeyen hasta bu süreçte arabası ya da toplu taşıma ile salınacak zararlı gazları azaltmış olacaktır. Sadece seyahat değil, bu sağlık hizmeti için geçireceği sürede tüketeceği gıda, su, ya da diğer tüketimin karbon ayak izini de engellemiş olacaktır varsayılmaktadır. Karbon ayak izinin sağlık sektöründeki teknoloji kullanımı ile nasıl etkilendiği çeşitli alanlarındaki araştırmacılar

tarafından incelenmiştir. Bir araştırma alanı olarak çevre bilimciler, mühendisler, enerji alanında çalışanlar ve yönetim bilimciler konuya ilgi göstermiştir.

Son yirmi yılda gelişen ve son beş yılda gündem olan tele-sağlık ve karbon ayak izi ilişkisine ait mevcut alan yazın incelendiğinde, bu alanda araştırma yapmak isteyenlerin hangi araştırma boşluklarına yönelmesi gerektiği; geçmiş araştırmaların hangi ülke, kişi ve kurumlar tarafından yürütüldüğü ve araştırmaların hangi dergilerde yayınlandığı sorularının cevaplarını ortaya koyan bir incelemenin olmadığı görülmüştür. Hem alandaki bu boşluk hem de Türkiye’de son yıllarda tele-sağlık uygulamalarında yaşanan gelişmeler bu sistematik içerik analizi çalışmasının yapılmasında etkili olmuştur.

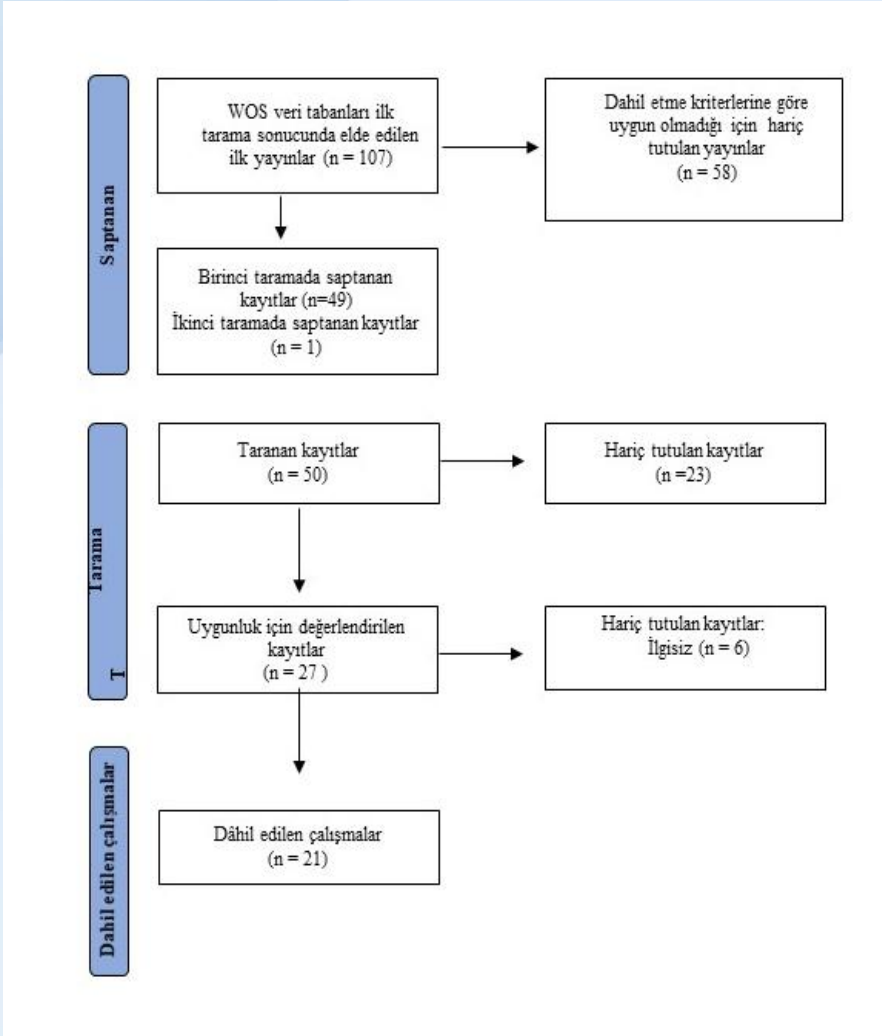
Bu çalışmada sağlık hizmetlerinin teknoloji desteği ile uzaktan sunulmasının (tele-sağlık) çevresel etkilerini ortaya koyan alan yazının araştırılması amaçlanmaktadır. Bu amaçla hem uzaktan sağlık hizmeti sunma hem de ekolojik ayak izinin önemli bir boyutu olan karbon ayak izinin azaltılması ile ilgilenen araştırmacılara, literatürün sistematik bir içerik değerlendirmesi sunulmaktadır.

## Yöntem

### Sistematik Tarama, Veri Toplama ve İçerik Analizi

Alan yazın taraması 6-10 Ağustos 2023 tarihleri arasında “telehealth”, “telemedicine”, “mobile health”, “tele healthcare”, “e-health”, “m-health” ve “carbon footprint” anahtar kelimeleri ile Web of Science (WOS) veri tabanının tüm veri tabanlarında yapılmıştır. Tüm dünyada prestijli ve güvenilir hakem süreçlerinin izlendiği dergilerin tarandığı bir veri tabanı olması nedeni ile tarama bu veri tabanında gerçekleştirilmiştir. Araştırmalar için yıl sınırlandırması yapılmamış tüm zamanlarda yapılan araştırmalar dâhil edilmiştir. Bu araştırmada derleme süreci PRISMA kriterlerine göre sürdürülmüştür (Şekil 1). İlk tarama iki araştırmacı (PŞT ve YÖ) tarafından belirlenen anahtar kelimeler ile ayrı ayrı yapılmıştır. İlk taramalardan sonra bulunun yayınlar birleştirilmiş bir tabloda her iki yazar tarafından birlikte incelenmiştir. Başlık ve özetlerde yapılan araştırma ile yıllara göre en yenisi 2023 ve en eskisi 2007 olmak üzere 107 sonuca ulaşılmıştır. Tarama sonucunda ulaşılan yayınlar ilk önce yazar-atıf-dergi-ülke-kurum-anahtar kelime ve özet analizleri ile incelenmiştir. Analize geçmeden önce araştırmacılar tarafından belirlenen dâhil etme kriterleri belirlenmiştir. Bunlar araştırma makalesi olma, İngilizce dilinde yazılmış olma ve tam metine ulaşılabilir kriterleri olarak belirlenmiştir. Bu derlemede kitap, kitap bölümü, kitap kritiği, editöre mektup, konferans bildirisi, tez ve meta-analiz araştırma içermeyen sistematik derlemeler ile tam metini İngilizce olmayan ve tam metnine ulaşılamayan çalışmalar analize dâhil edilmemiştir.

İlk tarama sonrasında 49 çalışma, dâhil etme kriterlerine uygun olarak incelenmiştir. Yapılan taramada radyoloji, üroloji, onkoloji, nöroloji, romatoloji, dermatoloji ve patoloji alanlarında tele-tıp çalışmaları dikkat çektiği için araştırma “tele-radiology”, “tele-urology”, “tele-oncology”, “tele-neurology”, “tele-rheumatology”, “tele-dermatology”, “tele-pathology” ve “carbon footprint” anahtar kelimeleri ile genişletilerek yeniden taranmıştır. Bu ikinci tarama sürecinde WOS tüm veri tabanlarında başlık ve özetler incelenmiş ve çalışmaya dâhil edilme kriterlerine uygun bir adet çalışmaya ulaşılabilmiştir. Her iki tarama sonrasında ulaşılan toplam 50 araştırmanın tam metinleri araştırmacılar tarafından birlikte incelenerek sonuçta 27 araştırmanın bu çalışma için uygun olduğuna karar verilmiştir. Araştırmacılar tam metinlerin ikinci kez incelenmesinin ardından tele-sağlık uygulamaları ile karbon ayak izinin ilişkisini ölçen çalışmalar olmadığı anlaşılan altı araştırmanın hariç tutulmasına karar vermiştir. Böylece nihai olarak toplamda 21 araştırma bu çalışmanın amacına uygun olarak değerlendirilerek içerik analizine geçilmiştir.



Şekil 5. Veri tabanları ve kayıtlar aracılığıyla alan yazın çalışmalarının belirlenme süreci (PRISMA yönergesine göre) (Page vd., 2021).

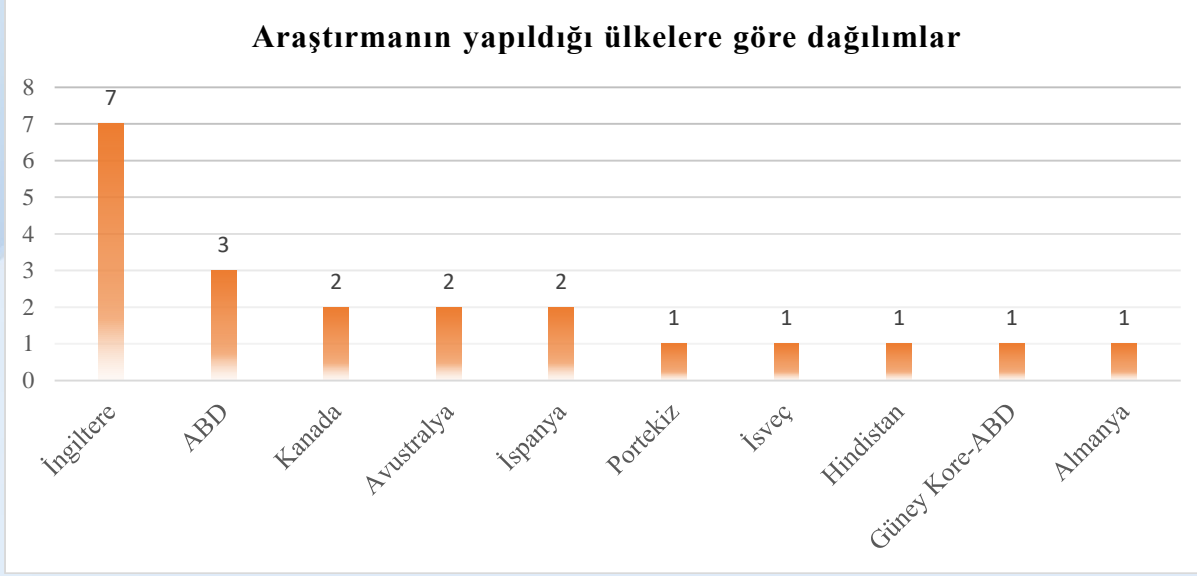
### Bulgular

Alan yazında sağlık hizmetlerinin teknoloji desteği ile uzaktan sunulmasının çevresel etkilerini araştıran çalışmaları incelemeyi amaçlayan bu çalışmada 21 araştırma incelenmiş ve bu yayınlara ilişkin içerik analizi Tablo 2’de sunulmuştur. Araştırmalar yayımlandığı yıllara göre incelendiğinde konu kapsamında en eski yayının 2010 yılında yayımlandığı; en çok araştırmanın 2022 yılına ait olduğu ve bunu 4 yayınlı 2023, 3 yayınlı 2021 yıllarının izlediği görülmektedir (Grafik 1).



Grafik 19. Araştırmanın yayımlandığı yıla göre yayınların dağılımı.

Grafik 2, araştırmaların gerçekleştiği ülkelere göre dağılımları göstermektedir. Grafik incelendiğinde yayınların toplam 10 ülkede gerçekleştiği, bunlar içinde en fazla yayının İngiltere (n=7)'de yer aldığı görülmektedir. İngiltere'yi 3 yayın ile ABD, 2 yayın ile Kanada, Avustralya ve İspanya; 1'er yayın ile Portekiz, İsveç, Hindistan, Güney Kore-ABD ve Almanya izlemektedir (Grafik 2).



Grafik 20. Araştırmanın yapıldığı ülkelere göre dağılımları.

Araştırmaların yayınlandığı dergilere göre dağılımları Tablo 1'de verilmiştir. Buna göre araştırmaların toplam 19 farklı dergide yayınlandığı görülmektedir. Bu dergilerden "Journal of Telemedicine and Telecare" ve "Annals of The Royal College of Surgeons of England" bünyesinde 2, diğerlerinde birer araştırma yer almaktadır.



Tablo 1. Araştırmanın yayınlandığı dergilere göre dağılımlar.

Dergi	Frekans	%
Journal of Telemedicine and Telecare	2	10
Annals of The Royal College of Surgeons of England	2	10
World Cancer Research Journal	1	5
Tobacco Control	1	5
Telemedicine Journal and E-Health	1	5
PLOS ONE	1	5
Journal of Postgraduate Medicine	1	5
Journal of Pediatric Surgery	1	5
Journal of Medical Internet Research	1	5
Journal of Health Services Research & Policy	1	5
JMIR Formative Research	1	5
JCO Oncology Practice	1	5
Heliyon	1	5
Frontline Gastroenterology	1	5
European Journal of Hospital Pharmacy	1	5
BJU International	1	5
Atmosphere	1	5
American Journal of Otolaryngology	1	5
Age and Ageing	1	5
Toplam:	21	100

Sistemik incelemeye dâhil edilen çalışmaların kapsamlı içerik analiz verileri Tablo 2’de görülmektedir. Bu çalışmalarda sağlık hizmetlerinin teknoloji desteği ile uzaktan sunulması kavramı için “telehealth, telemedicine, e-health, m-health, mobile health, virtual consultation, virtual clinic, virtual medical examination, virtual healthcare, virtual care, synchronous virtual care, online consultation, teleconsultation” gibi farklı ifadeler kullanıldığı görülmüştür. Yazarlar tarafından yapılan içerik analizlerinde bu uygulamaların “tele-sağlık” olarak değerlendirilebileceği kanaatine varılmış, kavram karmaşasına neden olmaması, tablonun daha sade ve okuyucularca anlaşılabilir olması amacıyla “tele-sağlık” kavramı kullanılmıştır.

Tablo 2’de bu çalışmanın amacına uygun olarak yalnızca tele-sağlık hizmeti ve karbon ayak izi ilişkisini ölçmeye yönelik içeriklere yer verilmiştir. Söz konusu araştırmalarda tele-sağlık hizmetleri ile ilgili hasta memnuniyeti, sağlık personeli görüşleri veya memnuniyeti, tele-sağlık kullanımı ile sosyoekonomik özellik ilişkisi gibi bu çalışmanın konusu olmayan ikincil amaçlara ilişkin bulgulara tabloda yer verilmemiştir.

Araştırmaların yöntem ve kullanılan araçlar kapsamında incelenmesi sonucunda hepsinde nicel araştırma deseni kullanıldığı; retrospektif (Bari vd., 2018; Jiang vd., 2021; King vd., 2023; Materazzo vd., 2022; Schulz vd., 2020), prospektif (Bari vd., 2018; Connor vd., 2019; Gil-Candel vd., 2023; Muschol vd., 2022; Rodrigues vd., 2021; Tselapedi-Sekeitto vd., 2023), tek merkezli (Bari vd., 2018; Cockrell vd., 2022; Connor vd., 2019; Jiang vd., 2021), çok merkezli tanımlayıcı (Materazzo vd., 2022) ve karar destek aracı geliştirmeye (Palmer vd., 2023) yönelik oldukları görülmektedir.

Araştırmalar amaçları bağlamında incelendiğinde teknoloji destekli uzaktan sağlık hizmeti sunumunun çevresel etkisi yanında hasta memnuniyeti (Tselapedi-Sekeitto vd., 2023), maliyet-etkililik analizi (Bari vd., 2018; Connor vd., 2019; Croghan vd., 2021; Jiang vd., 2021; Maria vd., 2022; Miah vd., 2019; Muschol vd., 2022; Rodrigues vd., 2021; Smith vd., 2013; Tselapedi-Sekeitto vd., 2023), üretkenlik kaybı analizi (Tselapedi-Sekeitto vd., 2023), klinik sonuçlar (Connor vd., 2019; Miah vd., 2019), karar destek aracı geliştirme (Palmer vd., 2023), karşılaştırma (Bari vd., 2018; Holmner vd., 2014; King vd., 2023; Masino vd., 2010; Materazzo vd., 2022; Muschol vd., 2022; Oliveira vd., 2013; Rodrigues vd., 2021; Smith vd., 2013; Tselapedi-Sekeitto vd., 2023), zaman ve memnuniyet (Bari vd., 2018) ölçümlerinin de yapıldığı görülmektedir.

Araştırmalar sağlık hizmeti alanı kapsamında incelendiğinde tele-konsültasyon (özellikle kırsal bölgelere yönelik ve COVID-19 pandemisi dönemi) (Croghan vd., 2021; Holmner vd., 2014; King vd., 2023; Maria vd., 2022; Masino vd., 2010; Oliveira vd., 2013) ve poliklinik hizmetleri; rinoloji-uyku apnesi (Tselapedi-Sekeitto vd., 2023), sigara bıraktırma (Smith vd., 2013), hepatit C virüsü (HCV) tedavisi (Schulz vd., 2020) ve izlemi (Rodrigues vd., 2021), ergen ruh sağlığı (Palmer vd., 2023), ortopedi ve travmatoloji (Muschol vd., 2022), sağlık endüstrisi yazılımı (Mun vd., 2022), üroloji (Miah vd., 2019), meme cerrahisi (Materazzo vd., 2022), onkoloji (Jiang vd., 2021), geriatri (Bartlett ve Keir, 2022), farmasötik hizmetler (Gil-Candel vd., 2023), akut üreterik kolik izlemi

(Connor vd., 2019), pediatrik cerrahi ve preanestezi (Cockrell vd., 2022) ve adli tıp hizmetlerinin (Bari vd., 2018) incelemeye konu edildiği görülmektedir.

Araştırmaya dahil edilen 21 çalışma bilimsel sonuçları bağlamında incelendiğinde tele-sağlık uygulamalarının karbon ayak izi çerçevesinde ekolojik etkileri bilimsel kanıtlarla ortaya koyulmuştur (Tablo 2). Tselapedi-Sekeitto ve arkadaşlarının (2023) yaptığı araştırmada yüz yüze yapılan hasta danışma başına 32±39 kg karbondioksit (CO<sub>2</sub>) salınımı ölçümlenmiştir. Smith ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında sigara bırakırma uygulamalarından çevre etkisi en az olan uygulama telefonla kısa mesaj uygulaması (8.143 kg CO<sub>2</sub>) olarak belirlenmiştir. Schulz ve arkadaşları (2020) tele-sağlık konsültasyonları ile konsültasyon başına ortalama 634 km<sup>2</sup> lik yoldan tasarruf edilebildiğini ortaya koymuştur. Benzer araştırmalarda hasta ziyareti başına 46,5 km; 30,70 Avusturalya doları ve 54,6 saat zaman tasarrufu sağlanabilmektedir (Rodrigues vd., 2021).

Oliveira ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında ise yapılan tasarruf hem mesafe hem de karbon emisyonu açısından araba ve yakıt tercihi göre değişimle birlikte yaklaşık %95 olarak bildirilmektedir. Almanya'dan bir araştırma olan Muschol ve arkadaşlarının (2022) çalışması da ortopedi ve travmatoloji hastalarına sunulan tele-sağlık hizmetinin konsültasyon başına 76,52 avro ve seyahat etmeyen hasta sayesinde hasta başına 11.248 kg sera gazı, 0,070 kg karbon monoksit, 0,011 kg uçucu hidrokarbon, 0,028 kg nitrojen oksit ve 0,0004 kg partikül emisyonundan tasarruf sağlanabileceğini bildirmektedir. Miah ve arkadaşları (2019) ise yapılan tasarruf ile çevresel etkiyi dikilmesi gereken ağaç cinsinden bildirmektedir. Buna göre toplamda hastalar 4.623 millik seyahatten kaçınarak tahmini karbon ayak izini 0,35-1,45 metrik ton karbondioksit eşdeğerleri (CO<sub>2e</sub>) kadar azaltmaktadır. Bu yolculuktan kaynaklanan karbon üretimini dengelemek için dikilmesi gereken ağaç sayısı 1,75-7,25 ağaç olarak tahmin edilmektedir. Yine Masino ve arkadaşları (2010) (ki bu konuda yapılan ilk araştırma olarak bulunmuştur) video konferans ünitelerinde gerçekleştirilen tele-konsültasyonun seyahatin çevresel etkisi bağlamında ciddi tasarruf sağladığını bildirmektedir. Benzer şekilde Holmner ve arkadaşları (2014) da seyahat tasarrufuna İsveç'ten bir araştırma ile kanıt eklemiştir. Yine İngiltere'den Croghan ve arkadaşları (2021), Barlett ve Keir (2022) ve Connor ve arkadaşları (2019), ABD'den Cockrell ve arkadaşları (2022) benzer sonuçlar iletilmiştir (Tablo 2).

Tele-sağlık uygulamalarının özellikle COVID-19 pandemisi döneminde daha fazla gündeme gelmesinin çevresel etki analizi çalışmalarını da artırmış olduğu görülmektedir. Bu döneme ait araştırmalardan bir tanesi Materazzo ve arkadaşları (2022) tarafından ABD'de gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmada araştırmacılar meme cerrahisi açısından COVID-19 öncesi ve sonrası tele-sağlık hizmetlerinin kullanım sıklığını ve çevresel etkisini incelemiştir. Pandeminin hastane ziyaretlerini azaltmış olması ve bu durumun karbon ayak izini azaltan bir etki göstermesi dikkat çekici bir bulgu olarak sunulmuştur (Materazzo vd., 2022). Benzer bir araştırmayı King ve arkadaşları (2023) İngiltere bağlamında ele almış ve aynı sonuca varmıştır. Jiang ve arkadaşları da (2021) ABD'de onkoloji hizmeti alan gazilerde benzer bir sonuca işaret etmektedir.

Tele-sağlık uygulamaları özellikle kırsal bölgelere sağlık hizmeti ulaştırmada bir çözüm olarak sunulmuş ve bu uygulamaların çevresel etkisi değerlendirilmiştir. Bu kapsamda Maria ve arkadaşları (2022) İspanya'da gerçekleştirdikleri araştırmada tele-sağlık hizmetlerinin çevresel etkisi açısından özellikle kırsal kesim sağlık hizmetlerinde büyük bir tasarruf sağladığını ortaya koymaktadır. Bu incelemede üç araştırma doğrudan sağlık hizmetini ele almasa da tele-sağlığın dolaylı uygulamaları olarak değerlendirilerek araştırma kapsamına alınmıştır. Bunlardan ilki Gil-Candel ve arkadaşlarının (2023) hastalara sunulan teknoloji destekli eczane hizmetlerinin karbon ayak izine etkisini inceledikleri araştırmadır. Bu araştırma bulguları eczane hizmetlerinin de sunulmasında çevre duyarlılığı ve teknoloji desteğinin göz önüne alınmasına dikkat çekmesi açısından önemli görülmüştür. Bir diğer araştırma Bari ve arkadaşlarının (2018) Hindistan'da tıbbi davalarda hekimlerin ifadesi ya da uzman görüşüne başvurmada uzaktan tele konferans yönteminin kullanılmasının hem hekimlerin sağlık hizmeti sunum süreleri hem de çevresel etki açısından tercih edilebilir bir uygulama olduğunu bildirmektedir. Son araştırma ise Mun ve arkadaşlarının (2022) Güney Kore ve ABD'de üretilen sağlık yazılımlarının çevresel etkisini inceledikleri ve her iki ülkeyi bu perspektiften karşılaştırdıkları araştırmadır. Bu araştırmanın da özünde tele-sağlık uygulamalarında kullanılan yazılımların çevresel etkisini göstermesi ve dolayısıyla perdenin daha gerisini görmemizi sağlaması açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Son olarak Palmer ve arkadaşlarının (2023) İngiltere'de ergen ruh sağlığı hizmetlerinde hem teknoloji kullanımı hem de hizmet sunumu için gereken personel ve araç sayısının hesaplanması için geliştirdikleri matematiksel karar destek aracı da karbon ayak izini dikkate alan bir model olması nedeni ile bu incelemeye dahil edilmiştir.

### Sonuç

Sürdürülebilir kalkınma, ekolojik ayak izi ve ardından karbon ayak izi günümüzde çözüm bulunulması gereken en önemli sorunlar arasında değerlendirilmektedir. 2050 yılına gelindiğinde mevcut ihtiyaçların karşılanması için toplamda üç dünyaya ihtiyaç olunacağı tahmin edilmektedir. Mevcut ihtiyacımızı karşılayacak kaynakları sağlayabilecek eş değer başka bir dünyaya rastlanmadığı düşünüldüğünde elimizdeki dünyaya sahip çıkmak önem taşımaktadır. Üstelik bir ülkenin yüksek karbon ayak izi başka bir ülkenin refahını gelecek için tehdit edebilmekte ve bu nedenle süreç küresel bir birliktelik şeklinde ele alınmak zorundadır. Bu kapsamdan bakıldığında bütün ülke ve sektörler ciddi bir sorumluluk düşmektedir.

Bu inceleme araştırmasında alan yazında sağlık hizmetlerinin uzaktan bir teknoloji yardımı ile sunulmasının çevresel etkileri karbon ayak izi özelinde ele alınmış ve mevcut alan yazında bu boyutuyla yapılmış araştırmalar içerik analizi ile incelemiştir. Yapılan içerik analizi neticesinde araştırmaların büyük oranda, kırsal kesime etkili sağlık hizmetleri sunulması, evde bakım hizmetleri, e-sağlık süreçleri ile birlikte başta ulaşım olmak üzere enerji verimliliği ve hizmet süreci esnasında yapılan bireysel tüketim süreçlerine odaklandığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte özellikle COVID-19 pandemisi süreci sonrasında sağlık sistemlerinin daha bilinçli bir şekilde tele-sağlık uygulamalarına yöneldiği görülmektedir. Buna paralel olarak karbon ayak izine ait çalışmaların 2022 yılında yoğunlaştığı, bu alanda duyarlı ülkelerin başında ise İngiltere'nin geldiği görülmektedir. Henüz sınırlı düzeyde olduğu görülen alan yazında gelecek araştırmalar için karbon ayak izinin azaltılması konusunda sağlık sektöründe kelebek etkisinin nasıl yaratılabileceği, bireysel düzeyden başlayarak kurumsal düzeye doğru proaktif bir davranışın nasıl geliştirilebileceğinin araştırılması önerilmektedir. Yaşanabilecek şimdilik tek bir tane dünyanın olduğu varsayıldığında, gelecek nesiller adına bu alanda yapılacak her çalışmanın önemli ve kıymetli olacağı düşünülmektedir.

Tablo 2. Sistematik incelemeye dâhil edilen çalışmaların içerik analiz verileri

Araştırmalar				
Yazar/Yıl/Ülke	Amaç	Tür	Kapsam ve Yöntem	Bulgular*
Tselapedi-Sekeitto vd., 2023/Kanada	Tele-sağlığın hasta memnuniyeti, seyahat maliyeti, üretkenlik kaybı ve CO2 emisyonuna etkisi.	Prospektif, karşılaştırmalı çalışma	Rinoloji ve uyku apnesi klinikleri Tele-sağlık (n=33) ve yüz yüze (n=60) sağlık hizmeti alan hasta Karbon ayak izi ve çevresel etki	Yüz yüze ziyaretlerin karbon ayak izi danışma başına 32 ± 39 kg CO2
Smith vd., 2013/İngiltere	Sigara bıraktırmaya yönelik destek hizmetlerinin karbon ayak izinin belirlenmesi.	Karbon ayak izi analizi	NHS Sigara Bıraktırma Hizmetlerine ve birim karbon emisyonlarına ilişkin kamuya açık veriler; Sigara için 1000 kişi başına, sigarayı bırakan kişi başına ve kazanılan kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılı (QALY) başına karbondioksit eşdeğerlerini (CO2e) ve sigarayı bırakma hizmetlerinin karbonun sosyal maliyeti de dahil olmak üzere maliyet etkililiği.	Karbon ayak izine ilişkin maliyet-etkililik analizine göre, kısa mesaj, telefon ve grupla danışmanlık maliyet-etkili bulunmuştur.
Schulz vd., 2020/Avustralya	Hepatit C virüsü tedavisi için tele-sağlık hizmetlerinin yüz yüze hizmet ile karşılaştırılması; seyahat ve karbon etkisi analizi.	Tek merkezli, nicel, retrospektif çalışma	Üçüncü basamak hastanede bir yıl içinde HCV tedavisi gören hastaların hastane bilgi sisteminden elde edilen verileri analiz edilmiştir.	Tele-sağlık hizmeti başına ortalama 634 km'lik hasta yolculuğu tasarrufu sağlanmıştır.
Rodrigues vd., 2021/Avustralya	Klinik hemşire danışmanı tele-sağlık modelinde niteliksel ve klinik sonuçların değerlendirilmesi.	Tek merkezli, nicel, prospektif kohort çalışması	Victoria Bölge Hastanesi tele-sağlık kliniğine başvuran HCV hastalar (n=71) Veriler ayakta tedavi ve elektronik tıbbi kayıtlardan elde edilmiştir.	Her ziyaret için hasta başına ortalama 46,5 km, 54,6 dakika ve 30,70 Avustralya doları tasarruf ölçümlenmiştir.
(Palmer 2023)/İngiltere	Ergen ruh sağlığı hizmet planlama programı karar destek aracı geliştirme.	Nicel	Minimum personel sayısını ve minimum seyahat süresini tespit etmek için geliştirilen matematik temelli doğrusal programlama modeli kullanılmış. Matematiksel model, karar destek aracında uygulanmıştır.	Program, zamana ve konuma bağlı talepleri seyahat mesafelerini en aza indirerek ve en az personelle karşılayacak hesaplamayı yapmıştır.

Araştırmalar					
Yazar/Yıl/Ülke	Amaç	Tür	Kapsam ve Yöntem	Bulgular*	
Oliveira vd., 2013/Portekiz	Tele-sağlık ve yüz yüze sağlık hizmeti alan hastaların emisyon karşılaştırması	Tanımlayıcı, araştırma	nicel	Tele-sağlık ile doğrudan ve dolaylı sera gazı emisyonları tahmin edilmiş; yüz yüze sağlık hizmeti tahminleri ile karşılaştırılmıştır.	Tele-sağlık hizmetleri mesafelerde ve emisyonlarda %95 oranında azalma sağlamıştır. Hasta başına 22 kg CO <sub>2</sub> ; toplamda 2.313.819 km yolculuk ve 455 ton sera gazı emisyonu önlenmiştir.
Muschol vd., 2022/Almanya	Diz ve omuz ameliyatları sonrası takipte tele-sağlık hizmetlerinin sağlık ekonomisi ve çevresel analizi.	Prospektif, kontrolü, çalışması	randomize toplumsal perspektiften nicel analiz	Ameliyat sonrası takipte 52 hasta tele-sağlık (müdahale grubu) ile yüz yüze konsültasyon hastaları (kontrol grubu) ekonomik etki, seyahat ve zaman maliyetleri ile üretim kayıpları bakımından karşılaştırılmıştır.	Tele-sağlık hizmeti başına ortalama 76,52 € maliyet tasarruf; Hasta başına 11.248 kg sera gazı, 0.070 kg karbonmonoksit, 0.011 kg uçucu hidrokarbon, 0.028 kg nitrojen oksit ve 0.0004 kg partikül emisyonundan tasarruf; Hasta başına 3,73 € ila 9,53 € arasında çevresel maliyet tasarruf.
Mun vd., 2022/Güney Kore ve ABD	Güney Kore ve ABD'deki yazılım ve sağlık endüstrilerinin ekonomik bağlantı etkisinin girdi-çıkıtı analizi ve CO <sub>2</sub> emisyonları açısından sürdürülebilirliğinin analizi.	Retrospektif, nicel analiz		Girdi-çıkıtı tabloları ve CO <sub>2</sub> analizi için OECD verileri kullanılmıştır.	Yazılım ve sağlık endüstrilerinden kaynaklanan emisyonlar hem Güney Kore'de hem de ABD'de %1'den az bulunmuştur; sonuçlar bu endüstrilerin düşük karbonlu kalkınma için uygun olduğunu göstermektedir.
Miah vd., 2019/İngiltere	Tele-üroloji ile klinik, finansal ve çevresel faydaların ölçülmesi.	Prospektif, kesitsel, çalışma	nicel	Tele-üroloji kliniğinden hizmet alan hasta (n=409) verileri kullanılmıştır.	Tele-sağlık hizmeti ile toplamda 4.623 seyahat mili ve tahmini 0,35-1,45 metrik ton CO <sub>2</sub> e'lik önlenen karbon ayak izinden kaçınılmıştır.
(Materazzo 2022)/ABD	Meme cerrahisi tedavisinin karbon ayak izinin değerlendirilmesi.	Çok merkezli, retrospektif analiz	nicel,	Farklı cerrahi prosedürlerin işleme dayalı yaşam döngüsü değerlendirmesi.	Toplam 466 ameliyat sonrası ziyaret ve gruplar arasında tele-sağlık ziyareti oranında istatistiksel olarak anlamlı fark; COVID-19 grubunda hastaneye seyahatte 4.312,38 km'lik bir azalma tespit edilmiştir.

Araştırmalar				
Yazar/Yıl/Ülke	Amaç	Tür	Kapsam ve Yöntem	Bulgular*
(Masino 2010)/Kanada vd.,	Tele-sağlık hizmeti için seyahat mesafesi ve kaçınılan sera gazı emisyonlarının hesaplanması.	Nicel	Toplam 840 randevu için seyahat mesafeleri hesaplanmıştır.	Dönüş yolculuğu da dahil olmak üzere tahmini 757.234 km yol kat edilmiş ve bunun sonucunda araç emisyonlarında 185.159 kg CO <sub>2</sub> e sera gazı emisyonu tasarrufu sağlanmıştır.
(Maria 2022)/İspanya vd.,	Alicante'nin kırsal bir bölgesinde tele-sağlık hizmetinin çevresel etkisinin ölçülmesi.	Retrospektif, nicel analiz	Muayenenin ilki yüz yüze, takip muayeneleri tele-sağlık uygulaması ile gerçekleştirilmiş; Sağlık yönetim rapor verileri kullanılarak mesafe, saat, tasarruf edilen yakıt, CO <sub>2</sub> e, CO <sub>2</sub> , CH <sub>4</sub> ve N <sub>2</sub> O hesaplanmıştır.	Tele-sağlık uygulaması ile 447.279 km, 7.580 saat ve 38.019 L yakıt tasarrufu sağlanmıştır. Yılda 79,26 metrik ton CO <sub>2</sub> , 74,5 kg CH <sub>4</sub> ve 487,28 kg N <sub>2</sub> O salınımı önlenmiştir.
(King 2023)/İngiltere vd.,	COVID-19 pandemisi sırasında tele-sağlık ile karbon emisyonundaki gerçek azalmanın yüz yüze konsültasyonlarla karşılaştırılması.	Retrospektif, gözlemsel, çok bölgeli, kesitsel, nicel çalışma	COVID-19 pandemisinden önce gastroenteroloji poliklinik muayenelerine gelen hastaların yüz yüze konsültasyonlarda (grup 1; n=1081) ve konsültasyonların sanal olduğu pandemi sırasında (grup 2;n=1059) ürettikleri karbon emisyonlarındaki değişim hesaplanmıştır.	Tele-sağlık hizmetleri, her bir randevuyla ilişkili karbon emisyonlarını büyük ölçüde azaltmıştır.
(Jiang vd., 2021)/ABD	Kanser tedavisi gören gazilerin tele-sağlık hizmetine ilişkin algısının, zaman ve karbon faydalarının incelenmesi ve pandemi sonrası dünyada teleonkolojiyi optimize etmek için hangi politikalara ihtiyaç olduğunun ortaya koyulması	Retrospektif, nicel analiz	Tıbbi, cerrahi veya radyasyon onkolojisi ile 1'den fazla teleonkoloji ziyareti olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Seyahat mesafesi, zaman, maliyet ve CO <sub>2</sub> emisyonları posta kodlarına göre hesaplanmıştır.	Seyahatle ilgili toplam tasarruf 86.470 mil, 84.374 dakika, 49.720 ABD doları ve 35,5 metrik ton CO <sub>2</sub> olarak hesaplanmıştır.
(Holmner 2014)/İsveç vd.,	Tele-sağlık hizmetlerinin seyahatleri ve dolayısıyla karbon emisyonlarını azaltma potansiyelinin değerlendirilmesi	Retrospektif, nicel analiz	El Cerrahisi ve Plastik Cerrahi Ünitesi (n=238) ile Konuşma Terapisi Ünitesi (n=481) kapsamaktadır. Tele-sağlık hizmetleri sırasında ortaya çıkan karbon emisyonları, olağan bakım senaryoları ile karşılaştırılmıştır.	Yüz yüze ziyaretlerin tele-sağlık randevuları ile değiştirilmesi, karbon emisyonlarında 40-70 kat arasında önemli bir azalma ile sonuçlanmıştır.

Araştırmalar					
Yazar/Yıl/Ülke	Amaç	Tür	Kapsam ve Yöntem	Bulgular*	
(Gil-Candel 2023)/İspanya	vd.	Ayakta tedavi farmasötik bakım ünitesinde evde ilaç dağıtımı ve bilgilendirilmiş teslimat ile bir tele-eczane programını uygulamak için alınan önlemlerin tanımlanması.	Gözlemsel, prospektif, nicel, tanımlayıcı çalışma	İlaçların eve dağıtım modelini ve tele-eczacılık için uygun hasta profilini tanımlayan standart bir işletim prosedürü geliştirilmiştir. Çalışma için uygun hastaların (n=912) ilaçları hastane tarafından lojistik firması aracılığıyla hastaların evine teslim edilmiş, sorumlu eczacı tarafından hastaya telefonla bilgilendirme yapılmıştır.	Hasta başına tasarruf edilen mesafe 66 km ve zaman 90 dakika; 25 kg CO2 ve toplamda 16,5 ton karbon ayak izi azaltılmıştır.
(Croghan 2021)/İngiltere	vd.,	Tele-sağlık hizmetlerinin seyahat süresi, hasta için maliyeti ve karbon emisyonları üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi.	Nicel	Tele-sağlık hizmetleri 3 aylık bir süre boyunca incelenmiştir. Seyahat mesafesi, zaman, yakıt ve park maliyetleri ve tele-sağlık hizmeti sayesinde kaçınılan karbon emisyonları hesaplanmıştır.	Sadece araçla seyahat eden hastalar baz alındığında, tele-sağlık hizmeti kullanımıyla karbon emisyonlarında 6,07 tonluk bir azalma sağlanmıştır.
(Connor 2019)/İngiltere	vd.,	Akut üreterik kolik tele-sağlık hizmetinin klinik, mali ve çevresel etkilerinin değerlendirilmesi.	Prospektif, kesitsel, nicel, tek merkezli bir çalışma	Komplike olmayan akut üreterik kolik olan ve tek bir üçüncü basamak merkeze sevk edilen tüm hastalar (N=1.008), 4 yıllık bir süre boyunca prospektif olarak incelenmiştir. Maliyet-sonuç analizleri için 2018-2019 NHS Ulusal Tarifesi; Varsayılan yolculukları hesaplamak için 1800 cc benzinli araç; Hastanın yolculuğu Google Maps; Genel karbon ayak izi, "Carbon Footprint" uygulaması kullanılarak hesaplanmıştır.	Tele-sağlık hizmeti uygulanması 145.152 pound yani 106 USG veya 211 üreterik stent yerleştirilmenin eşdeğer NHS tarifesine eşittir. 0,70-2,93 metrik ton CO2e üretime ve karbon dengesini sağlamak için 14,7 ağaç dikme ihtiyacına eşit olan 15.085 hasta yolculuğu kilometresinden tasarruf sağlanmıştır.
(Cockrell 2022)/ABD	vd.,	Pediyatrik cerrahi ve preanestezi klinikleri için tele-sağlığın çevresel ve sağlık eşitliği üzerindeki etkisini azınlık nüfuslar açısından incelemek.	Tek merkezli, nicel, retrospektif, kohort çalışması	0-21 yaş tüm hastalar 60.773 yüz yüze ve 10.626 tele-sağlık görüşmesi dahil edilmiştir. Tele-sağlık hizmetlerinin çevresel etkisi, tasarruf edilen hasta mili ve önlenen emisyon sayısı olarak ölçülmüştür.	Tele-sağlık, 887.006 hasta-mil tasarrufu ve 688.317 pound daha az CO2 salınımı sağlamıştır.

Araştırmalar				
Yazar/Yıl/Ülke	Amaç	Tür	Kapsam ve Yöntem	Bulgular*
(Barlett & Keir, 2022)/İngiltere	Tele-sağlık hizmeti ve kişisel koruyucu ekipmanın etkisi ile geriatri kliniğinin karbon ayak izinin tahmin edilmesi.	Nicel	Konsültasyon başına karbon emisyonlarını tahmin etmek için Sera Gazı Protokolü, NHS Carbon Footprint Plus ve Birleşik Krallık Hükümeti verileri kullanılmıştır. Değerler tele-sağlık ve yüz yüze muayene için hesaplanmış ve COVID-19 pandemisi öncesinde ve sırasında kliniklere uygulanmıştır. Hasta seyahati, personel seyahati, kişisel koruyucu ekipman, su, atık, telekomünikasyon ve kliniğin ısıtılması/aydınlatılması dahil edilmiştir.	Yüz yüze muayenenin karbon ayak izi 4,82 kg CO <sub>2</sub> e; hasta seyahati, personel seyahati ve kişisel koruyucu ekipman kullanımı kaynaklı; Tele-sağlık hizmetinin ise 0,99 kg CO <sub>2</sub> e; personel seyahati ve veri kullanımı kaynaklı.
(Bari vd., 2018)/Hindistan	Hekimlerin mahkemelere fiziksel olarak katılmasına ilişkin mevcut sistemin video konferans yoluyla ifade verme (tele-delil) yöntemiyle karşılaştırılması.	Retrospektif, merkezli, tanımlayıcı analiz, tek nicel,	Profesyonel veya uzman tanık olarak mahkemeye çağrılan öğretim üyeleri ve asistan hekimler; Hastanenin tıbbi kayıt biriminden bir yıllık mahkeme celbi verileri; Hastanenin merkezi ulaşım biriminden görevli araç ve yakıt tüketimi kayıtları elde edilmiştir.	Tele-delil yöntemi ile araçların aylık kilometresinde %43, aylık yakıt maliyetinde %49 azalma ve mahkeme görevleri için harcanan zaman açısından %28 tasarruf sağlanmıştır.

ABD: Amerika Birleşik Devletleri, CO<sub>2</sub>: karbondioksit, CO<sub>2</sub>e: karbondioksit eşdeğerleri, HCV: Hepatit C virüsü, km: kilometre, NHS: Birleşik Krallık Ulusal Sağlık Hizmeti

## Kaynakça

1. Arndt, E. M., Jansen, T. R., Bojko, J., Roos, J. J., Babasiz, M., Randau, T. M., . . . Kabir, K. (2023). COVID-19 measures as an opportunity to reduce the environmental footprint in orthopaedic and trauma surgery. *Front Surg*, 10, 959639. doi:10.3389/fsurg.2023.959639
2. Ateriya, N., Saraf, A., Meshram, V. P., & Setia, P. (2018). Telemedicine and virtual consultation: The Indian perspective. *National Medical Journal of India*, 31(4).
3. Barakat-Johnson, M., Kita, B., Jones, A., Burger, M., Airey, D., Stephenson, J., . . . Coyer, F. (2022). The viability and acceptability of a Virtual Wound Care Command Centre in Australia. *International Wound Journal*, 19(7), 1769-1785. doi:10.1111/iwj.13782
4. Bari, S., Arora, P., Gupta, A. K., Singh, M., & Aggarwal, A. K. (2018). Tele-evidence: A videoconferencing tool as a viable alternative to physical appearance of doctors for the judicial summons. *Journal of Postgraduate Medicine*, 64(4), 206-211. doi:10.4103/jpgm.JPGM\_243\_17
5. Barraclough, K. A., Gleeson, A., Holt, S. G., & Agar, J. W. M. (2019). Green dialysis survey: Establishing a baseline for environmental sustainability across dialysis facilities in Victoria, Australia. *Nephrology*, 24(1), 88-93. doi:10.1111/nep.13191
6. Bartlett, S., & Keir, S. (2022). Calculating the carbon footprint of a Geriatric Medicine clinic before and after COVID-19. *Age Ageing*, 51(2). doi:10.1093/ageing/afab275
7. Beswick, D. M., Vashi, A., Song, Y., Pham, R., Holsinger, F. C., Rayl, J. D., . . . Sirjani, D. B. (2016). Consultation via telemedicine and access to operative care for patients with head and neck cancer in a Veterans Health Administration population. *Head and Neck*, 38(6), 925-929. doi:10.1002/hed.24386
8. Birleşmiş Milletler. (1992). *United Nations Framework Convention on Climate Change*. Erişim adresi: [https://unfccc.int/files/essential\\_background/background\\_publications\\_htmlpdf/application/pdf/conveng.pdf](https://unfccc.int/files/essential_background/background_publications_htmlpdf/application/pdf/conveng.pdf). Erişim tarihi: 25.08.2023.
9. Bove, R., Poole, S., Cuneo, R., Gupta, S., Sabatino, J., Jr., Harms, M., . . . The, U. M. S. E. T. (2023). Remote Observational Research for Multiple Sclerosis A Natural Experiment. *Neurology: Neuroimmunology and Neuroinflammation*, 10(2). doi:10.1212/NXI.000000000200070
10. Bozoudis, V., Sebos, I., & Tsakanikas, A. (2022). Action plan for the mitigation of greenhouse gas emissions in the hospital-based health care of the Hellenic Army. *Environ Monit Assess*, 194(3), 221. doi:10.1007/s10661-022-09871-3
11. Chang, J. H., Maskal, S. M., Ellis, R. C., Prabhu, A. S., Rosen, M. J., Walsh, R. M., & Miller, B. T. (2023). Zooming to Net Zero: Using Virtual Visits to Decrease Carbon Emissions and Costs from Surgery. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. doi:10.1007/s11605-023-05713-w
12. Cockrell, H. C., Maine, R. G., Hansen, E. E., Mehta, K., Salazar, D. R., Stewart, B. T., & Greenberg, S. L. M. (2022). Environmental impact of telehealth use for pediatric surgery. *J Pediatr Surg*, 57(12), 865-869. doi:10.1016/j.jpedsurg.2022.06.023
13. Connor, M. J., Miah, S., Edison, M. A., Brittain, J., Smith, M. K., Hanna, M., . . . Dasgupta, R. (2019). Clinical, fiscal and environmental benefits of a specialist-led virtual ureteric colic clinic: a prospective study. *BJU Int*, 124(6), 1034-1039. doi:10.1111/bju.14847
14. Costello, A., Abbas, M., Allen, A., Ball, S., Bell, S., Bellamy, R., . . . Kett, M. (2009). Managing the health effects of climate change: lancet and University College London Institute for Global Health Commission. *The Lancet*, 373(9676), 1693-1733.
15. Croghan, S. M., Rohan, P., Considine, S., Salloum, A., Smyth, L., Ahmad, I., . . . Manecksha, R. P. (2021). Time, cost and carbon efficiency: a silver of COVID era virtual urology clinics? *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 103(8), 599-603. doi:10.1308/rcsann.2021.0097
16. Çevre, Şehircilik ve İklim Değişikliği Bakanlığı. (2023). *Karbon ayak izi nedir?* Erişim adresi: <https://csb.gov.tr/ss/iklim-degisikligi>. Erişim tarihi: 20.08.2023.
17. Defra/DECC/BIS. (2011). PAS 2050: 2011 Specification for the assessment of the life cycle greenhouse gas emissions of goods and services. Erişim tarihi: 23.08.2023.
18. Dullet, N. W., Geraghty, E. M., Kaufman, T., Kisse, J. L., King, J., Dharmar, M., . . . Marcin, J. P. (2017). Impact of a University-Based Outpatient Telemedicine Program on Time Savings, Travel Costs, and Environmental Pollutants. *Value in Health*, 20(4), 542-546. doi:10.1016/j.jval.2017.01.014
19. Dünya Sağlık Örgütü. (1998). *A Health Telematics Policy*. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63857/WHO\\_DGO\\_98.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63857/WHO_DGO_98.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Erişim tarihi: 18.08.2023.



20. Eckelman, M. J., Huang, K., Lagasse, R., Senay, E., Dubrow, R., & Sherman, J. D. (2020). *Health Care Pollution And Public Health Damage In The United States: An Update: Study examines health care pollution and public health damage in the United States. Health Affairs, 39(12), 2071-2079.*
21. Gandhi, A. P., Padhi, B. K., Goel, K., Singh, A., Kansal, O. P., & Al-Ahdal, T. (2023). *Impact of virtual continued medical education on carbon footprint and awareness of digital sobriety: A retrospective cross-sectional study among public health professionals in India. Front Public Health, 11, 1118685. doi:10.3389/fpubh.2023.1118685*
22. Gil-Candel, M., Solana-Altabella, A., Vicente-Escrig, E., Pupla-Bartoll, A., Azuara, J. B., Perez-Huertas, P., & Piqueres, R. F. (2023). *Developing a telepharmacy programme with home medication dispensing and informed delivery in a tertiary hospital: description of the model and analysis of the results. European Journal of Hospital Pharmacy, 30(2), 107-112. doi:10.1136/ejpharm-2021-003194*
23. Habib, S. J., & Marimuthu, P. N. (2014). *Green synthesis of hospital enterprise network. International Journal of Medical Engineering and Informatics, 6(1), 26-42. doi:10.1504/IJMEI.2014.058530*
24. Holmner, A., Ebi, K. L., Lazuardi, L., & Nilsson, M. (2014). *Carbon footprint of telemedicine solutions --unexplored opportunity for reducing carbon emissions in the health sector. PLoS One, 9(9), e105040. doi:10.1371/journal.pone.0105040*
25. Iaccarino, M. A., Paganoni, S., Tenforde, A., Silver, J. K., Schneider, J. C., Slocum, C., . . . Hefner, J. (2022). *Environmental impact of telerehabilitation visits in an urban setting. Journal of Climate Change and Health, 8. doi:10.1016/j.joclim.2022.100150*
26. Jiang, C. Y., Strohbehn, G. W., Dedinsky, R. M., Raupp, S. M., Pannecouk, B. M., Yentz, S. E., & Ramnath, N. (2021). *Teleoncology for Veterans: High Patient Satisfaction Coupled With Positive Financial and Environmental Impacts. JCO Oncology Practice, 17(9), 580-+. doi:10.1200/op.21.00317*
27. Jnr, B. A. (2020). *Use of telemedicine and virtual care for remote treatment in response to COVID-19 pandemic. Journal of Medical Systems, 44(7), 132.*
28. Jung, C., & Padman, R. (2014). *Virtualized healthcare delivery: understanding users and their usage patterns of online medical consultations. International Journal of Medical Informatics, 83(12), 901-914.*
29. King, J., Poo, S. X., El-Sayed, A., Kabir, M., Hiner, G., Olabinan, O., . . . Network, G. R. (2023). *Towards NHS Zero: greener gastroenterology and the impact of virtual clinics on carbon emissions and patient outcomes. A multisite, observational, cross-sectional study. Frontline Gastroenterology, 14(4), 287-294. doi:10.1136/flgastro-2022-102215*
30. Lares-Michel, M., Housni, F. E., Reyes-Castillo, Z., Huertas, J. R., Aguilera-Cervantes, V. G., & Michel-Nava, R. M. (2023). *Sustainable-psycho-nutritional intervention programme for a sustainable diet (the 'NutriSOS' study) and its effects on eating behaviour, diet quality, nutritional status, physical activity, metabolic biomarkers, gut microbiota and water and carbon footprints in Mexican population: study protocol of an mHealth randomised controlled trial. Br J Nutr, 1-16. doi:10.1017/s0007114523000843*
31. Lee, J., Yousaf, A., Jenkins, S., Zaki, M. T., Napier, C., Abdul-Aziz, O. I., & Zinn, Z. (2021). *The positive environmental impact of virtual isotretinoin management. Pediatric Dermatology, 38(3), 613-616. doi:10.1111/pde.14600*
32. Li, H. L., Fan, F. X., Sun, Y., & Wang, W. G. (2022). *Low-Carbon Action in Full Swing: A Study on Satisfaction with Wise Medical Development. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(8). doi:10.3390/ijerph19084858*
33. Malik, A., Lenzen, M., McAlister, S., & McGain, F. (2018). *The carbon footprint of Australian health care. The Lancet Planetary Health, 2(1), e27-e35.*
34. Maria, M. S., Silvia, A. N., Beatriz, D. G., Andrew, D., & Guillermo, P. F. (2022). *Health care in rural areas: proposal of a new telemedicine program assisted from the reference health centers, for a sustainable digitization and its contribution to the carbon footprint reduction. Heliyon, 8(7), e09812. doi:10.1016/j.heliyon.2022.e09812*
35. Masino, C., Rubinstein, E., Lem, L., Purdy, B., & Rossos, P. G. (2010). *The impact of telemedicine on greenhouse gas emissions at an academic health science center in Canada. Telemedicine journal and e-health : the official journal of the American Telemedicine Association, 16(9), 973-976. doi:10.1089/tmj.2010.0057*
36. Materazzo, M., Facchini, A., Garozzo, D., Buonomo, C., Pellicciaro, M., & Vanni, G. (2022). *Maintaining good practice in breast cancer management and reducing the carbon footprint of care: study protocol and preliminary results. World Cancer Research Journal, 9. doi:10.32113/wcrj\_202211\_2438*
37. McAlister, S., McGain, F., Petersen, M., Story, D., Charlesworth, K., Ison, G., & Barratt, A. (2022). *The carbon footprint of hospital diagnostic imaging in Australia. The Lancet Regional Health - Western Pacific, 24. doi:10.1016/j.lanwpc.2022.100459*
38. Miah, S., Dunford, C., Edison, M., Eldred-Evans, D., Gan, C., Shah, T. T., . . . Hrouda, D. (2019). *A prospective clinical, cost and environmental analysis of a clinician-led virtual urology clinic. Ann R Coll Surg Engl, 101(1), 30-34. doi:10.1308/rcsann.2018.0151*

39. Mojdehbakhsh, R. P., Rose, S., Peterson, M., Rice, L., & Spencer, R. (2021). A quality improvement pathway to rapidly increase telemedicine services in a gynecologic oncology clinic during the COVID-19 pandemic with patient satisfaction scores and environmental impact. *Gynecologic Oncology Reports*, 36. doi:10.1016/j.gore.2021.100708
40. Mun, J., Yun, E., Choi, H., & Kim, J. (2022). Comparative Study in Software and Healthcare Industries between South Korea and US Based on Economic Input-Output Analysis. *Atmosphere*, 13(2). doi:10.3390/atmos13020209
41. Muschol, J., Heinrich, M., Heiss, C., Hernandez, A. M., Knapp, G., Repp, H., . . . Gissel, C. (2022). Economic and Environmental Impact of Digital Health App Video Consultations in Follow-up Care for Patients in Orthopedic and Trauma Surgery in Germany: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research*, 24(11). doi:10.2196/42839
42. Nansai, K., Fry, J., Malik, A., Takayanagi, W., & Kondo, N. (2020). Carbon footprint of Japanese health care services from 2011 to 2015. *Resources, Conservation and Recycling*, 152, 104525.
43. Nittari, G., Khuman, R., Baldoni, S., Pallotta, G., Battineni, G., Sirignano, A., . . . Ricci, G. (2020). Telemedicine practice: review of the current ethical and legal challenges. *Telemedicine and e-Health*, 26(12), 1427-1437.
44. Oliveira, T. C., Barlow, J., Gonçalves, L., & Bayer, S. (2013). Teleconsultations reduce greenhouse gas emissions. *J Health Serv Res Policy*, 18(4), 209-214. doi:10.1177/1355819613492717
45. Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., . . . Brennan, S. E. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *International Journal of Surgery*, 88, 105906.
46. Palmer, A., Johns, G., Ahuja, A., & Gartner, D. (2023). Optimizing an Adolescent Hybrid Telemedical Mental Health Service Through Staff Scheduling Using Mathematical Programming: Model Development Study. *JMIR Form Res*, 7, e43222. doi:10.2196/43222
47. Paquette, S., & Lin, J. C. (2019). Outpatient Telemedicine Program in Vascular Surgery Reduces Patient Travel Time, Cost, and Environmental Pollutant Emissions. *Annals of Vascular Surgery*, 59, 167-172. doi:10.1016/j.avsg.2019.01.021
48. Patel, K. B., Gonzalez, B. D., Turner, K., Alishahi Tabriz, A., Rollison, D. E., Robinson, E., . . . Spiess, P. E. (2023). Estimated Carbon Emissions Savings With Shifts From In-Person Visits to Telemedicine for Patients With Cancer. *JAMA Netw Open*, 6(1), e2253788. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.53788
49. Peters, S., Burrows, S., & Jenkins, P. (2021). The challenge of environmental sustainability in radiology training and potential solutions. *Postgraduate Medical Journal*, 97(1154), 755-759. doi:<https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138835>
50. Rasheed, F. N., Baddley, J., Prabhakaran, P., De Barros, E. F., Reddy, K. S., Vianna, N. A., & Marten, R. (2021). Decarbonising healthcare in low and middle income countries: Potential pathways to net zero emissions. *The BMJ*, 375. doi:10.1136/bmj.n1284
51. Resmi Gazete. (2022). Uzaktan Sağlık Hizmetlerinin Sunumu Hakkında Yönetmelik. Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/02/20220210-2.htm>. Erişim tarihi: 20.08.2023.
52. Rochon, M., Jawarchan, A., Fagan, F., Otter, J. A., & Tanner, J. (2023). Image-based digital post-discharge surveillance in England: measuring patient enrolment, engagement, clinician response times, surgical site infection, and carbon footprint. *Journal of Hospital Infection*, 133, 15-22. doi:10.1016/j.jhin.2023.01.001
53. Rodrigues, B., Parsons, N., Haridy, J., Stephen, B., Day, C., Haar, G., . . . Sawhney, R. (2021). A nurse-led, telehealth-driven hepatitis C management initiative in regional Victoria: Cascade of care from referral to cure. *Journal of Telemedicine and Telecare*. doi:10.1177/1357633X211024108
54. Roy, W., Hans, B., Jannat, R. U., Reddy, Y. K., Hadi, Y., & Gayam, S. (2023). Tele-visits for GERD: "Ecofriendly, efficient and effective". *Journal of Gastroenterology and Hepatology (Australia)*, 38(6), 905-909. doi:10.1111/jgh.16148
55. Ryu, S. (2012). Telemedicine: Opportunities and developments in member states: Report on the second global survey on eHealth 2009. *Healthcare Informatics Research*, 18(2), 153-155.
56. Sağlık Bakanlığı. (2015). İklim Değişikliğinin Sağlık Üzerine Olumsuz Etkilerinin Azaltılması Ulusal Programı ve Eylem Planı. Erişim adresi: [https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi/2-ced/iklim-degisikligi/Iklim\\_Degisikligi\\_Eylem\\_Plani.pdf](https://hsgmdestek.saglik.gov.tr/depo/birimler/cevre-sagligi/2-ced/iklim-degisikligi/Iklim_Degisikligi_Eylem_Plani.pdf). Erişim tarihi: 28.08.2023.
57. Sağlık Bakanlığı. (2023). Teleradyoloji Sistemi. Erişim adresi: <https://teleradyoloji.saglik.gov.tr/#service>. Erişim tarihi: 18.08.2023.
58. Schulz, T. R., Kanhutu, K., Sasadeusz, J., Watkinson, S., & Biggs, B. A. (2020). Using telehealth to improve access to hepatitis C treatment in the direct-acting antiviral therapy era. *J Telemed Telecare*, 26(3), 180-185. doi:10.1177/1357633x18806651
59. Sellars, H., Ramsay, G., Sunny, A., Gunner, C. K., Oliphant, R., & Watson, A. J. M. (2020). Video consultation for new colorectal patients. *Colorectal Disease*, 22(9), 1015-1021. doi:10.1111/codi.15239
60. Sillcox, R., Blaustein, M., Khandelwal, S., Bryant, M. K., Zhu, J. Y., & Chen, J. Y. (2023). Telemedicine Use Decreases the Carbon Footprint of the Bariatric Surgery Preoperative Evaluation. *Obesity Surgery*. doi:10.1007/s11695-023-06721-0

61. Sillcox, R., Gitonga, B., Meiklejohn, D. A., Wright, A. S., Oelschlager, B. K., Bryant, M. K., . . . Zhu, J. (2023). The environmental impact of surgical telemedicine: life cycle assessment of virtual vs. in-person preoperative evaluations for benign foregut disease. *Surg Endosc*, 37(7), 5696-5702. doi:10.1007/s00464-023-10131-9
62. Simpson, E., Bradley, D., Palfreyman, J., & White, R. (2022). Sustainable Society: Wellbeing and Technology—3 Case Studies in Decision Making. *Sustainability (Switzerland)*, 14(20). doi:10.3390/su142013566
63. Smith, A. J. B., Tennison, I., Roberts, I., Cairns, J., & Free, C. (2013). The carbon footprint of behavioural support services for smoking cessation. *Tobacco Control*, 22(5), 302-307. doi:10.1136/tobaccocontrol-2012-050672
64. Thota, R., Gill, D. M., Brant, J. L., Yeatman, T. J., & Haslem, D. S. (2020). Telehealth is a sustainable population health strategy to lower costs and increase quality of health care in rural Utah. *JCO Oncology Practice*, 16(7), E557-E561. doi:10.1200/JOP.19.00764
65. Tselapedi-Sekeitto, B., Rocha, T., Sowerby, L. J., Rotenberg, B., & Biadsee, A. (2023). Telemedicine as an environmental ally - The social, financial, and environmental impact of virtual care in the otolaryngology clinic. *American Journal of Otolaryngology - Head and Neck Medicine and Surgery*, 44(2). doi:10.1016/j.amjoto.2023.103791
66. Vidal-Alaball, J., Franch-Parella, J., Seguí, F. L., Cuyàs, F. G., & Peña, J. M. (2019). Impact of a telemedicine program on the reduction in the emission of atmospheric pollutants and journeys by road. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(22). doi:10.3390/ijerph16224366
67. Wang, E. Y., Zafar, J. E., Lawrence, C. M., Gavin, L. F., Mishra, S., Boateng, A., . . . Sherman, J. D. (2021). Environmental emissions reduction of a preoperative evaluation center utilizing telehealth screening and standardized preoperative testing guidelines. *Resources, Conservation and Recycling*, 171. doi:10.1016/j.resconrec.2021.105652
68. Weisz, U., Pichler, P.-P., Jaccard, I. S., Haas, W., Matej, S., Bachner, F., . . . Weisz, H. (2020). Carbon emission trends and sustainability options in Austrian health care. *Resources, Conservation and Recycling*, 160, 104862.
69. Wu, R. (2019). The carbon footprint of the Chinese health-care system: an environmentally extended input-output and structural path analysis study. *The Lancet Planetary Health*, 3(10), e413-e419.
70. Zhang, X. G., Albrecht, K., Herget-Rosenthal, S., & Rogowski, W. H. (2022). Carbon footprinting for hospital care pathways based on routine diagnosis-related group (DRG) accounting data in Germany: An application to acute decompensated heart failure. *Journal of Industrial Ecology*, 26(4), 1528-1542. doi:10.1111/jiec.13294

NS115

## Tarihte Kadim Tedavi Yöntemi Olarak Dağlama

Esra ÖZEL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Selçuk Üniversitesi

Sorumlu Yazar: esratoprakozel@gmail.com

Tıp, hastayı muayene, hastalık teşhisi, tedavi, önleme, prognoz, cerrahi veya başkasının palyasyonunun yönetilmesi ve uygulamalı olarak iyileştiren bilimdir. Öncelikle hastalıkların önlenmesi ve tedavisi yoluyla insanların sağlığını korumak ve hastalıkları iyileştirmek için geliştirilen çeşitli tedavi uygulamalarını kapsar. İnsanlık var oldukça hastalıklar da hep var olmuştur. İnsanlık tarihi boyunca ortaya çıkan hastalıklara karşı, modern tıp ilmiyle hekimler ve alternatif tıp ilimleriyle değişik isimlerle tanımlanan şifacılar bu hastalıkları iyileştirebilmek için çeşitli metot ve uygulamalar geliştirmişlerdir.

Bu tedavi yöntemlerinden biri de eski zamanlardan beri kullanılan dağlamadır. Dağlama, hastalıklı/yaralı bölgeye kızdırılmış metali dokundurup o bölgeyi dağlayarak yapılan bir tedavi şekli olup vücuttan akan kanı durdurmak amacıyla uygulanmıştır. Aynı zamanda bedeninin herhangi bir bölümündeki sorunun giderilmesine yardımcı olmak için yapılmıştır. Dağlama vücudun görülebilen yüzeyine uygulanması gereken bir tedavi şeklidir. Bazı durumlarda ağız, burun ve anüs gibi çok daha derin dokularda da uygulandığı görülmüştür. Bu tür tedavilerde, dağlama yapılacak alet, kalıp yardımı ile talkla ya da Ermeni çamuru ve sirkeyle hazırlanmış bir hamurla kaplanıp, bir parça kumaş ile sarma işlemi yapılmış ve o bölgeye uygulanmıştır.

Her ne kadar eski zamanlardan beri uygulanagelse, akupunkturun bir kolu olan dağlama tarihte ilk kez sistematik olarak Uygurlar tarafından kullanılmıştır. Uygurlar dağlama için "suyu çeşmenin başından kesme" olarak tanımlamışlardır. Çünkü bir organ hastalanır ve yorgun düşerse hıtların (sıvıların) oraya yürüdüğünü ve bu ilerlemenin o uzva bağlı olan damarlar vasıtasıyla hastalığı ilerlettiğini düşünmüşlerdir.

Ünlü İslam bilgini Ebü'l-Kâsım Halef b. Abbâs ez-Zehrâvî (ö. 404/1013), *Kitâbü't Tasrif* adlı eserinde çok yaygın olarak kullanılan dağlama yöntemini baş ağrısı için uygulamıştır. Zehrâvî'nin dağlamayı iki türlü yaptığı bilinmektedir. Bunlardan birisi aletler ile yapılan dağlama tekniğidir. Bu aletler altın, gümüş, bakır ve demir gibi metallere yapılan değişik şekillerdeki tıp aletlerinin ateşte kızdırılarak dağlama yapılacak bölgeye uygulanmasıdır. İkinci uygulaması da bazı yakıcı kimyasallarla elde ettiği karışımlarla yapılan dağlamadır. Şerefeddin Sabuncuoğlu'nun *Cerrâhiyetü'l-Hâniyye* adlı eserinde dağlamaya geniş bir bölüm ayrılmıştır. Sabuncuoğlu'nun eserinde aktarıldığı üzere dağlama tedavisi diş ağrısının giderilmesi ve dişeti iltihaplarında da kullanılmıştır. Dağlama yüz felci, çıban, zatü'l-cenb, sivilce, yüzdeki kızarıklıklar, difteri vs. gibi birçok hastalığın tedavisinde tercih edilen bir yöntem olmuştur.

Bu çalışmada hastalıkları tedavi etme yöntemlerinden biri olan dağlama incelenmiştir. Tarihi gelişim seyri içerisinde dağlamanın hangi hastalıklarının tedavisinde kullanıldığı ve tedavi yöntemlerinin hangi aşamasında dağlamaya başvurulduğu araştırılmıştır. Bu çalışmada söz konusu tedavi şekli detaylı bir şekilde ele alınacaktır.

**Anahtar Kelimeler:** Tıp, Alternatif Tıp, Hekim, Hastalık, Teşhis, Tedavi, Prognoz, Dağlama, Zehrâvî, Şerefeddin Sabuncuoğlu

### Cauterization as an Ancient Treatment Method in History

Medicine is the science of examining the patient, diagnosing the disease, treating, preventing, prognosing, managing the palliation of injury or disease, and practically improving her health. It covers various treatment practices developed to protect people's health and cure diseases, primarily through the prevention and treatment of diseases. As long as humanity has existed, diseases have always existed. Against the diseases that have emerged throughout human history, physicians with modern medicine and healers with different names in alternative medicine have developed various methods and practices to cure these diseases.

One of these treatment methods is cauterization, which has been used since ancient times. Cauterization is a form of treatment performed by touching the diseased/injured area with superheated metal and cauterizing that area. It was applied to stop the blood flowing from the body. It is also made to help eliminate problems in any part of the body. Cauterization is a form of treatment that should be applied to the visible surface of the body. In some cases, it has been observed that it is also applied to much deeper tissues such as the mouth, nose and anus. In such treatments, the tool to be cauterized is covered with talc or a dough prepared with Armenian mud and vinegar with the help of a mold, wrapped with a piece of cloth and applied to that area.

Although it has been practiced since ancient times, cauterization, a branch of acupuncture, was used systematically by the Uyghurs for the first time in history. Uyghurs define cauterization as "cutting off the water from the head of the fountain". Because they thought that if an organ became sick and tired, fluids (fluids) moved there and this progression progressed the disease through the veins connected to that limb.

Famous Islamic scholar Ebü'l-Kâsım Halef b. Abbâs ez-Zehrâvî (d. 404/1013) applied the widely used cauterization method for headaches in his work titled *Kitâbü't Tasrif*. It is known that Zahrawi did cauterization in two ways. One of these is the cautery technique performed with tools. These tools are medical tools of different shapes made of metals such as gold, silver, copper and iron, heated over fire and applied to the area to be cauterized. The second application is cauterization with mixtures of some caustic chemicals. A large section is devoted to cautery in Şerefeddin Sabuncuoğlu's work titled *Cerrâhiyetü'l-Hâniyye*. As stated in Sabuncuoğlu's work, cauterization treatment was also used to relieve toothache and gingivitis. Cauterization is used for facial paralysis, boils, pleurisy, acne, facial rashes, diphtheria, etc. It has become a preferred method in the treatment of many diseases such as.

In this study, cauterization, one of the methods of treating diseases, was examined. It has been researched which diseases cauterization was used in the treatment of and at what stage of the treatment methods cauterization was used throughout the historical development. In this study, this treatment method will be discussed in detail.

**Keywords:** Medicine, Alternative Medicine, Physician, Disease, Diagnosis, Treatment, Prognosis, Cauterization, Zehravi, Şerefeddin Sabuncuoğlu

Tıp, insanın var oluşuyla başlayıp, insanın günlük hayatını etkileyen en önemli unsurlardan birisidir. Bundan ötürü tıbbın ne zaman başladığı sorusuna cevap vermek güçtür. İnsanlık var oldukça hastalıklar da hep var olmuştur. İlkel yollarla başlayan bu arayış sonucunda zamanın şartlarına göre değişen tedavi yöntemleri geliştirmişlerdir. Bu tedavi yöntemlerinden birisi de cerrahi müdahale alanına giren dağlamadır(Ceylan.2012:19).

Dağlamanın Arapça karşılığı keyy, İngilizcesi ise cauterization olup sözlükteki anlamı ise ateşte kızdırılmış demirle yaralı bölgeyi yakarak kapatmaya denmektedir(Güvenç.2016:147). Kâşgarlı Mahmud'un *Dîvânü Lügâti't-Türk* adlı eserinde dağlamaya ilgili olarak "atlara ve başka hayvanlara vurulan dağ", dağlamanın karşılığı olarak da *tögün/dögün* ya da *dövme/dögme* gibi kullanımları mevcuttur. Dağlama, hastalıklı/yaralı bölgeye kızdırılmış metali dokundurup o bölgeyi dağlayarak yapılan bir tedavi şekli olup vücuttan akan kanı durdurmak amacıyla uygulanmıştır(Atalay.2006:79). Aynı zamanda bedeninin herhangi bir bölümündeki sorunun giderilmesine yardımcı olmak için yapılmıştır. Dönemin tıbbî uygulamaları humoral patoloji teorisine dayanmaktadır. Humoral patoloji teorisi, her şeyin dört unsurdan meydana geldiği, buna bağlı olarak insan vücudunda da dört hilt (sıvı) bulunduğu düşüncesine bağlıdır. Kan, safra, kara safra ve balgamdan oluşan dört hiltin vücuttaki oranında denge ortadan kalktığına da hastalık sebebi oluşturduğu düşünülmüştür. Bu sıvılardaki dengeyi sağlamak için kan alma, kusturma, diyet, dağlama gibi uygulamalar bu teorinin temellendirdiği düşünce sonucunda ortaya çıkmıştır(Uzel.2020:4).

İbn Sînâ'nın *el-Kânûn fi't-Tib* adlı eserinde dağlama; "dağlama, harap edici lezyonların dağılmasına engel olmak için, mizacı soğuyan organları güçlendirmek için, dokulara sıkı sıkıya bağlanmış kokuşmuş maddelerin atılması için ve kanamayı durdurmak için yapılmalıdır ayrıca dağlamanın aleti de altından olmalıdır. Ve bu alet sirke ile hazırlanmış bir hamurla kaplanıp bez ile sarıldıktan sonra dağlama yapılacak bölgeye uygulanmalıdır. Bu şekilde önlem alınması sayesinde dağlama sonucunda vücudun başka bölgelerinin de zarar görmesinin önüne geçilmiştir(Kahya.2014:474-475)" şeklinde geçmektedir.

Tıbbın babası sayılan ilk çağın ünlü hekimi Hipokrat'ın (M.Ö. 460 [?]-375 [?]) dağlama konusundaki düşüncesi ise şu şekildedir: "İlaçların iyileştiremediği hastalıkları demir (bıçak) iyileştirir, demirin iyileştiremediği hastalıkları, ateş iyileştirir ve ateşin de iyileştiremedikleri tamamen iyileştirilemez(Kahya.1988: 119-121)".

İbn Kuteybe [ö. 890], *Te'vilü Muhtelefi'l-Hadis*'inde, Horasan'da gördüğü bir Türk hekimini şöyle anlatmıştır: "Bunun yegâne tedavisi dağlamaktı. Bana tercümanlık eden kişi, bu hekimin humma, zatü'l-cenb, istiska, verem, felç gibi hastalıkları yalnız dağlamakla iyi ettiğini, söylemişti. Bu zat, dağlayacağı hastayı önce sıkıca bağlar ve gerekli noktayı dağlar ve talazlardı. Sıhhatte olan kişileri de hastalanmamaları için dağlardı(Ünver,1983:6)."

Hastalıkları tedavi etmek için dağlamaya başvurulmasının başlıca sebebinin Orta Asya kam (şaman) inancıyla bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Ateşe, güneşe ve ışığa özel bir önem atfeden Şamanizm inancına göre, ateş, kötülükleri ve kötü ruhları kovmakta ve her şeyi temizlemektedir(İnan.2000:68). Tedavide ateşin kullanılması, sadece Orta Asya'ya özgü bir durum değildir. Dağlama çok eski zamanlardan beri bilinip, uygulanan bir tedavi yöntemidir. Otacıların, Şamanlar gibi uygulamış oldukları metotlar arasında, masajlar, kemik uygulamaları, ateş ile tedavi dağlama, Türkçede töğün denilen damarlara yapılan uygulamalar ve hatta akupunktur tedavisi bile bulunmaktadır(Kahya.1981:12; Güvenç.2017:24).

Son yapılan araştırmalara göre M.Ö 5000-3000'de Malatya yakınlarındaki Değirmentepe höyüğünde Kalkolitik Çağ'a ait bebek iskeletleri bulunmuştur. Bu bulguların sonucunda toplam yirmi beş bebek ve çocuk iskeletinin üçünde, kafatasında dağlama izleri olduğu tespit edilmiştir (Özbek.2003:371). M.Ö. 219'da Roma'ya gelen ilk Yunan tabibin Arkagathos olduğu ve Peloponnesos tarafından vatandaşlık verilip çalışma imkânı sağlandığı dönemin kaynaklarında geçmektedir. Ancak cerrah olarak uygulamalarında bıçağını ve dağlamalarını acımasızca kullandığı için adı cellata çıktığından görevinden kısa bir zaman sonra alınmıştır(Bayat.2016:130). Eski Mısır'da kan almak, vantuz çekmek, dağlamak, masaj ve hastayı sıcak suya batırılmış bezlere sararak terletmek gibi yöntemlerin de vücuttaki bu çürümüş, bozulmuş humorların boşaltılması amacıyla tedavi usulleri arasında yer almıştır(Şehsuvaroğlu.1970:59). Hunlarda da dağlamanın bir tedavi yöntemi olarak kullanıldığı, bir kişi hastalandığında miskotuyla dağlama yapıldığı bilinmektedir(Bayat.2016:237).

İslam öncesi Arap toplumunda kan aldırma (hacamat), şaşılıkta hastayı dönen değirmenin taşına baktırma, organ kesiklerinde kanamayı durdurmak amacıyla kızgın yağa batırma, yarayı dağlama (key) gibi tedavi metotları da vardır(Denizkuşları.1990:13; Bayat.2016:197). Yine İslami dönemde dağlama sıklıkla başvurulan bir tedavi yöntemidir. Örneğin; İbn Ömer, Ebû Talha ve Enes'in yüz felci geçirdiği ve tedavi olarak dağlama veya rukye yöntemlerini kullanmışlardır(Uçar.2017:206; Metz.2000:424).

Akupunkturun bir kolu olan dağlama(Yurtgezer.1990:52) tarihte ilk kez sistematik olarak Uygurlar tarafından kullanılmıştır. Uygurlar dağlama için "suyu çeşmenin başından kesme" olarak tanımlamışlardır. Çünkü bir organ hastalanır ve yorgun düşerse hiltların (sıvıların) oraya yürüdüğünü ve bu ilerlemenin o uzva bağlı olan damarlar vasıtasıyla hastalığı ilerlettiğini düşünmüşlerdir. "Hiltların geçeceği yer dağlanırsa, damar geçidi kapanacağı için hiltlar hasta organa gidemez" demişlerdir. Dağlamayı hem hastalığın başlangıcında hem de ilerlediğinde uygulamışlardır. Sersâm, zatü'l-cenb, taun gibi hararetli hastalıklarda hastalığın ilk zamanlarında dağlama uygulanırken, felç, diş eti hastalıkları ya da baş ağrısı gibi hastalıklarda öncelikle diğer tedavi yöntemlerini uygulamışlar ve o tedaviden sonuç alamadıklarında dağlamaya başvurmuşlardır (Gölpınarlı.1939:29). Akupunktur, dünyaya Çinliler tarafından tanıtıldığından dolayı geleneksel Çin tıbbının önemli bir dalı olarak bilinmektedir. Oysa ki, Uygurlara ait olduğu kazı alanlarında yapılan arkeolojik çalışmalar sonucu anlaşılmaktadır. Yapılan kazılarda Uygurca "Bianshi" yazan taş iğneler bulunmuştur. Uygurlar, bu taş iğnelerle vücudu dağlama ve hacamat yoluyla tedavi etmişlerdir(Gölpınarlı.1939:29).

Dağlama Türkiye Selçuklular'ı döneminde uygulanan tedavi yöntemleri arasında geçmektedir. Selçuklulardan sonra gelen İlhanlılar döneminde de dağlama yaygın olarak uygulanan bir tedavi aracı olmuştur. Bunun en güzel örneğini o dönemin veziri ve tabibi olan Reşidüddin Fazlullâh-ı Hemedânî'nin Mâhmud Gâzân Han'ın emriyle Wang-shu-ho adlı Çinli bir âlime ait olan *Tansûknâme-i İlhanî der Fünûn-i 'Ulûm-i Hîtâ'i* adlı eserinde görebiliriz. Fazlullâh, bu eseri bizzat başında kendisinin de bulunduğu bir ekiple Farsçaya çevirmiştir. Tercümede Asya, Hitay ve Çin de uygulanagelen dağlama tedavisinden bahsedilmekte ve bu tedaviyle ilgili ayrıntılı bilgiler verilmektedir. Reşidüddin, Hitaylıların Moğollar gibi birçok yıl tecrübe edilen dağlamada çok iyi olduklarını söylemiş ve onları sıklıkla methetmiştir(Gölpınarlı.1939:29). Eserde dağlamayla ilgili birçok örnek vardır. Bunlardan biri baş ağrısıyla ilgilidir. Hitaylılar, ilk olarak baş kısmındaki damarı bulup işaret koymuşlar, sonra kafanın üzerindeki deriyi bir demir iğle (iki ucu sivri bir araç) kafanın üzerinden tamamen kaldırıp, kesmişlerdir. Bu suretle damar dışarı çıkmıştır. Ondan sonra damarın altına bir mil koyup, damarı çekmişler ve deriden ayırmışlardır. Bu uygulamadan sonra ateşe konulan bir makasla diğer yönünü kesip dağlamışlardır. Bu suretle bu taraf çekilip, büzüserék deride gizlenmiştir. Sonra bir iple bağlanmış olan diğer ucunu keserek, bol miktarda kan akıtılmış ve o kızdırılan makas yardımıyla iplikle bağlanmış bulunan, diğer tarafını tekrar ipliğin altından kesip dağlamışlardır. Bu uç da derinin altında büzüşmüştür. Bu uygulamayla baş ağrısını tamamen iyileştirmişlerdir(Gölpınarlı.1939:30-31). Hitaylı tabiplerin bu uygulamadaki asıl maksatları, dağlamayla yolun kapanmasını sağlamaktır olup, Zehrâvî ve Sabuncuoğlu'nda olduğu gibi bazı hastalıklarda dağlamayı şart koşmuşlardır. Buna örnek olarak da uyuz hastalığını göstermişlerdir. Uyuz hastalığının başlangıç kısmında birkaç sivilce ve yara çıkmaktadır. Bu bölgeler dağlandığı vakit sivilce ve yaralar çıksa da maraz gerilemiş ve zamanla ortaya çıkmamaya başlamıştır(Gölpınarlı.1939:34). Hitaylı tabipler bir uzuv yandığında da dağlama işlemi yapmaktadırlar. Örneğin; bir kişinin elini kestikleri vakit derhal kızgın yağa batırmaları gerekmektedir. Kan akmadığı için oraya mikrop gelmeyeceğini ve elde oluşan şişliğinde gideceğini düşünmüşlerdir (Gölpınarlı.1939:35). Ama eğer kişinin eli kızgın yağa batırılmazsa sinirler yüzünden sağ kalmayacağı söylenmiştir. Bu örnek dağlamanın önemini göstermektedir. Reşidüddin, Hitay ve Türk tabiplerin dağlamada o kadar ileri gittiklerini yeni doğmuş beş-altı günlük bebeklerin bile alınlarının üzerinden bir ip bağlayıp o bölgeleri dağladıklarını, bu suretle beyinin zarar görmeyeceğini ve dimağın kuvvet bulacağını söylemiştir. Yine Reşidüddin'in tabiriyle "dağlanmamış adam az bulunur, hatta öyle ki bazılarının yaşamları boyunca 20-30 dağ vurulmuştur(Gölpınarlı.1939:35)". Son olarak bu tabipler dağlamadaki tecrübelerini zatü'l-cenb ve zatüs'sadr gibi uzun süren hastalıklarda insanın iç azasını da hastaya zaç (kükürt-demir bileşimlerinden biri) içirerek dağlamışlardır(Gölpınarlı.1939:36-37). Dağlamayla ilgili örnekleri daha da çoğaltmak mümkündür. Moğollar dönemi önemli kaynaklardan biri olan *Gizli Tarihte* de bu konuyla ilgili önemli bilgiler vardır. *Gizli Tarihte*, Cengiz Han'ın oğlu ve halefi olan Ögedey'in boynundan bir okla yaralandığı, yanında bulunan hizmetkarının pıhtılaşmayı önlemek için önce kan akan yeri emdiğini, ardından da ona bir şeyler içirdiğini aktarmıştır. Devamında ise bu önlemlere ek olarak, bir ateş yakılmasını emretmiş ve yaralı bölgeyi dağlamıştır(Pow.:209).

Ünlü İslam bilgini Ebü'l-Kâsım Halef b. Abbâs ez-Zehrâvî(Kahya.2013:183-191) (ö. 404/1013), *Kitâbü't Tasrif(Kahya.2011:132-133)* adlı eserinin 30. bölümünün birinci babını tamamen dağlamaya ayırmıştır(Bayat.2016:220). Zehrâvî'nin dağlamayı iki türlü yaptığı bilinmektedir. Bunlardan birisi aletler ile yapılan dağlama tekniğidir. Bu aletler altın, gümüş, bakır ve demir gibi metallere yapılan değişik şekillerdeki tıp aletlerinin ateşte kızdırılarak dağlama yapılacak bölgeye uygulanmasıdır. İkinci uygulaması da bazı yakıcı kimyasallarla elde ettiği karışımlarla yapılan dağlamadır(Ceylan.2012:23;Önder.2017:43). Zehrâvî, çok yaygın olarak kullanılan dağlama yöntemini sadece yara ve benzeri durumlarda değil, baş ağrısı veya buna benzer çok daha medikal olarak tedavi edilen durumlar için uygulamıştır(Kahya ve Erdemir.2000:246). Şerefeddin Sabuncuoğlu'da *Cerrâhiyetü'l-Hâniyye* adlı eserinde kendi tecrübelerini de ilave ederek *et-Tasrif*'in 30. bölümünü tercüme etmiş yani dağlama bahsini ele almıştır. Örneğin; Sabuncuoğlu, sigil hastalığını bu yöntem ile tedavi etmiştir. *Cerrâhiyetü'l-Hâniyye*'de bu bahis şu şekilde geçmektedir: "Sigili kesip yirini dağlamağın tarikâsın bildürür. Bilgil iy talib her kaçan kim sigili kesesin, yirini dağlayasın şol dağlağuyula kim, mile beñzer elüni şol kadar basasın kim dağlağunun uç şol tamarun ağzına irişe kim, andan kan akar defe'atıla dağlayasın tâ kim sigilün köki dağlana. Eger sigil büyük olsa, ol sigile münâsib dağlağuyula dağlayasın. Andan soñra merhemile 'ilâc idesin. Eger kattan üzerine bir büyük dağlağuyula dağ urasın ki menfa'at be-ğâyet eyüdü(Uzel.2020:182)".

Zehrâvî'nin *et-Tasrif*'inde geçen kronik felcin (apopleksi) dağlanmasıyla ilgili de bir kısım vardır. Felç uzun süre devam edip, verilen tedaviler sonuçsuz kaldığında ve aynı zamanda kişinin ateşi yoksa, onun dört dağ ile dağlanması gerekmektedir(Acıduman.2005:58). Dağlama aleti olarak zeytin şeklinde olanı önerilmekte, dağlamanın derinliği derinin tam katı boyunca olmalıdır. Bu kısımlardan ilki iki alın çıkıntısına, ikinci olarak baş kısmın ortasına, üçüncü ve son olarak da kafanın arka yani üç omur üzerinde dağlama yapılması gerektiği belirtilmiştir.

Yine Zehrâvî'de uyuşukluğun tedavisi için dağlama önerilmektedir. Bir organın ekstremitesi yani uç kısmı tepki veriyorsa ilaç, merhem ya da yaki gibi tedavilere cevap vermezse dağlanması gerektiği söylenilmiştir. Eğer eller ve ayaklarda uyuşukluk ortaya çıkarsa, dağlanacak bölge bunları hareket ettiren sinirlerin çıktıkları sırt omurların üzerleri olduğunu belirtmiştir. Ayrıca Zehrâvî'de bu kısımda şöyle bahsederek: "bırakın dağlama aleti biraz deriyi deldin, sonra da merhemle iyileşene kadar tedavi edin. Elde ya da ayakta olan uyuşmalar için, bu kısımlara harekete geçiren sinirlerin çıktıkları sırt omurların üzerini dağlamak olasıdır ve uyuşukluk gidecektir. Buna uç kısımların anatomisi ve vücudu hareket ettiren sinirler hakkında bilgisi olan kişiler dışında teşebbüs edilmemelidir(Acıduman.2005:146)" diye uyarıda bulunmuştur.

Ayrıca Şerefeddin Sabuncuoğlu'nun *Cerrâhiyetü'l-Hâniyye* adlı eserinde baş ağrısının dağlanması ile ilgili bir bölüm vardır. Nem fazlalığı, soğukluk ve nezle çokluğu olan baş ağrılarının tedavisinde uygulanan diğer tedaviler sonuç vermediğinde dağlama yöntemine başvurulmaktadır. Başın tıraş edilmesinden sonra, dağlama yapılacak olan bölge şöyle belirtilmiştir: Elin ayasının altı hastanın burun köküne konur, orta parmağın geldiği yer nişanlanır. Kullanılacak dağlama aleti zeytin şekilli olmalı, dağlama yapıldığında kemik görülmeye kadar bastırılmalıdır. Eğer baş ağrısı yukarı her yerine yayılıp, devamlı süregelirse elektuarlar, müşhiller, burun açıcılar, merhemler, yağlar ve yakılar uygulanmış, başını da bahsi geçen tek dağlama da yapılmış ve hasta iyileşmemişse; hastanın başının doğal yapısı güçlüyse daha önce dağlama yapılan yerin biraz üzerine her iki alın çıkıntısı yani kafanın her iki boynuz yeri ve oksiput başın (Z) denen başın arka bölümünde ense kısmına dört yere dağlama yapılmalıdır.

Dağlamadan sonra bir pamuğu yağa batırıp, ardından tuzlu suya değdirip dağlanan yere konulmalıdır. Akabinde yanan deri kopup düşene kadar orada beklemelidir şeklidir(Uzel.2020:143). Görüldüğü üzere hem Zehrâvî'de hem de Sabuncuoğlu'nda diğer tedaviler faydalı olmadığında dağlama önerilmektedir.

Ayrıca İbn-i Baytar'ın *Tercüme-i Müfredat* adlı eserinde de baş ağrısı için dağlama tedavisi önerilmektedir(Uzel.2020:143). Gerek Zehravi'deki gerekse Sabuncuoğlu'ndaki dağlama noktaları günümüzde incelendiğinde, akapunktur noktaları ile bir benzerlik gösterdiği belirlenmektedir. Başa uygulanan dağlamada kimi zaman kafanın tepesi, arkası (enseye yakın olan bölge), kimi zaman da alın bölgesi hedef alınmıştır. Saç, baş derisi, kafatasının dış yüzeyini kaplayan kemik zarı (periosteum) dağlamanın yol açtığı yüksek ısıdan dolayı yanmaktadır. Bu arada ilgili bölgedeki kemik dokuyu besleyen kan damarları da yandığı için sonuçta lokal bir kemik dokusu ölümlü (ischemic necrosis) ortaya çıkmaktadır. Bu bölgeler çıplak gözle görülecek kadar ve yaraya benzeyen bir tahribatla kendini göstermektedir. Bu hasarın kemik üzerindeki derinliği, büyüklüğü ve şekli, yakma şiddetine, dağlamada kullanılan aletin biçimine ve yaptığı baskıya göre değişiklik göstermektedir. Yanmadan kaynaklanan lezyonun oluştuğu yerdeki kemik dokusu hayatıyetini kaybettiği için, kemiğin kalınlaşmasına yaptığı normal gelişme durmakta, ancak diğer bölgelerde herhangi bir değişiklik görülmemektedir(Özbek.2003:374).

Yine *Hâniyye*'de, tavşan dudak rahatsızlığı da dağlamayla tedavi edilmiştir. Harelip rahatsızlığı da denilen, bugün gebelikte kızamıkçık hastalığı geçirilmesi, akraba evliliği ve genetik nedenler, gebelikte ilaç kullanımları, içki ve sigara kullanımı, vitamin eksikleri gibi nedenleriyle geliştiği bilinen ve doğumsal bir kusur olarak küçük çocuklarda dudakta yarık şeklinde görülen bir hastalıktır(Karaman.2009:134-137).

Sabuncuoğlu'nun *Cerrâhiyyetü'l-Hâniyye*'sinin üçüncü babında yer alan kırık çıkık bölümü, günümüz ortopedi uzmanlarının ilgisini çeken bir bölüm olmuştur. Bu bölümde yapılan araştırmalar neticesinde Sabuncuoğlu, uzun kemik kırıklarının tedavisinde traksiyonu (çekiş) önemini belirtmiş, spinal (omurga) kırık traksiyonunun Türk dilinde ilk defa tanımını yapmıştır. Sırt ağrısı ve diğer bazı hastalıkların tedavisinde ana cerrahî araç olarak koterizasyonu (dağlamayı) kullanmıştır(Sarban.2005:253-259). Sabuncuoğlu'nun "oglançuk" dediği küçük çocuklarda oluşan bu rahatsızlık, Sabuncuoğlu tarafından "tutakda olan şukâk" olarak tanımlanmıştır. Sabuncuoğlu, öncelikle ilaçla tedavi etmeye çalışmıştır. Eğer fayda vermezse "...anı dalayasın şol daglaguyıla sikkini dirler amma bu daglagu kalan sikkinilerden eltaf gerekdür ya'nî agzı bıçak agzı gibi yufka gerekdür kızdurup tüzcek ol şukâkun içine basasın tâ kim şukâkun dibine irişe..." diyerek koterizasyon (dağlama) uygulanmasını önermiştir. Sonrasında balmumu sıva yapılmasını tavsiye etmiştir(Uzel.2020:163).

Şerefeddin Sabuncuoğlu, birinci babın 47. faslında dermatolojik rahatsızlıklardan biri olan lepradan yani cüzam rahatsızlığından da bahsetmiştir(Uzel.2020:196-197).Cüzam hastalığını tedavi ederken ilk olarak ilaçla tedavi yöntemini kullanmış, hasta ilaçla tedaviye cevap vermezse adı verilmeyen dağ aleti ile dağlama tekniğini uygulamıştır. Dağlanan yeri kazımak için micred adını verdiği aleti kullanmıştır. Bu dağlama tekniğini de resmetmiştir. Terzioğlu'na göre Cerrâhiyyetü'l-Hâniyye İslâm tabâbetinde, resimli olarak cüzam hastalığını tedavisini açıklayan ilk eserdir. Dermatoloji alanında bu çalışma büyük önem taşımaktadır(Terzioğlu, 2002:351).

Modern tıpta ozena olarak isimlendirilen burun içinde oluşan kötü kokunun tedavisi için dağlama uygulanmıştır. Sabuncuoğlu, rahatsızlığın tedavisinde öncelikle hazırladığı bitkisel karışımları kullanmıştır. Eğer bundan bir fayda görülmez ise alından koterizasyon tavsiye etmiştir. "...başın yülidesin bir dâğ urasın 'alilün başınun ortasında şol daglaguyıla kim ana zeytuni derler andan sonra iki dag dahı urasın mismârî taglaguyıla kaşınun ortalığına berâber yirde saçınun azacuk altında ammâ şiryân kesilmekden ihtirâz idesin eger şiryân kesilip kan akarsa kan tutucu devâlarla tutasın fe'fhem" diyerek koterizasyonun yapıldığını anlatmıştır. Zeytuni ve Mismari dağ aletini kullanmıştır. Bu işlemin yapıldığını da resmetmiştir. Dağlama esnasında meydana gelebilecek kanamaları durdurmak için bitkisel karışım hazırlamıştır(Uzel.2020:157).

Dağlama diş tedavisinde de kullanılmaktadır. Diş hekimliğinde dağlama, diş ağrısının giderilmesi, dişeti iltihapları ve çift dudakta kullanılmıştır. Bu cerrahi girişim için kızgın bir mil alınmış, koruyucu bir borudan geçirilerek hasta organ bölümü dağlanmıştır(Uzel.2020:164-165;Uzel.1984:188). Ayrıca *Kitâb-ı Tıbb-ı Latîf* de de diş ağrısının dağlama ile tedavi edildiği hususu şu şekilde geçmektedir: "imdi her kim ki dişi ağrıya bir mikdâr hardâlî beyâz bal ile sahk idüp katı oldukda nohüd kadarcasın ezüp ağrıyan dişin üzerine ursalar def" ola ve eger çınar ağacı yaprağın sirke ile bişürüp ve ol sirke ağrıyan dişe ursalar nâfi"dür eger bir parça "âkırkarhâ'ı sahk idüp sirke koşup diş etine sürseler nâfi"dür ve eger biri ağrıyan diş üzerine ursalar nâfi"dür.....yakup bir çubuğa saplayup bir kaç def"a dağlayalar bu dahı aladur(Cavlızoğlu.2009:64)".

İbn-i Şerîf *Yadigâr* adlı eserinde illet-i âkile, "hüre" de denilen yeni ve yayılan bir hastalıktan bahsetmektedir. Bu hastalığın tedavisinin ise dağlamak olduğunu, gümüş ve bakır bir aletle yapıldığını ve vücudu zayıf olan çocukların dayanamayacağını dile getirmiştir(İbn-i Şerîf.2017:332).

İbn-i Baytar'ın *Tercüme-i Müfredat* adlı eserinde de dağlamayla ilgili kıymetli bilgiler bulunmaktadır. Tıpta âdemotu, abdüselam otu, adam otu olarak da bilinen yebrûh, uyuşturucu ve ağrı kesici özelliğinden dolayı dağlama sonrasında sıklıkla kullanılmıştır. Hatta eserde, bir uzvu kesmek istediklerinde bu ottan içirildiğinde acı duymayacaklarını ve şifa bulacaklarını aktarmıştır(Baytar.2017:393).

Bunların yanında dağlama sivilce, yüzdeki kızarıklıklar, difteri, baş ağrısı, kronik olan ve olmayan migren ağrısı, epilepsi, siyatik, sırt ağrısı, titreme (tremor), ağız çarpılması (lakve), göz yaşarması, Göz kapağı siğilleri, göz kapaklarındaki yağ bezlerinin oluşması, göz kapağının kısa ya da yapışık olması, gözde oluşan et parçası, burun Polipi ve Adenoid Hipertofis, basur, yüz felci, zatü'l-cenb vs. gibi daha birçok hastalığın tedavisinde kullanılmıştır.

Netice olarak dağlama, diğer tedavi yöntemleri uygulanıp bir sonuç alınamadığında başvuru, en eski tedavi yöntemlerinden biridir. Birçok hastalığın tedavisinde kullanılmıştır. Günümüzde değişen teknoloji ve bilimsel faaliyetlerle birlikte uygulama tekniği değişse de öz olarak aynı amaçla kullanılmaya devam etmektedir.

**Kaynakça**

1. Aciduman, A. (2005). *İbn-i Sina, Ebu'l Kasım Ez-Zehravi, Şerefeddin Sabuncuoğlu ve Tokat'lı Mustafa Efendi'nin Eserleri Işığında 11. ve 18. Yıllar Arasında Nöroşirürji. Doktora Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.*
2. Atasoy, M. (2006). *Süyüti'nin "Tarihu'l-Hulefâ" Adlı Eserinin Abbasiler Kısımının Türkçe'ye Tercümesi ve Değerlendirilmesi". Yüksek Lisans Tezi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi. Tokat.*
3. Bayat, A. H. (2016). *Tıp Tarihi. Zeytinburnu Belediyesi.*
4. Cavlazoğlu, A. (2009). *Kitâb-ı Tıbb-ı Lâtif (1a-72a). Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi. Konya.*
5. Ceylan, İ. (2012). *Türklerde Cerrahinin Gelişimi. Türk Cerrahi Derneği.*
6. Denizkuşları, M. (1990). *Kur' an-ı Kerim ve Hadislerde Tıp. Marifet.*
7. Esin, E. (1981). *Otacı. I. International Congress on the History at Turkish – Islamic Science and Technology. 14-18 Semtember. (s. 11-21). İstanbul.*
8. Fârûkî, İ. R.- Luis L. F. (1999). *İslam Kültür Atlası. (çev. Mustafa Okan Kibaroglu-Zerrin Kibaroglu). İstanbul.*
9. Güvenç, Kanikey E. B. (2016). *Anadolu Selçuklu ve Osmanlı Dönemi'ndeki Şifahaneler ve Bu Şifahanelerde Uygulanan Tedavi Metotları. Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi. İstanbul.*
10. Güvenç, R. O. (2002). *Eski Türklerde Müzikle Tedavi. Türkler. (c.3, s.460). Yeni Türkiye.*
11. İbn Baytar. (2017). *Tercüme-i Müfredât-ı. Türk Dil Kurumu.*
12. İbn Sînâ. (2014). *el-Kânûn fi't-Tıb. (çev. Esin Kahya). (c. I-V). Atatürk Kültür Merkezi Başkanlığı.*
13. İnan, A. (2000). *Tarihte ve Bugün Şamanizm. Altınordu.*
14. Kahya, E. (1988). *Hipokat. DİA. (c. 18, s. 119-121). İstanbul: Diyanet Vakfı.*
15. Kahya, E. (2011). *et-Tasrîf. DİA. (c. 40, s. 132-133). İstanbul: Diyanet Vakfı.*
16. Kahya, E. (2013). *Zehrâvî, DİA. (c. 44, s. 189-191). İstanbul: Diyanet Vakfı.*
17. Kahya, E. Ayşegül Demirhan Erdemir, (2000). *Bilimin Işığında Osmanlıdan Cumhuriyete Tıp ve Sağlık Kurumları. Türkiye Diyanet Vakfı.*
18. Karaman, A. (2009). *Non-Sendromik Yarık Dudak veya Damak Deformitesi. Göztepe Tıp Dergisi, 24(3), ss. 134-137.*
19. Kaşgârlı Mahmud. (2006). *Divânü Lügâti't-Türk. (çev. Besim Atalay). (c. I-IV). Kabcacı.*
20. Mez, A. (2000). *Onuncu Yüzyılda İslam Medeniyeti (çev. Salih Şaban). İnsan.*
21. Önder, B. (2017). *Orta Çağ İslam Tıbbı ve Tıbbi Tedaviler. Yüksek Lisans Tezi. Gazi Osman Paşa Üniversitesi. Tokat.*
22. Özbek, M. (2003). *Değirmen-tepe (Kalkolitik Çağ) Bebeklerinde İlginç Bir Adet: Baş Dağlaması. Belleten. (c. 6 (249). s. 369-81). İstanbul.*
23. Özkan, S. (2021). *Bahrî Memlûkler Döneminde Tıbbî Faaliyetler (1250-1382).Yüksek Lisans Tezi. İnönü Üniversitesi. Malatya.*
24. Pow, S. (Gout of Khans: Disease, Treatments, and Medical Philosophy in The Mongol Empire. University of Calgary.
25. Rahman, F. (1997). *İslam Geleneğinde Sağlık ve Tıp. (çev. Adana Bülent Baloğlu; Adil Çiftçi). Ankara Okulu.*
26. Sabuncuoğlu, Ş. (2020). *Cerrâhiyetü'l-Hâniyye. (C.I-II). Türk Tarih Kurumu.*
27. Sarban, S. (2005). *Orthopaedic Techniques of Sabuncuoğlu in the 15th Century Ottoman Period. Clinical Orthopaedics and Related Research, Number: 439, pp. 253-259.*
28. Şehsuvaroğlu, B. N. (1970). *Eczacılık Tarihi Dersleri. İstanbul Üniversitesi.*
29. Tabib İbn-İ Şerîf. (2017). *Yâdigâr. Zeytinburnu Belediyesi.*
30. Tekineş, A. (1998). *Alternatif İslami Tıp. "Tıbb-i Nebevi". Divan. (S. I, s. 57-72).*
31. Terzioğlu, A. (2002). *Türklerin Tarih Boyunca Dermatoloji ve Veneroloji Alanında Dünya Tıbbına Katkıları. Türkler, c.11, s. 351. Yeni Türkiye.*
32. Uçar, İ. (2017). *Hız Peygamber Zamanında Ortaya Çıkan Hastalıklar ve Tedavi Yöntemleri. Pamukkale Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi. (c.4(S.8). s. 196-218).*



33. Uzel, İ. (1984). 13-18 Yüzyıllar Arasında Anadolu'da Ağız ve Diş Hastalıkları Tedavisi. G.Ü. Dişhekimliği Fakültesi Dergisi. (c. 1(S.1). s.178-190).
34. Ünver, A. S. (1983). Tıp Tarihi Yıllığı. II. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi.
35. Wang-shu-ho. (1939). Tansûknâme-i İlhanî der Fünûn-i 'Ulûm-i Hıttâ'î. (çev. Abdülbaki Gölpınarlı), İstanbul Üniversitesi Tıp Tarihi Enstitüsü.
36. Yaman, B. (2017). Selçuklular Zamanında Hastalıkların Tedavisi ve Sağlık Hizmetleri. Yüksek Lisans Tezi. Giresun Üniversitesi. Giresun.
37. Yurtgezer, T. Y. (1990). Ebu'l Kasım Halef b. Abbas ez-Zehrâvî'nin Et-Tasrif Li Men Aceze An Et-Te'lif İsimli Tıp Kitabının Cerrahiye İlişkin olan Son Bölümünün "Dağlama" Üzerine Olan Birinci Kısmı. Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi. Ankara.

## Ekler

Ek 1: Sabuncuoğlu Şerefeddin'in kendi çizimiyle omuz çıkıklarında koltuk altından yapılan dağlama.



Ek 2: Kronikleşen baş ağrılarının tedavisi için dağlama.



Ek 3: Yeni oluşmuş baş ağrılarının tedavisi için dağlama.



Ek 4: Diş ağrısının tedavisi için dağlama.



Ek 5: Durmadan akan gözyaşının tedavisi için dağlama.



Ek 6: Kirpiklerin eğikliğinin düzeltilmesi için uygulanan dağlama yöntemi.



## Sağlık Hizmetlerinde Algılanan Bekleme Süresinin Hastaların Kurumsal İmaj Algısına Etkisi

Pınar SEÇMEN<sup>1</sup>, Özgün ÜNAL<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi

Sorumlu Yazar: [pinar.sucu@ogr.sakarya.edu.tr](mailto:pinar.sucu@ogr.sakarya.edu.tr)

Araştırmada hasta bekleme süresinin (hekim bekleme, tetkik sonucu bekleme vs) hastaların kurumsal imaj algılarına etki edip etmediğinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Bartın İlinde ikamet eden sağlık hizmeti alıcıları, çalışmanın evrenini oluşturmaktadır. Çalışmadaki ölçekler 10 ifadeden oluştuğu için kamu ve özel hastanelerden hizmet alan 100'er kişiye ulaşmanın yeterli olacağı hesaplanmıştır. Araştırmanın örneklemi 208 (100 kişi kamu hastanesi, 108 kişi özel hastane) kişiden oluşmaktadır. Araştırma için etik kurul onayı alınmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak, üç bölümden oluşan bir anket formu kullanılmıştır. (1) Sosyo-demografik sorular. (2) Kurumsal İmaj Ölçeği (Bayın (2013)). (3) Sağlık Hizmetlerinde Hastaların Bekleme Süresi Algısı Ölçeği (literatürde yer alan bilgilerden ve Ercan ve arkadaşları (2004) (mail yoluyla izin alınmıştır) tarafından geliştirilen ölçekten yararlanılarak geliştirilmiştir). Kurumsal imaj algısı ölçeği 1-Çok Kötü, 5- Çok İyi; Sağlık Hizmetlerinde Hastaların Bekleme Süresi Algısı Ölçeği 1-Kesinlikle Katılmıyorum ve 5-Kesinlikle Katılıyorum şeklinde kodlanmaktadır. Sağlık Hizmetlerinde Hastaların Bekleme Süresi Algısı ölçeğinden alınan yüksek puan daha uzun bekleme süresini ifade etmektedir. Kurumsal imaj algısı ölçeğinden alınan yüksek puan ise daha olumlu imaj algısını göstermektedir. Araştırmada tanımlayıcı istatistiklerden, geçerlilik ve güvenilirlik analizlerinden, korelasyon, regresyon, t-testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır.

Araştırmada öncelikle ilk hali yedi ifadeden oluşan Sağlık Hizmetlerinde Hastaların Bekleme Süresi Algısı Ölçeğinin keşfedici faktör analizi yapılmıştır. İlk analiz neticesinde ölçeğin iki boyuta ayrıldığı ancak ikinci boyutta yalnızca bir ifade olduğu görüldüğünden ayrı boyuta ayrılan bu ifade ölçekten çıkartılarak analiz tekrarlanmıştır. Yapılan keşfedici faktör analizi sonucunda ölçek tek boyuttan oluşmuştur. Ölçeğin KMO değeri 0,878 barlet küresellik testi sonucu anlamlı çıkmıştır. Ölçeğin öz değeri 4,238, açıkladığı toplam varyans %70,627 ve ölçek ifadesinin faktör yükleri 0,793 ile 0,871 aralığında bulunmuştur. Doğrulayıcı faktör analiz neticesinde ölçeğin uyum indekslerinin eşik değerlerin üzerinde olduğu görülmüştür (Karagöz, 2014). Son olarak araştırmada kullanılan her iki ölçeğin güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Buna göre Kurumsal İmaj Algısı ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,938, Hasta Bekleme Süresi ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,915'tir. Araştırma bulgularına göre Katılımcıların algıladıkları bekleme süresi ile kurumsal imaj algısı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0,415$ ). Bir başka bulguya göre, algılanan bekleme süresi ve kurumsal imaj algısı hizmet alınan hastane türüne göre farklılaşmaktadır. Katılımcıların bekleme süresi algıları kamu hastanelerinde daha uzunken, kurumsal imaj algıları özel hastanelerde daha yüksektir.

Araştırma sonucuna göre algılanan bekleme süresi kurumsal imaj algısını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bağlamda toplum nezdinde daha olumlu imaja sahip bir sağlık kuruluşu olabilmek için hastane yöneticilerinin hasta bekleme sürelerini dikkate almaları ve hasta bekleme sürelerini kısaltmak için düzenlemeler yapmaları önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Hasta Bekleme Süresi, İmaj, Kurumsal İmaj

### The Effect of Perceived Waiting Time in Health Services on Patients' Perception of Corporate Image

The aim of the research is to determine whether patient waiting time (waiting for a doctor, waiting for examination results, etc.) affects patients' perception of corporate image.

Health service recipients residing in Bartın Province constitute the population of the study. Since the scales in the study consist of 10 statements, it was calculated that it would be sufficient to reach 100 people receiving service from public and private hospitals. The sample of the research consists of 208 people (100 people from public hospitals and 108 people from private hospitals). Ethics committee approval was received for the research. A three-part survey form was used as a data collection tool in the research. (1) Socio-demographic questions. (2) Corporate Image Scale (Bayın (2013)). (3) Patient Waiting Time Perception Scale in Health Services (developed using the information in the literature and the scale developed by Ercan et al. (2004) (permission was obtained via e-mail)). Corporate image perception scale 1- Very Bad, 5- Very Good; Patient's Perception of Waiting Time in Health Services Scale is coded as 1-Strongly Disagree and 5-Strongly Agree. A higher score from the Patient's Perception of Waiting Time in Health Services scale indicates a longer waiting time. A higher score from the perceived waiting time scale indicates a longer waiting time. A higher corporate image perception scale score indicates a more positive image perception. Descriptive statistics, validity and reliability analyses, correlation, regression, t-test and one-way analysis of variance were used in the research.

In the study, an exploratory factor analysis was conducted on the Patient's Perception of Waiting Time in Health Services Scale, which originally consisted of seven statements. As a result of the first analysis, it was seen that the scale was divided into two dimensions, but there was only one expression in the second dimension, so this expression, which was divided into a separate dimension, was removed from the scale, and the analysis was repeated. As a result of the exploratory factor analysis, the scale consisted of a single dimension. The KMO value of the scale was 0.878, and the barlet sphericity test result was significant. The eigenvalue of the scale was 4.238, the total variance explained was 70.627%, and the factor loadings of the scale expression were found to be between 0.793 and 0.871. As a result of confirmatory factor analysis, it was seen that the fit indices of the scale were above the threshold values (Karagöz, 2014). Finally, reliability analyses of both scales used in the research were conducted. Accordingly, the Cronbach's Alpha value of the Corporate Image Perception scale is 0.938, and the Cronbach's Alpha value of the

Patient Waiting Time scale is 0.915. According to the research findings, there is a significant negative relationship between the waiting time perceived by the participants and their perception of corporate image ( $r = -0.415$ ). According to another finding, perceived waiting time and corporate image perception differ depending on the type of hospital from which service is received. While participants' perception of waiting time is longer in public hospitals, their perception of corporate image is higher in private hospitals.

According to the research results, perceived waiting time negatively affects the perception of corporate image. In this context, in order to become a healthcare institution with a more positive image in the public, it is recommended that hospital administrators take patient waiting times into consideration and make arrangements to shorten patient waiting times.

**Keywords:** Patient Waiting Time, Image, Corporate Image.

## 1. Giriş:

İmaj, “Bir unsurun kişide çağrıştırdığı düşünce ve duyguların resmedildiği bir bütün” olarak tanımlanmaktadır (Peltekoğlu, 1998). Kurumsal imaj ise, “Tüketicilerin beklentilerinin firmanın görüşleri tarafından etkilendiği ve tüketicilerin firmayı nasıl algıladığının sonucu” olarak tanımlanmaktadır. (Grönross, 1984). Kurumsal imaj, kurumların kuruluş yılından itibaren sundukları hizmet kaliteleri, müşteri deneyimleri, elde ettikleri başarıları, çevresel duyarlılıkları ve topluma katılımları, geçmiş deneyimleri ve çalışan memnuniyeti bileşenlerinin toplamından oluşmaktadır. Tanımlarda açıklandığı üzere bir kurumun iyi bir imaja sahip olması ve bu imajı sürdürülebilmesi hem kurum açısından hem de paydaşlar açısından önem arz etmektedir. Kurumsal imaj, toplumun zihninde kurumu nereye koyduğu ve onda uyandırdığı algıyı kapsamaktadır. Duygu, düşünce ve imgelerin bileşkesidir. İmaj, toplumun kuruma yönelik bakış açısıyla şekillenmekte, bireylerin algısı yönetilebildiği sürece mevcut varlığını koruyabilmektedir.

Her sektör gibi sağlık sektörü de rekabete dayalı bir sektör olduğundan piyasada başarılı olmanın yolu müşteri temelli memnuniyetten geçmekte, bunun içinde iyi bir kurumsal imaja sahip olunması gerekmektedir. Kurum imajının bireylerin kalite algılarını etkilediği, kişilerin daha pozitif hizmet aldığı kurumları tercih ettiği bilinmektedir. Sağlık sektöründe kurum imajı etkileyen kriterler içerisinde müşteri memnuniyeti, hizmet kalitesi, yönetim kalitesi gibi ögeler ön plana çıkmaktadır (Kadıbeşegil, 2012). Müşteri/hasta memnuniyetini Donebedian 1992’de yaptığı çalışmasında “Hastanın beklentilerini somutlaştırmak ve algılamak, bakım arayan hastalara motive edici hizmet sunmak ve başarıyı artırmak için işbirliği yapmak” olarak tanımlamıştır. Memnuniyet; bireyin beklediği hizmetten aldığı hizmete kadar ve bu hizmet sonrasında sağlığında ne kadar bir iyileşmenin meydana geldiği sürecini de kapsamaktadır. Bir diğer değişken olan hizmet kalitesini ise Parasuraman vd.(1988), “Tüketicide hizmetin niteliğine ilişkin oluşan bir tutum veya yargı” olarak ifade etmiştir. Hizmet kalitesi ölçülebilir bir kavram olduğundan, müşterilerin kurumdan beklediği hizmetle aldığı hizmet arasındaki farkın belirlenmesiyle hizmetin kaliteli olup olmadığına karar verilebilmektedir. Kurumun imajında özellikle yöneticiler aktif bir rol üstlenmekte, somut ve soyut değerlerin yönetiminde kurumun piyasa değerinin yükselmesinde etkili olan vizyon ve misyonları belirlemekle yükümlü olmaktadır (Murat, 2018). Kurumun imajını artırmaya yönelik faaliyetlerde sağlık yöneticileri müşteri memnuniyet algısını en üst düzeye çıkarmak için kurum içinde düzenlemeler yapmaya odaklanarak hizmet kalitesini daha etkili sunmaya özen göstermelidir.

Bir kurumun kaliteli hizmet sunduğunun bir diğer göstergesi olan bekleme süresi; hizmet alıcının hastaneye girişinden hizmeti aldıktan sonra hastaneden ayrılışına kadar olan süreci kapsamaktadır. Beklemek; ruhsal, zamansal ve ekonomik açıdan hastada birtakım sonuçlar doğurabilmektedir. Hastaların bekleme alanlarında yaygın bir kanıya sahip olmaları, ortalama ne kadar süre bekleyeceklerini bilmemeleri belirsizlik ortamında hastaların memnuniyetsizliklerini artırmaktadır (Hui Zhang vd.,2023).

Hastaların muayene öncesinde bekleyerek geçirdikleri zaman, doktorların zamanında muayeneye başlamaması, tetkik ve tahlil süreçlerinin uzun sürmesi gibi nedenlerle bekletilmesi hastaların, hastaneden aldığı hizmeti değerlendirmesinde negatif yönlü bir etkiye sebebiyet verebilmektedir. Bu da hastanenin kalite ve imaj ölçümlerinde yer alan parametreleri ve karne puanları gibi özellikleri etkilemektedir (SPK, 2016). Bekleme süresi ve kurumsal imajın birbiri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu sebeple bu çalışmada hastaların sağlık hizmetlerinde algıladıkları bekleme süresinin kurumsal imaj algılarına etkisini belirlemek amaçlanmaktadır.

## 2. Yöntem:

### 2.1. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini Bartın ilinde ikamet eden bireyler oluşturmaktadır. Araştırma Sağlık Bakanlığına bağlı olan özel ve kamu hastanelerinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada örneklem seçimi yapılmamış olup, ankete katılmayı kabul eden 208 kişi (100 kişi kamu hastanesi, 108 kişi özel hastane) çalışmaya dahil edilmiştir.

### 2.2. Veri Toplama Aracı

Veri toplama aracı olarak yüz yüze ve çevrimiçi anket formundan yararlanılmış olup, anket formu iki bölümden oluşmaktadır.

Sosyo-Demografik Bilgiler Formu: Çalışmaya katılanların sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla 8 sorudan oluşmaktadır.

Hastaneye Yönelik Genel Bilgiler Formu: 3 kısımdan oluşmakta olup, ilk bölüm hastane seçimi, ikinci bölüm hastane hakkında genel izlenim çok kötü ve çok iyi arasında bir puanlamaya sahip olup, üçüncü bölüm ise hastanedeki uygulamalarla alakalı ‘kesinlikle katılmıyorum’ ve ‘kesinlikle katılıyorum’ arasında puanlanmaktadır. Araştırmada kullanılan ölçek 1-Kesinlikle Katılmıyorum ve 5-Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Kurumsal itibar algısı ölçeğinden alınan yüksek puan ise daha olumlu itibar algısını göstermektedir.

Kurumsal İmaj Algısı: e Bayın (2013)’ tarafından geliştirilen ve 3 ifadeden oluşan ölçek kullanılmıştır.

Hasta Bekleme Süresi Algısı Ölçeği: Hastaların bekleme sürelerine ilişkin algılarını belirlemek amacıyla araştırmacılar tarafından geliştirilen ölçek yer almaktadır. Ölçek literatürde yer alan bilgiler ve Ercan ve arkadaşları (2004) tarafından geliştirilen ölçekten yararlanılarak oluşturulmuştur. Ercan ve arkadaşları (2004)'ndan ölçeğin kullanımı için mail yoluyla izin alınmıştır. Ölçek 7 ifadeden oluşmaktadır. Ölçeğin uygunluğuna ilişkin alanda uzman 4 akademisyenden uzman görüşü alınmıştır. Alınan uzman görüşleri neticesinde ölçeğin kullanılabilir olduğu kanaatine varılmıştır. Ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları bu çalışma kapsamında yapılmıştır. Ölçek 1-Kesinlikle Katılmıyorum ve 5-Kesinlikle Katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. Algılanan bekleme süresi ölçeğinden alınan yüksek puan daha uzun bekleme süresini ifade etmektedir.

### 2.3. Veri Analiz Yöntemi

Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, geçerlilik ve güvenilirlik analizleri, korelasyon analizi, regresyon analizi, bağımsız örneklemelerde t-testi ve tek yönlü varyans analizinden yararlanılmıştır. Veriler SPSS ve SPSS Amos programları ile analiz edilmiştir ve güven aralığı %95 olarak alınmıştır.

### 2.4. Araştırmanın Etik Onayı

Araştırmanın etik uygunluğu için Sakarya Üniversitesi Etik Kurulundan (08/06/2023 tarih ve E-61923333-050.99-252597 sayılı) etik onay alınmıştır.

### 3. Bulgular

Araştırmada öncelikle Hasta Bekleme Süresi Algısı ölçeğinin geçerlilik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Buna göre ilk hali 7 ifadeden oluşan ölçeğin keşfedici faktör analizi yapılmıştır. İlk analiz neticesinde ölçeğin iki boyuta ayrıldığı ancak ikinci boyutta yalnızca bir ifade olduğu görüldüğünden ayrı boyuta ayrılan bu ifade ölçekten çıkartılarak analiz tekrarlanmıştır. Yapılan keşfedici faktör analizi sonucunda ölçek tek boyuttan oluşmuştur (Tablo 1). Ölçeğin KMO değeri 0,878 barlet küresellik testi sonucu anlamlı çıkmıştır. Ölçeğin öz değeri 4,238, açıkladığı toplam varyans %70,627 ve ölçek ifadesinin faktör yükleri 0,793 ile 0,871 aralığında bulunmuştur.

**Tablo 1. Keşfedici Faktör Analizi Sonuçları**

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.	0,878
Bartlett's Test of Sphericity	874,252
df	15
Sig.	0,000
Öz değer	4,238
Açıklanan varyans	70,627
İfadeler	Faktör Yüğü
6. Tetkik sonuçları düşündüğümde daha geç çıktı	0,871
5. Tetkikler için (kan verme, görüntüleme vb.) beklediğimden daha uzun süre bekledim.	0,871
3. Muayene olabilmek için düşündüğümde daha sürdü.	0,855
7. Tetkik sonuçlarımın hekim tarafından değerlendirilmesi düşündüğümde daha uzun sürdü	0,826
2. Muayene öncesi kayıt olabilmek için düşündüğümde daha uzun bekledim.	0,824
1. Muayene için düşündüğümde daha geç bir tarihe randevu alabildim	0,793

**Not: "4. Muayene sürem beklediğimden daha kısa sürdü" ifadesi ölçekten çıkartılmıştır.**

Araştırma kapsamında geliştirilen Hasta Bekleme Süresi Algısı Ölçeğinin doğrulayıcı faktör analizi sonuçları Tablo 2'de yer almaktadır. Analiz neticesinde ölçeğin uyum indekslerinin eşik değerlerin üzerinde olduğu görülmüştür.

**Tablo 2. Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları**

	Mükemmel Uyum	İyi Uyum	Hasta Bekleme Süresi Algısı Ölçeği
X <sup>2</sup>			9,143
DF			5,000
X <sup>2</sup> /DF	X <sup>2</sup> /DF ≤ 3	3 ≤ X <sup>2</sup> /DF ≤ 5	1,829
RMSEA	RMSEA ≤ 0.05	0.05 < RMSEA < 0.08	0,063
NFI	0.95 ≤ NFI	0.90 ≤ NFI < 0.95	0,990
CFI	0.95 ≤ CFI	0.90 ≤ CFI < 0.95	0,995
IFI	0.95 ≤ IFI	0.90 ≤ IFI < 0.95	0,995
GFI	0.90 ≤ GFI	0.85 ≤ GFI < 0.90	0,986
TLI (NNFI)	0.95 ≤ TLI (NNFI)	0.90 ≤ TLI (NNFI) < 0.95	0,986
RMR	RMR < 0.05	0.05 ≤ RMR ≤ 0.08	0,030

Araştırmada kullanılan her iki ölçeğin güvenilirlik analizleri Tablo 3'te yer almaktadır. Buna göre Kurumsal İmaj Algısı ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,938, Hasta Bekleme Süresi Algısı Ölçeğinin Cronbach's Alpha değeri 0,915'tir. Bu sonuçlar araştırma kapsamında geliştirilen ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik kriterlerini karşıladığını göstermektedir.

**Tablo 3. Güvenilirlik Analizi Sonuçları**

Değişken	Madde Sayısı	Cronbach's Alpha
Kurumsal İmaj Algısı	3	0,938
Hasta Bekleme Süresi	6	0,915

Tablo 4'te katılımcıların sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere katılımcılar ağırlıklı olarak evli, ön lisans mezunu, kronik hastalığı olmayan, yılda 1-4 kez arası hastaneye giden bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların yaş ortalaması 36,697'dir.

**Tablo 4. Sosyo-demografik Bulgular**

Değişken	Sayı	Yüzde	
Hizmet Alınan Hastane Mülkiyetine	Kamu	100	48,1
	Özel	108	51,9
Cinsiyet	Erkek	105	50,5
	Kadın	103	49,5
Medeni Durum	Evli	133	63,9
	Bekar	72	34,6
Eğitim Durumu	İlkokul	59	28,4
	Lise	56	26,9
	Ön Lisans	67	32,2
	Lisans ve Üstü	26	12,5
Kronik Hastalık Durumu	Var	35	16,8
	Yok	173	83,2
Hastaneye Gitme Sıklığı	1-4 Kez	146	70,2
	5-9 Kez	50	24
	10 ve üzeri	12	5,8
<b>Değişken</b>	<b>Min/Maks</b>	<b>Ort (SS)</b>	
Yaş	16/82	36,697 (13,494)	

Tablo 5'te katılımcıların ölçek ifadelerine verdikleri yanıtların ortalamaları görülmektedir. Yanıtlar bütün veriler, kamu hastanesi ve özel hastane olarak farklı şekillerde analiz edilmiştir. Tabloda görüldüğü (bütün veriler) üzere kamu ve özel hastanelerden hizmet



alanların kurumsal imaj algıları orta seviyede (3,633±1,166), bekleme süresi algıları ise düşük seviyededir (2,361±1,094). Kamu hastanesinden hizmet alan katılımcıların imaj algıları düşük (2,827±1,078), bekleme süresi algıları orta seviyededir (3,052±1,011). Özel hastaneden hizmet alan katılımcıların ise kurumsal imaj algıları yüksek seviyede (4,380±0,621), bekleme süresi algıları düşük seviyededir (1,721±0,715). Bu sonuçlar özel hastaneden hizmet alan katılımcıların kurumsal imaj algılarının ve bekleme süresi uzunluğunun kamu hastanesine oranla daha iyi seviyede olduğunu göstermektedir.

**Tablo 5. Ölçeklere İlişkin Ortalamalar**

		N	Min.	Maks.	Ort.	S.S
Bütün Veriler	Kurumsal İmaj Algısı	208	1,000	5,000	3,633	1,166
	Hasta Bekleme Süresi	208	1,000	5,000	2,361	1,094
Kamu Hastanesi	Kurumsal İmaj Algısı	100	1,000	5,000	2,827	1,078
	Hasta Bekleme Süresi	100	1,170	5,000	3,052	1,011
Özel hastane	Kurumsal İmaj Algısı	108	2,000	5,000	4,380	0,621
	Hasta Bekleme Süresi	108	1,000	5,000	1,721	0,715

Tablo 6'da Kurumsal İmaj Algısı ile Hasta Bekleme Süresi algısının ilişkisinin incelendiği korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır. Ayrıntısı tabloda görüldüğü üzere (bütün veriler) katılımcıların Kurumsal İmaj Algısı ile Hasta Bekleme Süresi algısı arasında negatif yönlü anlamlı ilişki bulunmaktadır ( $r=-0,415$ ,  $p<0,01$ ). Özel hastaneden hizmet alan bireylerin Kurumsal İmaj Algısı ile Hasta Bekleme Süresi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde negatif yönlü anlamlı ilişki olduğu görülmektedir ( $r=-0,321$ ,  $p<0,01$ ). Kamu hastanesinden hizmet alan bireylerin Kurumsal İmaj Algısı ile Hasta Bekleme Süresi algısı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmektedir ( $r=0,119$ ,  $p>0,05$ ).

**Tablo 6. Korelasyon Analizi Sonuçları**

<b>Bütün Veriler</b>	1	2
Kurumsal İmaj Algısı	1	
Hasta Bekleme Süresi	,-415**	1
<b>Özel Hastane</b>	1	2
Kurumsal İmaj Algısı	1	
Hasta Bekleme Süresi	,-321**	1
<b>Kamu Hastanesi</b>	1	2
Kurumsal İmaj Algısı	1	
Hasta Bekleme Süresi	0,119	1

Tablo 7'de Kurumsal İmaj Algısının ve Hasta Bekleme Süresi algısının hizmet alınan hastane mülkiyetine göre farklılaşp farklılaşmadığı incelenmiştir. Tablodaki sonuçlara göre algılanan bekleme süresi ve kurumsal imaj algısı hizmet alınan hastane türüne göre farklılaşmaktadır. Katılımcıların bekleme süresi algıları kamu hastanelerinde daha uzunken, kurumsal imaj algıları özel hastanelerde daha yüksektir.

**Tablo 7. Hastane Mülkiyetine göre Bağımsız Örneklerde T-Testi Sonuçları**

Hastane Mülkiyetine		N	Ort.	S.S.	t	P
Kurumsal İmaj Algısı	Kamu	100	2,827	1,078	-12,604	0,000
	Özel	108	4,380	0,621		
Hasta Bekleme Süresi	Kamu	100	3,052	1,011	10,883	0,000
	Özel	108	1,721	0,715		

#### 4. Tartışma ve Sonuç

Bu çalışma sağlık hizmetlerinde algılanan bekleme süresinin hastaların kurumsal imaj algısına etkisini ölçmek amacıyla yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre hastaların bekleme süresi kurumsal imajı negatif yönde etkilemektedir. Deniz ve Büyük (2017) bekleme

süresini bakım kalitesinin en önemli bileşenlerinden biri olarak belirtmiştir ve beklenen süre arttıkça kurumun kalite algısının düştüğünü ifade etmektedir. Literatürdeki diğer araştırmalar bekleme sürelerinin hastalar üzerinde olumsuz etki yarattığı, hastanın memnuniyet algısında bir gerilemeye sebebiyet verdiğini göstermektedir (Tekinalp & Şahinöz, 2021). Hem önceki araştırmaların sonuçlarına hem de güncel çalışmanın bulgularına göre, bekleme süresinin hastaların kurumsal imaj algısını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir.

Ayrıca, hastane türüne göre algılanan bekleme süresi ve kurumsal imaj algısı arasında farklılıklar olduğu çalışmanın bir diğer önemli bulgusudur. Kamu hastanesinden hizmet alan katılımcıların imaj algıları düşükken, bekleme süresi algıları orta seviyededir. Özel hastaneden hizmet alan katılımcıların ise kurumsal imaj algıları yüksek seviyedeysen, bekleme süresi algıları düşük seviyededir. Bu sonuçlar özel hastaneden hizmet alan katılımcıların kurumsal imaj algılarının ve bekleme süresi uzunluğunun kamu hastanesine oranla daha iyi seviyede olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların bekleme süresi algıları kamu hastanelerinde daha uzunken, kurumsal imaj algıları özel hastanelerde daha yüksektir. Bu sonuçlar, katılımcıların özel hastanelerden aldıkları hizmetlerde bekleme süresi daha az maruz kaldıklarını ve bu hastanelerin kurumsal imajlarının kamu hastanelerine göre daha olumlu olduğunu göstermektedir. Tekin (2015), hastaneleri dönemlerine ve birimlerine göre incelemiş, beklenen sürenin özel hastanede devlet hastanesine göre daha fazla olduğunu tespit etmiş olup bu farkın da özel hastanelerdeki hizmet sürecinin daha ayrıntılı olmasından kaynaklandığını belirtmiştir.

Araştırma sonuçlarına göre, hastaların bekleme süresi konusundaki algıları kurumsal imaj algısını olumsuz etkilemektedir. Araştırma sonuçları kamu hastanelerinde randevu sisteminin etkinliğinin eksik olduğu yönünde fikir vermektedir. Bu bağlamda, sağlık kuruluşlarının toplum nezdinde daha saygın bir konum elde etmeleri ve daha yüksek hasta memnuniyeti sağlamaları için hastane yöneticilerinin hastaların bekleme sürelerini azaltma konusunda ciddi adımlar atmaları gerekmektedir. Ayrıca, bekleme süresini minimumda tutmak için randevu sistemine daha fazla önem verilmesi ve hastaların polikliniklere kabulü konusunda belirli bir düzenlemenin uygulanması gerekmektedir. Bu şekilde, sağlık hizmetlerinin daha hızlı ve verimli bir şekilde sunulması sağlanabilir.

#### Kaynakça

1. Bayın, G. (2013). Hastanelerde kurumsal imaj ve hasta bağlılığı ilişkisi: Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile İbni Sina Hastanesi'nde bir uygulama. Ankara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Ana Bilim Dalı.
2. Deniz, N., & Büyüç, K. (2017). Sağlık Hizmetlerinde Hastaların Kalite Algılarının Değerlendirilmesi. Balkan ve Yakın Doğu Sosyal Bilimler Dergisi, (03), 52-57.
3. Donabedian, A. (1992). Quality Assurance in Health Care: Consumer's Role, 247-251.
4. Ercan, İ., Bülent, E. D. İ. Z., & İsmet, K. A. N. (2004). Sağlık kurumlarında teknik olmayan boyut için hizmet memnuniyetini ölçebilmek amacıyla geliştirilen ölçek. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 30(3), 151-157.
5. Grönross, C. (1984). A Service Quality Model and Its Marketing Implications. European Journal of Marketing, (18), 4.
6. Kadıbeşegil, S. (2012). İtibar Yönetimi. İstanbul: Kapital Medya Hizmetleri A.Ş.
7. Karagöz, Y. (2014). SPSS 21.1 Uygulamalı Biyoistatistik. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
8. Murat, G. (2018). Tepe Yönetici İtibarı ve Kurumsal Performans İlişkisi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
9. Parasuraman, A. P., Zeithaml, V.A., & Berry, L. L. (1988). SERVQUAL. A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. Journal of Retailing, 64(1), 12-34.
10. Peltekoğlu, B., F. (1998). Halkla ilişkiler nedir? İstanbul: Beta Yayınları.
11. Tekin, B. (2015). Sağlık Hizmeti Sistemlerinin Etkinliği: Bir Kamu ve Özel Hastane Karşılaştırması. Çankırı Karatekin Üniversitesi SBE Dergisi, 6(1), 483-586.
12. Tekinalp, M., & Şahinöz, T. (2021). Bekleme Sürelerinin Hasta Memnuniyeti Üzerinde Etkilerinin Ölçülmesi. ODU Tıp Dergisi, 8(3), 13-18.
13. Topak, F., & Köse Ünal, A. (2016). Hastaların Bekleme Sürelerinin Değerlendirilmesi. Sağlıkta Kalite ve Performans Dergisi, (11), 15-26.
14. Zhang, H., Ma, W.-M., Zhu, J.-J., Wang, L., Guo, Z.-J., & Chen, X.-T. (2023). How to Adjust the Expected Waiting Time to Improve Patient's Satisfaction. BMC Health Service Research, (23)455, 1-8.

Ek-1 Hasta Bekleme Süresi Algısı Ölçeği:

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katlıyorum	Kesinlikle Katlıyorum
Muayene için düşündüğümden daha geç bir tarihe randevu alabildim	1	2	3	4	5
Muayene öncesi kayıt olabilmek için düşündüğümden daha uzun bekledim.	1	2	3	4	5
Muayene olabilmek için düşündüğümden daha sürdü.	1	2	3	4	5
Muayene sürem beklediğimden daha kısa sürdü	1	2	3	4	5
Tetkikler için (kan verme, görüntüleme vb.) beklediğimden daha uzun süre bekledim.	1	2	3	4	5
Tetkik sonuçları düşündüğümden daha geç çıktı	1	2	3	4	5
Tetkik sonuçlarımın hekim tarafından değerlendirilmesi düşündüğümden daha uzun sürdü	1	2	3	4	5

## Güvenlik Kültürünün Sağlık Çalışanları Arasında İş Kazalarına Olan Etkisi Üzerine Bir İnceleme

Nükhet BAYER<sup>1</sup>, Beratiye ÖNER<sup>1</sup>, Arzu AYTEKİN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Lokman Hekim Üniversitesi

Sorumlu Yazar: beratiye.oner@lokmanhekim.edu.tr

**Amaç:** Sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilen birçok tıbbi uygulamada potansiyel risk, bir taraftan hasta güvenliği için büyük zorluklar meydana getirirken diğer taraftan sağlık çalışanlarını etkilemekte ve güvenli olmayan hasta bakımından kaynaklanan zarar yükünü önemli ölçüde artırmaktadır. Bu çalışma, sağlık çalışanlarının güvenlik kültürünün iş kazalarına olan etkisini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

**Gereç ve Yöntem:** Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel tarama modeline göre desenlenmiş ve Ankara'daki bir özel hastanede hizmet veren sağlık çalışanları araştırma kapsamına alınmıştır. Araştırmanın örneklemini araştırmaya katılmayı kabul eden 156 sağlık çalışanı oluşturmaktadır. Veriler, Eylül-Ekim 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Verilerin toplanmasında; yaş cinsiyet, eğitim durumu, unvan, çalışma süresi, çalıştığı bölüm, kesici delici alet ile yaralanma, kimyasal maddeye maruz kalma, ergonomik sorun yaşama ve kan ve vücut sıvılarıyla bulaş durumlarını sorgulayan Kişisel Bilgi Formu ve İskandinav Güvenlik İklimi Ölçeği (NOSACQ-50)'nin Türkçe çevirisi kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS 26 programı kullanılarak kodlanmış ve değişkenler arasındaki ilişki korelasyon ve çoklu doğrusal regresyon analizi ile değerlendirilmiştir ( $p<0,05$ ). Çalışma için etik kurul onayı alınmış ve katılımcılar çalışma hakkında bilgilendirilerek yazılı onamları alınmıştır.

**Bulgular:** Sağlık çalışanlarının NOSACQ-50 toplam puanı,  $2,81\pm 0,26$  olarak saptanmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda dahiliye bölümünde hizmet veren sağlık çalışanlarının NOSACQ-50 puanı, yoğun bakımda hizmet veren sağlık çalışanlarına göre 0,120 puan daha yüksek, ameliyathanede hizmet veren sağlık çalışanlarının NOSACQ-50 puanı ise yoğun bakımda hizmet veren sağlık çalışanlarına göre 0,213 puan daha yüksektir. Kesici delici alet ile yaralanma yaşamayan sağlık çalışanlarının güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri alt boyut puanı, yaralanma yaşayan sağlık çalışanlarına göre daha yüksektir. Gruplar arasındaki farkların  $p<0,05$  düzeyinde anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

**Sonuç:** Tespit edilen bulgular doğrultusunda, sağlık çalışanlarının güvenlik kültürü düzeyinin düşük olduğu, güvenlikle ilgili uygulamalarda iyileştirmelerin gerekli olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Sağlık örgütlerinde güvenliğin öncelikli olması, çalışanların güvenli bir alanda uygulamalar yapabilmesi, yöneticilerin güvenliği sağlama konusunda yetkinliklere sahip olması ve güvenlik kültürüne ilişkin uygulamalardaki kararlılıklar gibi faktörlerin önemli olduğu görülmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Güvenlik kültürü, iş kazaları, sağlık çalışanları

### A Study on the Impact of Safety Culture on Occupational Accidents Among Healthcare Professionals

**Aim:** In the realm of healthcare, numerous medical procedures performed by healthcare professionals present potential risks. These risks not only pose significant challenges to patient safety but also impact the well-being of healthcare professionals themselves, significantly increasing the burden of harm stemming from unsafe patient care. The primary objective of this study was to ascertain the influence of healthcare professionals' safety culture on occupational accidents.

**Materials and Methods:** This research was designed according to a descriptive and correlational survey model. Healthcare professionals providing services in a private hospital in Ankara were included in the scope of the study. The research sample consisted of 156 healthcare professionals who agreed to participate in the research. Data was collected between September and October 2022. Data collection involved using a Personal Information Form, which queried age, gender, education level, job title, years of service, department of employment, injuries involving sharp objects, exposure to chemicals, experience of ergonomic issues, and exposure to blood and bodily fluids. The Turkish translation of the Nordic Safety Climate Questionnaire (NOSACQ-50) was also used for data collection. The obtained data was coded and analyzed for the relationship between variables using SPSS 26 software, with correlation and multiple linear regression analysis ( $p<0.05$ ). Ethics committee approval was obtained for the study, the participants were informed about the study and their written consent was obtained.

**Results:** The NOSACQ-50 total score for healthcare professionals was determined to be  $2.81\pm 0.26$ . Regression analysis unveiled that healthcare professionals in the internal medicine department scored 0.120 points higher on the NOSACQ-50 compared to their counterparts in the intensive care unit. Likewise, healthcare workers in the operating room scored 0.213 points higher than those in the intensive care unit. Additionally, healthcare workers who had not experienced injuries involving sharp objects exhibited higher sub-scores in terms of safety priority and a lower propensity to accept risks when compared to their peers who had sustained such injuries. These differences between groups were found to be statistically significant at  $p<0.05$ .

**Conclusion:** Based on the findings, it is evident that the safety culture among healthcare professionals is suboptimal, highlighting the imperative need for improvements in safety-related practices. The study underscores the significance of prioritizing safety in healthcare organizations, fostering an environment where employees can practice safely, ensuring that managerial staff possesses the necessary competencies for upholding safety, and demonstrating unwavering commitment to safety culture-related practices.

**Keywords:** Safety culture, occupational accidents, healthcare professionals

## Giriş

Sağlık çalışanları tarafından gerçekleştirilen birçok tıbbi uygulamada potansiyel risk, bir taraftan hasta güvenliği için büyük zorluklar meydana getirirken diğer taraftan sağlık çalışanlarını etkilemekte ve güvenli olmayan hasta bakımından kaynaklanan zarar yükünü önemli ölçüde artırmaktadır. Sağlık çalışanları, sistemlerin, görevlerin ve süreçlerin iyi planlandığı ortamlarda mesleklerini sürdürdüklerinde minimum hata ile hizmet verebilecekleri araştırmalarla kanıtlanmaktadır (Ropponen ve diğ., 2023). Bu nedenle, her türlü zararlı olabilecek işlemin oluşmasına izin veren sistemleri düzeltmeye odaklanmak, iyileştirmenin başlangıcıdır. Kurumda beklenen, hatasız ve yararlı hizmetlerin verilebilmesi, bu alandaki yerleşmiş olan kültür, güvenli çalışma olanağı sunan açık ve şeffaf ortamlarla yakından ilişkilidir (WHO, 2019). Güvenlik kültürünün, yatırımlar, kaynak ve bütçe tahsisleri dahil olmak üzere üst düzey kararlarda rol oynaması kaçınılmaz bir gerçekliktir (Schulman, 2020).

Güvenlik kültürü, çalışanların çalışma ortamlarının güvenliği hakkında paylaştığı algıların özeti anlamına gelir (Zohar, 1980). Paylaşılan kültür, çalışanları olumlu ya da olumsuz etkilemektedir. Güvenli bir ortam, bireysel güvenlik davranışlarını destekler ve pekiştirir. Çalışanların birbirleri üzerindeki olumlu etkileri, bireylerin güvenli iş yapma davranışlarını pozitif yönde destekler (Gershon ve diğ., 2000). Sağlık çalışanlarına uygulanacak eğitim ve kurum kültürü içinde güvenlik kültürünün yerleşmiş olması ve kurumsal olarak yapılan eğitimler potansiyel iş kazalarının azalmasına yardımcı faktörlerdir. Mesleki yaralanmaların önlenmesi ve kontrolü, olayların önde gelen nedenleri veya risk faktörleri hakkında bilgi sahibi olmayı gerektirir (Azadeh-Fard ve diğ., 2015). Sağlık personelinin karşılaştığı iş kazalarına yönelik 160 sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilen tanımlayıcı bir çalışmaya göre; sağlık çalışanlarının büyük çoğunluğunun bir yıl içinde iş kazası geçirdiği, iş kazalarına yönelik planlanan bir eğitimden üç ay sonra ise çalışanların iş kazaları yaşama durumlarının azaldığı tespit edilmiştir (Uçak ve diğ., 2011). Endonezya'da hemşireler için iş sağlığı ve güvenliği yönetim sistemi düzenlenmesi ile iş kazaları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yürütülen başka bir çalışmada ise *Hastane İş Sağlığı ve Güvenliği (HOHS) politikası/yönetmeliğinin uygulanmasıyla verilen eğitim ile hemşirelerin yaşadığı iş yeri kazaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır* (Guspiano ve diğ., 2021).

Tek başına iyileştirme politikalarının planlanmasının sağlık çalışanları arasında iş kazasını önlemede yeterli olamayacağı, sağlık çalışanlarının politika/yönetmeliklere uygun davranış değişikliği geliştirmeleri için somut adımlara ihtiyaç duyulmaktadır (Dewi ve Wardani, 2022). İş kazalarının çalışanlar üzerinde fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden etkilerinin yanı sıra ekonomi üzerinde de malzeme maliyeti, tıbbi maliyetler ve kayıp üretim maliyeti gibi önemli maliyetler taşıdığı açıktır (Persson, 2021). Uluslararası Çalışma Örgütü'ne (ILO) göre; dünyada her yıl 2,78 milyondan fazla insan kazalar veya meslek hastalıkları ve ölümcül olmayan kazalar sonucu hayatını kaybetmektedir (yılda yaklaşık 374 milyon) (ILO, 2021). Türkiye'de özel sektör ve kamuya ait bütün iş yerlerinde iş sağlığı ve güvenliğinin sağlanması amacıyla 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu 2012 yılında yürürlüğe girmiştir. Ancak kanunlara rağmen iş kazaları yaşanmaya devam etmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından Türkiye'de insan sağlığı hizmetlerinde 2021 yılında iş göremezlik sürelerine (gün) göre iş kazası geçiren sigortalı sayısı, 21.371 olarak açıklanmıştır (SGK, 2023). Güvenli olmayan ortamlar sonucu ortaya çıkan iş kazaları, çalışanlar ve kurumlar için maddi/manevi ciddi bir yük oluşturmakla birlikte sağlık sektöründe hizmet alan hasta grubu için hayati riskleri barındırmaktadır. Kurumlarda güvenlik kültürü anlayışını geliştirmek, geniş kapsamlı olumlu sonuçları etkileyebilecek önemli bir adımdır.

Günümüzde sağlık kurumlarının kompleks yapısı içinde görevli olan sağlık personelinden beklenen tutum ve davranış; kendilerinin yorgun, uykusuz ve stresli olduklarında dahi görevlerini özenli ve başarılı bir şekilde yerine getirmeleridir. Düzensiz çalışma saatleri, bir hafta boyunca yetersiz dinlenme ile geç ve uzun süre çalışmak, sağlık çalışanları arasında iş kazalarının diğer sektörlere göre artmasında önemli olan etkiler arasındadır (Fenster ve Decker, 2022; Ropponen ve diğ., 2023). Sağlık çalışanları arasında kesici-delici alet yaralanmaları ve kan/vücut sıvılarıyla temas en fazla karşılaşılan kazalar arasındadır (Kurttekin ve Taşgın, 2019). Bu durum sağlık çalışanlarının güvenlik kültürü algılarının kesici delici alet yaralanma riskini etkileyebileceğini göstermektedir. Hastanelerde kesici delici alet yaralanmalarını önleme programı tasarlanırken güvenlik kültürü algıları da ölçülmelidir (Grytdal ve diğ., 2006). Kurumsal güvenlik kültürü; birimler, uzmanlıklar ve hiyerarşik düzeyler arasında çalışanların bireysel iş tanımlarına, görev içeriğine ve görevlerin fiilen yürütülmesine kadar güvenlikle ilgili olan rol ve kişisel kimliklere kadar nüfuz etmelidir (Schulman, 2020).

Bu çalışma güvenlik kültürü, hasta güvenliği ve kaliteli bakım sağlamak için itici güç oluşturur hipotezi doğrultusunda, sağlık çalışanlarında güvenlik kültürünün iş kazalarına olan etkisini incelemek amacıyla yürütülmüştür.

## Yöntem

### Araştırma Deseni

Bu araştırma tanımlayıcı ve ilişkisel tarama modeline göre desenlenmiştir.

### Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Ankara ilinde bulunan özel bir hastane oluşturmaktadır. Araştırma kapsamındaki hastanede toplam 382 sağlık çalışanı yer almaktadır ve tüm sağlık çalışanlarına ulaşmak hedeflenmiştir. Araştırmada veriler Eylül-Ekim 2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Yıllık izinli, raporlu, araştırmaya katılmayı reddeden 77 sağlık çalışanı örneklem dışı bırakılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul eden 305 sağlık çalışanına veri toplama formları dağıtılmış, toplanan veri formları arasından boş bırakılan, eksik ve hatalı doldurulan 144 form çıkarıldıktan sonra son örneklem 156 sağlık çalışanı olarak belirlenmiştir.

### Veri Toplama Aracı

Araştırma verilerini toplamak için, araştırmacılar tarafından geliştirilen hemşirelerin yaş cinsiyet, eğitim durumu, unvan, çalışma süresi, çalıştığı bölüm, kesici delici alet ile yaralanma, kimyasal maddeye maruz kalma, ergonomik sorun yaşama ve kan ve vücut sıvılarıyla bulaş durumlarını sorgulayan Kişisel Bilgi Formu ve İskandinav Güvenlik Kültürü Ölçeği (Nordic Safety Climate Questionnaire-NOSACQ-50)'nin Türkçe çevirisi kullanılmıştır (Zopçuk, 2015). Ölçek, İskandinav iş güvenliği araştırmacılarından oluşan bir grup tarafından geliştirilmiş ve Avrupa başta olmak üzere yaygın bir şekilde kullanılmaya başlanmıştır. Ölçeğin içerdiği, yedi bileşenin her biri için geçerlilik ve güvenilirlik testleri yapılmıştır. NOSACQ-50 güvenlik kültürünün 7 bileşeni ve ilave

tanımlayıcı bilgilere yönelik sorulardan oluşur. Bu 7 bileşenin her biri tamamen 6-9 arasında değişen soruya bağlı olarak, toplam 50 sorudan oluşmaktadır.

#### Verilerin Analizi

Araştırmaya 156 sağlık çalışanı katılmıştır. Veriler SPSS 26 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir. Değişkenler arasında ölçümler bakımından fark olup olmadığına grup sayısı iki ise “iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi” (bağımsız t testi), grup sayısı ikiden fazla ise “tek yönlü varyans analizi” (ANOVA) ile test edilmiştir. Analiz sonucunda öncelikle varyans homojenliği için Levene testine, ardından farklılığın hangi grup ya da gruplardan kaynaklandığı “çoklu karşılaştırma testi” (Bonferroni ya da Tamhane’s T2) ile kontrol edilmiştir. Varyans homojenliğini sağlayan değişkenlerde gruplar arasındaki fark incelemesi için Bonferroni, varyans homojenliğini sağlamayan değişkenlerde gruplar arasında fark incelemesi için Tamhane’s T2 testine bakılmıştır. Sayısal ölçümler arasındaki ilişkinin incelenmesinde pearson korelasyon analizinden, ölçek puanı üzerinde etkili faktörlerin incelenmesinde çoklu doğrusal regresyon analizinden ve ölçek güvenilirliği için ise Cronbach alfa değerinden yararlanılmış ve  $p < 0,05$  anlamlı kabul edilmiştir.

#### Çalışmanın Etik Yönü

Araştırma için bir Vakıf Üniversitesinin Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan onay alınmıştır (Karar No: 2022/85 ve Kod No: 2022076). Çalışmanın yapıldığı hastane yönetimlerinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya davet edilen sağlık çalışanlarına araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, gönüllü olduğuna dair onam verenler çalışmaya dâhil edilmiştir.

#### Bulgular

Sağlık çalışanlarının yaş ortalaması  $30,93 \pm 6,21$ , çalışma süresi ortalaması  $7,33 \pm 6,51$  iken %74,4’ü kadın, %53,2’si bekar, %62,2’si lisans mezunu, %59,6’sı hemşire, %46,2’si dahiliye bölümünde çalışmaktadır. Ayrıca %48,7’si kesici delici alet ile 1 kez yaralanmışken %26,9’u 1-2 kez kimyasal maddeye maruz kalmakta, %41,7’si 1 kez ergonomik sorun yaşamakta ve %35,9’u 1 kez kan ve vücut sıvılarıyla bulaş yaşamıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Sağlık çalışanlarının bireysel ve mesleki bilgilerine ilişkin genel bilgiler (n=156)

		n	%
Cinsiyet	Kadın	116	74,4
	Erkek	40	25,6
Medeni durum	Evli	73	46,8
	Bekar	83	53,2
Yaş		30,93±6,21 (20-45)	
Eğitim durumu	Lise	11	7,1
	Ön lisans	24	15,4
	Lisans	97	62,2
	Lisansüstü	24	15,4
Çalışma süresi		7,33±6,51 (1-26)	
Unvan	Hemşire	93	59,6
	Sağlık teknikeri	34	21,8
	Doktor	29	18,6
	Cerrahi	29	18,6
	Dahiliye	72	46,2
Çalışılan bölüm	Yoğun bakım	30	19,2
	Ameliyathane	13	8,3
	Acil	12	7,7
		n	%
Kesici delici alet yaralanma durumu	Hiç	11	7,1
	1 kez	76	48,7
	2 kez	40	25,6
	3 ve daha fazla	29	18,6

Kimyasal maddeye maruz kalma durumu	Hiç	114	73,1
	1-2 kez	42	26,9
Ergonomik sorun yaşama durumu	Hiç	49	31,4
	1 kez	65	41,7
	2 kez	28	17,9
	3 ve daha fazla	14	9,0
Kan ve vücut sıvılarıyla bulaş durumu	Hiç	31	19,9
	1 kez	56	35,9
	2 kez	25	16,0
	3 ve daha fazla	44	28,2

NOSACQ-50 ölçek puanı  $2,81 \pm 0,26$ , yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği alt boyut puanı  $2,74 \pm 0,45$ , yönetimin güvenliği desteklemesi alt boyut puanı  $2,76 \pm 0,42$ , yönetimin güvenlik adaleti alt boyut puanı  $2,66 \pm 0,43$ , çalışanların güvenlik taahhüdü alt boyut puanı  $3,02 \pm 0,50$ , çalışanların güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri alt boyut puanı  $2,63 \pm 0,42$ , çalışanların güvenlik iletişimi ve güvenlik yeterliliğine güvenmeleri alt boyut puanı  $2,93 \pm 0,34$ , çalışanların güvenlik sistemlerinin etkinliğine güvenmeleri alt boyut puanı  $2,95 \pm 0,40$ 'tır. Ölçek güvenilirliğinin değerlendirilmesi sırasında en sık kullanılan kriterlerden biri içsel tutarlılık ölçüsü olan Cronbach's alfa'dır. NOSACQ-50 ölçeği için hesaplama yapılmış, Cronbach's alfa değeri hesaplanmıştır. Ölçeğin Cronbach-alpha iç tutarlılık katsayısının  $.87$  güçlü düzeyde olduğu bulunmuştur (Tablo 2).

Tablo 2. Kurum kültürü ölçeğine dair tanımlayıcı istatistikler

	Ortalama	Std sapma	Min	Maks	Cronbach alfa
NOSACQ-50	2,81	0,26	2,24	3,68	0,870
Yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği	2,74	0,45	1,67	3,89	
Yönetimin güvenliği desteklemesi	2,76	0,42	1,57	3,71	
Yönetimin güvenlik adaleti	2,66	0,43	1,67	3,67	
Çalışanların güvenlik taahhüdü	3,02	0,50	2,00	4,00	
Çalışanların güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri	2,63	0,42	1,43	3,86	
Çalışanların güvenlik iletişimi ve güvenlik yeterliliğine güvenmeleri	2,93	0,34	2,00	3,88	
Çalışanların güvenlik sistemlerinin etkinliğine güvenmeleri	2,95	0,40	2,00	4,00	



Tablo 3. NOSACQ-50 ölçeği ve alt boyut puanı bakımından farklılıkların incelenmesi

	Yönetimin güvenliği ve yeteneği				Çalışanların güvenliği ve risk almamaları				Çalışanların güvenliği ve yeterliliğine güvenmeleri			
	NOSACQ-50 ort±ss	Yönetimin güvenliği önceligi ort±ss	Yönetimin güvenliği desteklemesi ort±ss	Yönetimin güvenlik adaleti ort±ss	Çalışanların güvenlik taahhüdü ort±ss	Çalışanların güvenlik önceligi ve risk almamaları ort±ss	Çalışanların güvenlik yeterliliğine güvenmeleri ort±ss	Çalışanların güvenlik sistemlerinin etkinliğine güvenmeleri ort±ss				
<b>Cinsiyet</b>												
Kadın	2,81±0,25	2,76±0,43	2,76±0,41	2,67±0,41	3,04±0,49	2,64±0,42	2,89±0,30	2,93±0,38				
Erkek	2,82±0,30	2,69±0,49	2,75±0,46	2,64±0,48	2,96±0,53	2,60±0,43	3,07±0,40	3,00±0,46				
T/p	-0,130/0,897	0,851/0,396	0,190/0,850	0,371/0,711	0,882/0,379	0,490/0,625	-2,662/0,010*	-0,958/0,340				
<b>Medeni durum</b>												
Evli	2,81±0,29	2,74±0,48	2,74±0,48	2,66±0,49	3,02±0,54	2,59±0,46	2,97±0,33	2,93±0,37				
Bekar	2,82±0,24	2,75±0,42	2,77±0,36	2,66±0,37	3,02±0,46	2,67±0,38	2,90±0,34	2,96±0,42				
T/p	-0,277/0,782	-0,220/0,826	-0,482/0,631	-0,036/0,971	0,056/0,955	-1,078/0,283	1,214/0,227	-0,534/0,594				
<b>Eğitim durumu</b>												
Lise	2,92±0,33	2,78±0,47	2,84±0,53	2,74±0,49	3,08±0,51	2,86±0,52	3,06±0,38	3,13±0,32				
Önlisans	2,83±0,36	2,78±0,55	2,75±0,45	2,65±0,47	2,91±0,52	2,64±0,52	3,01±0,46	3,04±0,50				
Lisans	2,80±0,24	2,73±0,42	2,75±0,42	2,67±0,42	3,02±0,51	2,62±0,41	2,90±0,30	2,91±0,40				
Lisansüstü	2,81±0,20	2,75±0,43	2,76±0,34	2,62±0,40	3,10±0,41	2,57±0,32	2,93±0,34	2,92±0,31				
F/p	0,784/0,505	0,111/0,953	0,168/0,918	0,231/0,875	0,665/0,575	1,236/0,299	1,193/0,314	1,459/0,228				
<b>Unvan</b>												
Hemşire	2,81±0,25	2,75±0,43	2,75±0,41	2,65±0,43	3,03±0,53	2,62±0,40	2,92±0,28	2,94±0,41				
Sağlık teknikeri	2,82±0,34	2,69±0,54	2,72±0,49	2,63±0,43	2,95±0,47	2,69±0,52	3,04±0,44a	3,04±0,43				
Doktor	2,81±0,20	2,77±0,38	2,81±0,39	2,76±0,42	3,06±0,41	2,61±0,35	2,84±0,33b	2,86±0,30				
F/p	0,049/0,952	0,337/0,714	0,372/0,690	1,003/0,369	0,447/0,640	0,457/0,634	3,156/0,045*	1,719/0,183				

Çalışılan bölüm								
Cerrahi	2,82±0,27	2,82±0,40	2,82±0,33	2,69±0,44	3,01±0,53	2,51±0,42	2,99±0,37	2,92±0,45
Dahiliye	2,84±0,23	2,77±0,44	2,77±0,37	2,69±0,38	3,00±0,44	2,73±0,43a	2,92±0,34	3,02±0,39
Yoğun Bakım	2,72±0,33b	2,51±0,55b	2,57±0,59b	2,58±0,54	3,18±0,61	2,51±0,28	2,95±0,39	2,83±0,41
Ameliyathane	2,94±0,21a	3,03±0,17a	2,93±0,15a	2,71±0,44	2,95±0,48	2,84±0,53a	3,02±0,10	3,01±0,29
Acil	2,70±0,23	2,71±0,27	2,82±0,48	2,57±0,40	2,79±0,41	2,42±0,38b	2,74±0,26	2,82±0,35
F/p	2,475/0,047*	3,830/0,005*	2,450/0,049*	0,549/0,700	1,554/0,190	4,100/0,003*	1,460/0,217	1,711/0,150
Kesici delici alet yaralanma durumu								
Hiç	2,98±0,20	2,85±0,37	2,87±0,23	2,86±0,32	3,21±0,44	3,06±0,59a	2,94±0,41	3,10±0,31
1 kez	2,78±0,27	2,71±0,47	2,72±0,42	2,65±0,42	2,97±0,45	2,59±0,42b	2,9±0,37	2,93±0,44
2 kez	2,81±0,27	2,77±0,44	2,78±0,45	2,64±0,46	3,01±0,60	2,59±0,36b	2,99±0,29	2,90±0,34
3ve daha fazla	2,84±0,24	2,76±0,43	2,79±0,45	2,67±0,45	3,08±0,49	2,64±0,36b	2,95±0,27	3,00±0,38
F/p	1,987/0,118	0,404/0,750	0,609/0,610	0,880/0,453	0,956/0,415	4,546/0,004*	0,681/0,565	0,983/0,403
Kimyasal maddeye maruz kalma durumu								
Hiç	2,81±0,29	2,78±0,46	2,77±0,45	2,67±0,45	2,99±0,50	2,64±0,44	2,92±0,36	2,94±0,41
1-2 kez	2,81±0,20	2,63±0,39	2,72±0,34	2,65±0,37	3,11±0,47	2,62±0,38	2,98±0,27	2,98±0,37
t/p	0,161/0,872	1,857/0,065	0,668/0,506	0,293/0,770	-1,361/0,176	0,229/0,819	-1,077/0,283	-0,537/0,592
Ergonomik sorun yaşama durumu								
Hiç	2,86±0,28a	2,84±0,46a	2,81±0,39	2,79±0,43	3,09±0,39	2,71±0,44	2,89±0,40	2,93±0,47
1 kez	2,83±0,25	2,77±0,42a	2,84±0,35a	2,64±0,39	2,98±0,50	2,65±0,42	2,96±0,32	2,98±0,38
2 kez	2,75±0,27	2,65±0,44	2,61±0,53	2,56±0,49	2,98±0,60	2,55±0,48	2,97±0,27	2,91±0,35
3ve daha fazla	2,67±0,18b	2,43±0,44b	2,49±0,41b	2,55±0,43	3,00±0,60	2,47±0,18	2,88±0,31	2,91±0,34
F/p	2,806/0,042*	3,800/0,012*	4,311/0,006*	2,518/0,060	0,475/0,700	1,656/0,179	0,698/0,555	0,328/0,805
Kan ve vücut sıvılarıyla bulaş durumu								

Hiç	2,87±0,27	2,75±0,51	2,75±0,35	2,77±0,37	3,11±0,49	2,78±0,51	3,00±0,35	2,99±0,45
1 kez	2,81±0,25	2,76±0,40	2,81±0,37	2,70±0,38	2,92±0,44	2,58±0,43	2,93±0,30	2,97±0,37
2kez	2,82±0,28	2,88±0,37	2,87±0,42	2,55±0,56	2,99±0,57	2,59±0,33	2,90±0,42	2,91±0,46
3ve daha fazla	2,77±0,27	2,64±0,48	2,64±0,50	2,61±0,43	3,10±0,52	2,61±0,38	2,92±0,32	2,91±0,38
F/p	0,928/0,429	1,634/0,184	2,104/0,102	1,521/0,211	1,531/0,209	1,735/0,162	0,536/0,658	0,392/0,759

*a,b: gruplar arasındaki ortalama farklılıkları gösterir (a: en yüksek ortalama)*

*F: One-way ANOVA testi, t: Bağımsız örneklem t testi, \*:p<0,05*

Medeni durum, eğitim durumu, kimyasal maddeye maruz kalma durumu ve kan ve vücut sıvılarıyla bulaş durumları arasında NOSACQ-50 ölçek ve alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>0,05$ ). Cinsiyetler arasında çalışanların güvenlik iletişimi ve güvenlik yeterliliğine güvenmeleri alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Erkek çalışanların güvenlik iletişimi ve güvenlik yeterliliğine güvenmeleri alt boyut puanı kadınlara göre daha yüksektir. Unvanlar arasında çalışanların güvenlik iletişimi ve güvenlik yeterliliğine güvenmeleri alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Sağlık teknikeri olanların çalışanların güvenlik iletişimi ve güvenlik yeterliliğine güvenmeleri alt boyut puanı doktorlara göre daha yüksektir.

Çalışılan bölümler arasında NOSACQ-50 ölçeği ve yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği, yönetimin güvenliği desteklemesi, çalışanların güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Ameliyathanede çalışanların NOSACQ-50 ölçeği ve yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği, yönetimin güvenliği desteklemesi alt boyut puanları yoğun bakımda çalışanlara göre daha yüksek iken, ameliyathane ya da dahiliyede çalışanların güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri alt boyut puanı yoğun bakımda çalışanlara göre daha yüksektir.

Kesici delici alet yaralanma durumları arasında çalışanların güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Kesici delici alet ile yaralanma yaşamayan sağlık çalışanlarının güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri alt boyut puanı yaşayanlara göre daha yüksektir. Ergonomik sorun yaşama durumları arasında NOSACQ-50 ölçeği ve yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği, yönetimin güvenliği desteklemesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Ergonomik sorun yaşamayanların NOSACQ-50 ölçek puanı 3 ve daha fazla kez sorun yaşayanlara göre ergonomik sorun yaşamayan ya da 1 kez ergonomik sorun yaşayanların yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği alt boyut puanı 3 ve daha fazla kez ergonomik sorun yaşayanlara göre, 1 kez ergonomik sorun yaşayanların yönetimin güvenliği desteklemesi alt boyut puanı 3 ve daha fazla kez sorun yaşayanlara göre daha yüksektir. Çalışanların ergonomik sorun yaşama durumu arttıkça yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği ve yönetimin güvenliği desteklemesi alt boyut puanları azaldığı dikkati çekmektedir.

Tablo 4. Değişkenler ile NOSACQ-50 ölçek ve alt boyut puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

	Yaş	Çalışma süresi
Yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği	r	-0,048
	p	0,549
Yönetimin güvenliği desteklemesi	r	-0,033
	p	0,684
Yönetimin güvenlik adaleti	r	-0,071
	p	0,376
Çalışanların güvenlik taahhüdü	r	-0,015
	p	0,853
Çalışanların güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri	r	-0,165
	p	0,039*
Çalışanların güvenlik iletişimi ve güvenlik yeterliliğine güvenmeleri	r	0,072
	p	0,373
Çalışanların güvenlik sistemlerinin etkinliğine güvenmeleri	r	-0,092
	p	0,252
NOSACQ-50	r	-0,081
	p	0,314

r: Pearson korelasyon katsayısı, \*:  $p<0,05$

Yaş ve çalışma süresi ile çalışanların güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri alt boyut puanı arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ( $p<0,05$ ).

Tablo 5. NOSACQ-50 ölçek puanı üzerindeki etkili faktörlerin incelenmesi

	Standardize	olmayan	Standardize	t	p	95,0% CI	
	katsayı		katsayı			Alt sınır	Üst sınır
(Sabit)	B	Std. Hata	Beta				
	2,722	0,047		57,466	0,000	2,628	2,816

Çalışılan bölüm

Cerrahi/YB	0,101	0,068	0,149	1,491	0,138	-0,033	0,234
Dahiliye/YB	0,120	0,056	0,228	2,137	0,034	0,009	0,232
Ameliyathane/YB	0,213	0,086	0,224	2,477	0,014	0,043	0,384
Acil/YB	-0,024	0,089	-0,024	-0,267	0,790	-0,199	0,151

( $F=2,475$ ,  $p=0,047$ ,  $R^2=0,062$ )

Uygulanan çoklu doğrusal regresyon analizi sonucunda, çalışılan bölümlerin NOSACQ-50 ölçek puanı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı derecede bir etkisi bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Dahiliye bölümünde çalışanların NOSACQ-50 ölçek puanı, yoğun bakımda çalışanlara göre 0,120 puan daha yüksek iken, ameliyathanede çalışanların NOSACQ-50 ölçek puanı yoğun bakımda çalışanlara göre 0,213 puan daha yüksektir.

TARTIŞMA

Sağlık çalışanlarında kurum kültürünün iş kazalarına olan etkisini incelediğimiz bu çalışmada, güvenlik kültürü ölçeğinin toplam puanı ( $2,81\pm 0,26$ ) göz önüne alındığında, çalışanlarda güvenlik kültürü algılarının yüksek olmadığı ve geliştirilmeye açık yönleri olduğu görülmektedir. Güvenlik kültüründe güvenli iş ortamının oluşturulmasının aynı zamanda iş kazaları görülme sıklığını da azaltması beklenmektedir. Kurumlarda güvenlik kültürü geliştirmek için yapılan çalışmalara rağmen, güvenlik kültürünün yaralanmalar gibi iş kazalarını ne kadar etkilediğini saptamak önemlidir. Güvenlik kültürü, toplam ve alt boyut puanları ortalamasının üstünde ve yüksek bulunmuştur. Güvenlik kültürü alt boyut puan ortalamaları arasında çalışanların güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri ve yönetimin güvenlik adaleti değerlendirmelerinin en düşük puan ortalaması ile öne çıktığı görülmektedir.

Hastane yönetimi, hastanelerdeki güvenlik sorunlarının çözümü ve çalışma ortamı, çalışan ve hasta güvenliği sonuçlarının belirli itici güçleridir (Simsekler ve diğ., 2020). İrlanda'da altı sağlık kuruluşu üzerinde yapılan bir araştırmaya göre; sağlık çalışanlarından oluşan yüksek sayıdaki katılımcıların hasta güvenliği kültürüne yönelik olumlu tutumlara sahip oldukları ancak çalışma koşulları ve yönetim algılarını düşük puanladıkları ve iyileştirme için bu alanların kilit rol oynadığı belirlenmiştir (Gleeson ve diğ., 2023). Bir üniversite hastanesinin çalışan sağlığı ve güvenliği biriminde, 2015 yılı içinde gerçekleştirilen periyodik muayene kayıtlarına göre son bir yılda iş kazası geçirme sıklığı incelenmiştir. Muayene kayıtlarına göre son bir yılda en az bir iş kazası geçirenlerin oranı yaklaşık %28'tir. Bu çalışma ile acil serviste çalışmanın; cerrahi birimlere göre 2,5 kat, dahili birimlere göre 3,0 kat, idari ve teknik birimlere göre 5 kat daha riskli olduğu görülmüştür (Davas ve diğ., 2016). Acil servise iş kazası ile başvuran sağlık çalışanlarını değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada acil servise iş kazası ile başvuran sağlık çalışanlarından %25'nin hemşire, %6'nın ebe ve %3'nün ise doktor olduğu ve başvuranların %43'ünün kesici/delici alet yaralanması ile yaklaşık %15'inin fiziksel şiddet ile yaralandığı tespit edilmiştir (Bingöl, 2022).

Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının yaklaşık %50'sinin kesici delici alet ile en az bir kez yaralandığı görülmektedir. Tüm sağlık çalışanlarının güvenlik algısı ölçek toplam puanı ortalamasının üstündedir. Fakat kesici delici alet yaralanması yaşamayan çalışanların güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri alt boyut puanı, kesici delici alet yaralanması yaşayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksektir. Çalışmamızda, sağlık çalışanlarının yaklaşık %36'sı bir kez kan ve vücut sıvılarıyla bulaş yaşamıştır. Kan ve vücut sıvılarına maruz kalmada, kan yoluyla bulaşan patojenlerin bulaşma riskini artıran en önemli faktörlerden birinin de kesici delici alet yaralanmaları olduğu bilimsel çalışmalarla kanıtlanmıştır (Fenster ve Decker, 2022). İran'da bir hastanede sağlık çalışanları arasında iğne batması yaralanmalarının ve diğer yüksek riskli maruziyetlerin oluşumunu belirlemek için 2 yıl boyunca toplanan veriler gözden geçirilmiştir. İş kazası geçiren personelin 126(%74)'sında iğne batması yaralanması, 13(%8)'ünde kesici alet yaralanması ve 32(%19)'sinde potansiyel bulaşıcı sıvılarla mukozal temas olduğu tespit edilmiştir (Naderi ve diğ., 2012). Suudi Arabistan'daki sağlık çalışanları arasında iğne batması veya keskin yaralanmalar ve ilişkili faktörleri araştırmak için Ekim-Kasım 2021 tarihleri arasında toplam 361 sağlık çalışanının katıldığı çok merkezli bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmaya göre; sağlık çalışanları arasında en az bir iğne batması ya da kesici alet yaralanma olayının bir yıllık insidansının %22,2 olduğu tespit edilmiştir. Yaralanma olaylarının yarısından fazlası (%53,8) sağlık çalışanları tarafından yetkililere bildirilmemiştir. Delici-batıcı alet yaralanması insidansı en yüksek hekimlerde (%36) olup, bunu hemşirelerin (%35), diş hekimlerinin (%29) ve tıbbi teknoloji uzmanlarının (%21) takip ettiği tespit edilmiştir (Abalkhail ve diğ., 2022).

Unvanlar arasında çalışanların güvenlik iletişimi ve güvenlik yeterliliğine güvenmeleri alt boyut puanı bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede ( $p<0,05$ ) bir farklılık bulunmaktadır. Sağlık teknikeri olan çalışanların güvenlik iletişimi ve güvenlik yeterliliğine güvenmeleri alt boyut puanı hemşire ve doktorlara göre yüksek tespit edilmiştir. Literatürde sağlık profesyonelleri arasında güvenlik kültürü düzeylerinde farklılıklar mevcuttur. Ameliyathane çalışanları üzerinde yapılan bir çalışmaya göre; hasta güvenliği kültürüne ilişkin cerrahi hekimlerinin genel olarak en güçlü güvenlik kültürünü algıladıkları, hemşire ve cerrahi teknisyenlerin ise önemli ölçüde daha düşük güvenlik kültürü algıladıkları tespit edilmiştir (Pimentel ve diğ., 2021). Ameliyathanede çalışanların NOSACQ-50 ölçeği ve yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği, yönetimin güvenliği desteklemesi alt boyut puanları yoğun bakımda çalışanlara göre istatistiksel olarak anlamlı ( $p<0,05$ ) derecede daha yüksektir. Ameliyathane ya da dahiliyede çalışanlarının güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri alt boyut puanı yoğun bakımda çalışanlara göre daha yüksektir. Yoğun bakım planlanmamış pek çok uygulamanın ani olarak yapılmasını gerekli kılan oldukça dinamik bir yapıya sahip olması bu sonuca ulaşmada etkili olabilir. Bununla birlikte ameliyathaneler iş kazası potansiyelinin yüksek olduğu birimlerdir. Bir uygulama ve araştırma hastanesinde görev yapan 610 sağlık çalışanının katılımı ile yapılan çalışmada ameliyathane ve acil serviste çalışan sağlık çalışanlarında iş kazası oranı daha yüksek tespit edilmiştir (Aygün ve Ozvurmaz, 2020). Avustralya'nın altı farklı hastanesinden 24 acil serviste çalışan 420 hemşirenin katıldığı güvenlik ilkimi algıları çalışmasına göre; genel olarak hemşirelerin güvenlik kültürü algılarının uluslararası verilerden daha yüksek olduğu görülmüştür. Bazı hastanelerde çalışan hemşirelerin algıları hastaneler

arasında olduğu kadar her hastane içindeki servisler arasında da farklılık göstermiştir (Soh ve diğ., 2018). Çalışmamızda literatürdeki bazı çalışmalardan ayrışacak şekilde sağlık teknikerlerinin güvenlik iletişimi ve güvenlik yeterliliği alt boyut puanı, hemşire ve doktorlara göre daha yüksek tespit edilmiştir. Çalışmamıza göre literatür ile benzer şekilde çalışılan bölüme göre güvenlik algısı alt boyutlarında farklılıklar dikkati çekmektedir.

Çalışmamızda sağlık çalışanlarının %42'sinin en az 1 kez ergonomik sorun yaşadığı tespit edilmiştir. Ergonomik sorun yaşama durumları arasında NOSACQ-50 ölçeği ve yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği, yönetimin güvenliği desteklemesi alt boyut puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı derecede bir farklılık bulunmaktadır ( $p<0,05$ ). Buna göre ergonomik sorun yaşamayanların NOSACQ-50 ölçek puanı 3 ve daha fazla kez ergonomik sorun yaşayanlara göre ergonomik sorun yaşamayan ya da 1 kez sorun yaşayanların yönetimin güvenlik önceliği ve yeteneği alt boyut puanı 3 ve daha fazla kez sorun yaşayanlara göre 1 kez ergonomik sorun yaşayanların yönetimin güvenliği desteklemesi alt boyut puanı 3 ve daha fazla kez sorun yaşayanlara göre daha yüksektir. Ergonomik sorun yaşamayanların yönetsel faaliyetlere karşı daha olumlu bir bakış açısı sergilemeleri beklenen bir sonuçtur. Kompleks yapılar olan hastaneleri yönetmekten sorumlu olan yöneticilerin olumlu liderlik becerilerine sahip olmaları, çalışanların güvenlik kültürünün oluşmasını, hasta bakım kalitesini ve sağlık çalışanlarının iyi olma düzeyini etkilemektedir. Farklı 31 hastanede görevli sağlık çalışanlarının katıldığı araştırmada sağlık çalışanlarının güvenlik kültürü ve iyi olma durumlarının yöneticilerin liderlik davranışları ile ilgili olduğu saptanmıştır (Tawfik ve diğ., 2023). Çalışmamızda, çalışanların ergonomik sorun yaşama durumu arttıkça yönetime dair alt boyut puanlarının azaldığı dikkati çekmektedir.

Araştırmanın sınırlılıkları:

Bu çalışmanın tek bir özel hastane kapsamında yapılmış olması örneklem büyüklüğünü kısıtlayan ve bulguların diğer sağlık hizmeti ortamlarına göre genellenebilirliğini sınırlayan bir durumdur.

## Sonuç

Sağlık çalışanlarında kurum kültürünün iş kazalarına olan etkisini incelediğimiz bu çalışmada güvenlik kültürü ölçeğinin toplam puanı göz önüne alındığında, çalışanlarda güvenlik kültürü algılarının yüksek olmadığı ve geliştirilmeye açık yönleri olduğu dikkati çekmektedir. Güvenlik kültürü alt boyut puan ortalamaları arasında çalışanların güvenlik önceliği ve risk almayı kabul etmemeleri ve yönetimin güvenlik adaleti değerlendirmelerinin en düşük puan ortalaması ile öne çıkan bulgular olduğu görülmektedir. Sağlık örgütlerinde güvenliğin öncelikli bir alan olarak değerlendirilmesi ve yöneticilerin bu konudaki beceri ve yetkinliklerinin artırılması büyük bir öneme sahiptir.

## References

1. Abalkhail, A., Kabir, R., Elmosaad, Y.M., Alwashmi, A.S.S., Alhumaydhi, F.A., Alslamah, T., & et al., (2022). Needle-Stick and sharp injuries among hospital healthcare workers in Saudi Arabia: A cross-sectional survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(10). doi:10.3390/ijerph19106342
2. Aygün, G., & Özvuramaz, S. (2020). Sağlık çalışanlarının yaşadığı iş kazaları ve ilişkili faktörler. *Medical Sciences*, 15(4), 123-132.
3. Azadeh-Fard, N., Schuh, A., Rashedi, E., & Camelio, J. A. (2015). Risk assessment of occupational injuries using Accident Severity Grade. *Safety Science*, 76, 160-167. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2015.03.002>
4. Bingöl, Ü. (2022). Acil servise iş kazası ile başvuran sağlık çalışanlarının değerlendirilmesi. *İzmir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 26(2), 161-166.
5. Davas, A., Türk, M., ve Yüksel, M. (2016). Çalışma koşulları ile iş kazaları arasındaki ilişkisi: Bir hastane örneği. *Türk Tabipleri Birliği Mesleki Sağlık Ve Güvenlik Dergisi*, 16( 60), 67 - 75.
6. Dewi, A.I., & Wardani, E. (2022). Occupational health and safety management system and work-related accidents among hospital nurses. *Enfermería Clínica*, 32, S6-S10. doi:<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.03.008>
7. Fenster, E.S., & Decker, C.F. (2022). Occupational exposure to blood borne pathogens. *Disease-a-Month*, 101499. doi:<https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2022.101499>
8. Gershon, R.R.M., Karkashian, C.D., Grosch, J.W., Murphy, L.R., Escamilla-Cejudo, A., Flanagan, P.A., & et al., (2000). Hospital safety climate and its relationship with safe work practices and workplace exposure incidents. *American Journal of Infection Control*, 28(3), 211-221. doi:<https://doi.org/10.1067/mic.2000.105288>
9. Gleeson, L.L., McNamara, J., Donworth, E., Crowley, E.K., Delaney, A., Sahm, L., & et al., (2023). Healthcare provider perceptions of safety culture: A multi-site study using the safety attitudes questionnaire. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 9, 100228. doi:<https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2023.100228>
10. Grytdal, S.P., Kobeski, A., Kaplan, C., Flanagan, E., & Cousin, P. (2006). The Relationship between hospital-based healthcare personnel perceptions of safety culture and the occurrence of sharps injuries. *American Journal of Infection Control*, 34(5), E14. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ajic.2006.05.166>
11. Guspianto, Ibnu, I.N., & Solida, A. (2021). Predictors of hospital patient safety culture outcomes in Jambi Province. *Enfermería Clínica*, 31, S722-S729. doi:<https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.07.024>
12. ILO, I.L.O. (2021). Safety and health at work. Retrieved from <https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/lang-en/index.htm>

13. Kurttekin, A., ve Taşgın, E. (2019). Sağlık hizmetlerinde iş kazaları ve kesici-delici alet yaralanma araştırmaları üzerine bir değerlendirme. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 17(2), 135 - 182.
14. Naderi, H.R., Sheybani, F., Bojdi, A., & Mostafavi, I. (2012). Occupational exposure to blood and other body fluids among health care workers at a university hospital in Iran. *Workplace Health & Safety* 60( 10), 419-422.
15. Persson, U. (2021). Costs of Accidents. In R. Vickerman (Ed.), *International Encyclopedia of Transportation* (pp. 196-199). Oxford: Elsevier.
16. Pimentel, M.P.T., Choi, S., Fiumara, K., Kachalia, A., & Urman, R.D. (2021). Safety culture in the operating room: Variability among perioperative healthcare workers. *J Patient Saf*, 17(6), 412-416. doi:10.1097/pts.0000000000000385
17. Ropponen, A., Gluschkoff, K., Ervasti, J., Kivimäki, M., Koskinen, A., Krutova, O., & et al., (2023). Working hour patterns and risk of occupational accidents. An optimal matching analysis in a hospital employee cohort. *Safety Science*, 159, 106004. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2022.106004>
18. Schulman, P.R. (2020). Organizational structure and safety culture: Conceptual and practical challenges. *Safety Science*, 126, 104669. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.104669>
19. SGK, S.G.K. (2023). SGK İstatistik Yıllıkları. Retrieved from <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/>
20. Simsekler, M.C E., Qazi, A., Alalami, M.A., Ellahham, S., & Ozonoff, A. (2020). Evaluation of patient safety culture using a random forest algorithm. *Reliability Engineering & System Safety*, 204, 107186. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ress.2020.107186>
21. Soh, S.E., Morello, R., Rifat, S., Brand, C., & Barker, A. (2018). Nurse perceptions of safety climate in Australian acute hospitals: a cross-sectional survey. *Aust Health Rev*, 42(2), 203-209. doi:10.1071/ah16172
22. Tawfik, D.S., Adair, K.C., Palassof, S., Sexton, J.B., Levoy, E., Frankel, A., & et al., (2023). Leadership behavior associations with domains of safety culture, engagement, and health care worker well-being. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 49(3), 156-165. doi:10.1016/j.jcjq.2022.12.006
23. Uçak, A., Kiper, S., ve Karabekir, H.S. (2011). Sağlık Çalışanlarının karşılaştıkları iş kazaları ve eğitimin iş kazalarını azaltma durumuna etkisi. *Bozok Tıp Dergisi*, 1(3), 7-15.
24. WHO, W.H.O. (2019). *Workplace Health and Safety Queensland. Understanding safety culture*. Brisbane: The State of Queensland; 2013. Retrieved from ([https://www.worksafe.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/82705/understanding-safety-culture.pdf](https://www.worksafe.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0004/82705/understanding-safety-culture.pdf), accessed 26/03/ 2023).
25. Zohar, D. (1980). Safety climate in industrial organizations: Theoretical and applied implications. *Journal of applied psychology*, 65(1), 96.
26. Zopçuk, O. (2015). İşletmelerde güvenlik kültürünün ölçümü: Küçük ve büyük ölçekli tekstil ve metal işyerleri uygulaması. *İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanlık Tezi*. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü, Ankara.

## Türkiye'de Sağlık Turizminin Sürdürülebilirliği

Oya ADIYAMAN<sup>1</sup>, Mahmut AKBOLAT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Sakarya Üniversitesi

Sorumlu Yazar: oya.adiyaman1@ogr.sakarya.edu.tr

Sağlık turizmi temelde, bireylerin duygusal, zihinsel, fiziksel ve psikolojik sağlığını tatmin ederek yaşamdan beklenen memnuniyet düzeylerini, duygusal ve sosyal açıdan iyilik hallerini artıran turistik faaliyet ve seyahatleridir. Bireylerin kendileri için en uygun fiyat ve yüksek kalitede sağlık hizmetine erişmek istemeleri ve bunun yanı sıra diğer turizm faaliyetlerinden de yararlanabilmeleri amacıyla başka bir ülkeye seyahat etmeleri sağlık turizm faaliyet alanının oluşmasını sağlamaktadır. Türkiye gerek sahip olduğu coğrafi konum avantajı, yabancı dil bilen sağlık personeli ve nitelikli sağlık profesyonelleri gerekse de ekonomik düzeyde ücretler konusunda cazip bir pazar olmaktadır. Tüm bu faktörler Türkiye'nin önemli bir sağlık turizmi destinasyonu olduğunu göstermekle beraber, sağlık turizmi alanında dünya ülkeleri sıralamasında mevcut potansiyeli kullanarak daha ileri bir seviyeye gelmesinin ve bunun sürdürülebilirliğinin sağlanmasını gerekli kılmaktadır. Bu doğrultuda çalışmada Türkiye'de sağlık turizminin geçmişi, mevcut durumu ve hedefleri sürdürülebilirlik perspektifinden incelenmektedir. Çalışmada ikincil verilerden yararlanılarak Türkiye'yi ziyaret eden sağlık turisti sayısı, sağlık turistlerinin harcamaları ve bunlara ilişkin diğer veriler aktararak sağlık turizminin sürdürülebilirliği tartışılmaktadır. Çalışmanın bulgularına göre, sağlık turizminde mevcut durumun geliştirilmesinde sürdürülebilirlik çok fazla önem arz etmektedir. Çünkü bu alanda iddialı olan tüm ülkeler giderek daha fazla turist çekmek için rekabet yeteneklerini geliştirmeye çaba sarf etmektedir. Bu sebeple sadece bu günün sağlık turistlerini değil; gelecekte hizmet almak isteyen sağlık turistlerini de çekecek tedbir alınmalıdır. Türkiye özelinde bakıldığında sağlık turizminin sürdürülebilirliğini sağlamak için gerekli tesis, insan kaynağı ve destekleyici diğer destinasyon koşullarının bulunduğu ve giderek geliştiği görülmektedir. Kadın hastalıkları, iç hastalıkları, göz hastalıkları, genel cerrahi, ortopedi ve travmatoloji ve diş hekimliği gibi önemli alanlarda sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu alanlarda hizmet sunmayı stratejik amaç olarak belirleyen sağlık kuruluşu sayısı artırılmanın yanı sıra; farklı alanlarda stratejik konumlar oluşturmaya özen gösterilmelidir. Sağlık turistleri genellikle yakın coğrafi bölgelerden gelmektedir. Ulaşımın ve uzaktan hizmetlerin hızla geliştiği günümüz koşullarında daha uzak ülkelerden hasta çekmek için tanıtım faaliyetleri geliştirilmeli; özellikle akredite ve sağlık turizmi yetki belgesi verilen kuruluşlarda yeşil hastane yatırımları öne çıkılmalıdır. Sonuç olarak sağlık turizminin sürdürülebilirliğinin sağlanması için hizmet sunulan alanların geliştirilmesi, akredite sağlık kuruluşu ve bu alan özgü olarak yetiştirilmiş sağlık çalışanı sayısının artırılması, sağlık kuruluşlarının birbirleriyle rekabet etmekten daha çok belli alanlarda uzmanlaşarak işbirliği yapmaları, sağlık turisti çekilen ülkelerin sayısının artırılması, sağlık turizmini destekleyecek destinasyonların geliştirilmesi ve kamu ve özel sektör arasında işbirliği yapılması önerilmektedir. Bu bildiri çalışması 2023-19-43-30 numaralı proje kapsamında Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) tarafından desteklenmektedir

**Anahtar Kelimeler:** Turizm, Sağlık Turizmi, Sürdürülebilirlik

### Sustainability of Health Tourism in Turkey

Health tourism is activities and trips that increase the expected satisfaction levels from life and their emotional and social well-being by satisfying individuals' emotional, mental, physical and psychological health. The fact that individuals want to travel to another country to reach health services at the most affordable price and quality for themselves and to benefit from other tourism activities enables the formation of the field of health tourism activity. Turkey is an attractive market in terms of economic wages with the advantage of its geographical location, foreign-language-speaking medical personnel and qualified health professionals. Although all these factors indicate that Türkiye is an important health tourism destination, it is necessary to reach a more advanced level and ensure its sustainability by using the potential that exists in the ranking of world countries in the field of health tourism. In this direction, the history, current situation and goals of health tourism in Turkey are examined from a sustainability perspective. In the study, the sustainability of health tourism was discussed by using secondary data to transfer the number of health tourists visiting Türkiye, health tourism expenditures, and other related data. According to the study's findings, sustainability is of great importance in developing the current situation in health tourism because all countries that are ambitious in this area are striving to improve their competitive capabilities to attract more and more tourists. For this reason, health tourists Measures should be taken to attract health tourists who will want to receive services in the future. When we look at Turkey in particular, it is seen that the necessary facilities, human resources, and other supporting destination conditions are available to ensure the sustainability of health tourism and are gradually developing. Health services are provided in important fields such as gynecology, internal medicine, eye diseases, general surgery, orthopedics, traumatology, and dentistry. In addition to increasing the number of health institutions that determine the provision of services in these areas as a strategic goal, Care should be taken to create strategic positions in different areas. Health tourists usually come from nearby geographical regions. In today's conditions, where transportation and remote services are developing rapidly, promotional activities should be designed to attract patients from more distant countries. Green hospital investments should be prominent, especially in accredited and health tourism authorization certificates. As a result, to ensure the sustainability of health tourism, the development of the areas where services are provided, the increase in the number of accredited health institutions and health workers specially trained in this field, the cooperation of health institutions by specializing in specific areas rather than competing with each other, increasing the number of countries attracting health tourists, developing destinations to support health tourism and cooperating between the public and private sectors Recommended. This paper is supported by Scientific Research Projects (BAP) within the scope of project 2023-19-43-30.



**Keywords:** Tourism, Health Tourism, Sustainability

Bu bildiri çalışması 2023-19-43-30 numaralı proje kapsamında Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) tarafından desteklenmektedir.

## I. Giriş

### 1.1. Sağlık Turizmi

Ekonomik iklim, iç politika değişiklikleri, reklam ve tanıtım uygulamaları, yenilikçi ve öncü tedavi biçimleri ve jeopolitik değişimler gibi bir dizi faktör, yurtiçi ve yurtdışı sağlık hizmetlerinin tüketim ve üretim modellerindeki değişimlere katkıda bulunmaktadır (Lunt vd., 2011). İnsanlar sağlık problemlerinin çözümü için artık yalnızca kendi ülkelerindeki fiyatları ya da sağlık profesyonellerini değil; diğer ülkelerdeki fiyat ve çözüm seçeneklerini de değerlendirerek en iyisini seçmek için çabalamaktadır. Bu sebeple sağlık turizmi hasta ve hasta yakınlarının, tatil ve tedavi amaçlı ülkelerarası yapılan seyahatler nedeniyle yapılan tüm etkinlikleri kapsayan bir kavram olarak nitelendirilmektedir (Aydın, 2012). Ayrıca, seyahat konusunda sağlığın en eski ve en kalıcı güdülerden olduğunu ve turizmin hemen hemen bütün türlerinde her zaman sağlığın bir işlevi olduğunu da dikkate almak gerekmektedir.

Sağlık turizmi temelde, bireylerin duygusal, zihinsel, fiziksel ve psikolojik sağlığını tatmin ederek yaşamdan beklenen memnuniyet düzeylerini, duygusal ve sosyal açıdan iyilik hallerini artıran turistik faaliyet ve seyahatlerini ifade etmektedir (Ullah vd., 2021). Sağlık turizminin termal-SPA-wellness turizmi, medikal turizm, engelli turizmi ve yaşlı turizmi olmak üzere dört türü bulunmaktadır. Sağlık turizmi kapsamında hizmet alan bireyler için ise sağlık hizmetleri literatüründe, uluslararası tıbbi seyahat edenler (Cormany ve Baloğlu, 2010, Crozier ve Baylis, 2010), sağlık turisti (Elbaz vd., 2023) ve tıbbi dış kaynak kullanıcıları (Jones ve Keith, 2006) gibi farklı şekillerde isimlendirilmektedir.

Sürekli değişen tüketici ihtiyaçlarına bağlı farklılık gösteren sağlık turistlerinin görüşleri ve turizm hareketleri destinasyonları etkilemektedir (İpar ve Doğan, 2013). Seyahat destinasyonlarında sağlık hizmeti talep eden turistlerin sürekli artış göstermesi ülkeler için destinasyon alanlarını geliştirerek daha çekici hale getirmeyi mecbur kılmaktadır (Johnston vd., 2010). Sağlık turistleri destinasyon tercihinde öncelikli olarak ülke; daha sonra da o ülkedeki mevcut sağlık tesisleri arasından birini seçmeleri beklenmektedir (Sevim ve Sevim, 2019). Bu anlamda destinasyon seçiminde erişilebilirlik önemli bir etkidir ve sağlık turistlerinin bu tercihlerinde sağlık tesislerine yaşadıkları yerden erişim sağlayabilmeleri önem arz etmektedir (Biswas vd., 2020). Bununla birlikte sağlık turizmi tedarikçileri (örneğin, hastaneler) için destinasyonun çekiciliğini sadece erişilebilirlik ya da iyi bir hastane olmaları değil; aynı zamanda sağlık turistlerini çekmek için kendilerini stratejik olarak konumlandırmaları da önemli bir faktördür (Johnston vd., 2010). Bir çok ülke bu stratejik konumlandırmalarda, cazip fiyatlar oluşturma, altyapı iyileştirmelerine yatırım yapma ve sağlık turizmine artan talebi karşılayabilecek mevcut kapasiteyi geliştirmek için tıp uzmanlarını eğitime gibi turistleri çekmeye yönelik faaliyetler sürdürmektedir (Rahman vd., 2018).

### 1.2. Sürdürülebilirlik

Sürdürülebilirlik genel olarak bir varlığın, çıktının veya sürecin zaman içinde devam ettirilme kapasitesidir. (Jenkins, 2009). Dolaylı olarak kavram, sürdürülemez herhangi bir ürün/hizmetin uzun süre sunulamayacağı ve bir noktada işlevini yitireceği anlamına gelmektedir (Heinberg ve Lerch, 2010). 1970'li yıllardan itibaren sıkça kullanılmaya başlanan sürdürülebilirlik kavramı, Dünya Çevre ve Kalkınma Komisyonu'nun yayımladığı Ortak Geleceğimiz Raporu (1987) sonucunda dünya genelinde politika ve teori geliştirmenin yanı sıra yönetim uygulamalarında da uygulanmaya başlanmıştır. Bu bağlamda sürdürülebilirlik, hemen hemen tüm sektörlerdeki kuruluşların uzun vadeli planlamaları için temel yapı taşı olmanın yanı sıra iş zorunluluğu haline de gelmektedir (Al Issa vd., 2023). Buna göre sürdürülebilirlik, bu günün ihtiyaçlarını gelecek nesillerin ihtiyaçlarını tehlikeye atmadan karşılanmasını gerektiren gelişmeler olarak tanımlanabilir (WCED, 1987).

Kaynak kıtlığı, küresel iklim değişiklikleri ve kirliliğin artması sürdürülebilirliğin ve organizasyonların çevreye olan etkilerinin sorgulanmasına neden olmaktadır. (Bilec vd., 2010). Gözlemlenen etkilerin sonuçları organizasyonlar üzerinde daha çevreci olma yönünde bir baskı yaratmaktadır. Sağlık sektörü enerji ve diğer doğal kaynakların büyük bir tüketicisi konumundadır (Hijjo vd., 2015). Hastaneler, sağlık hizmeti sunumunu aksatmadan yerine getirmeye çalışırken hizmet sunumu için gerekli tüm cihazlar sürekli çalışır durumdadır. Özellikle yüksek çözünürlük ihtiyacı sebebiyle daha fazla enerji harcamakta olan tıbbi görüntüleme cihazları ve diğer cihazların bakımı, kontrolü ve çalıştırılmaları da yüksek enerji tüketimine neden olabilmektedir (Meriç, 2021). Hastanelerde yüksek enerji tüketimine neden olan diğer unsurlara değinen Altın (2023) bu unsurları; aydınlatma sistemleri ile havalandırma, soğutma ve ısıtmayı içine alan iklimlendirme sistemleri şeklinde ele almaktadır. Hastaneler diğer ticari işletme binaları ile kıyaslandığı zaman 2,5 kat daha fazla karbon emisyonu ürettiği gözlemlenmektedir (Schiller, 2012). Yeşil hastaneler bu noktada sürdürülebilirlik üzerindeki çevresel etkileri sürekli azaltarak insan sağlığını iyileştiren ve sağlık hizmetini daha çevreci sunan hastaneler olarak karşılaşılmaktadır (Tarkar, 2022). Yeşil hastanelerde ameliyathane, hasta odası ve iç ortam sıcaklığı ideal sıcaklık değeri baz alınarak sabitlenmektedir. LEED for Healthcare (Sağlık Hizmetleri için LEED), GREENSTAR Healthcare (Yeşil Yıldız Sağlık Hizmetleri) ve BREEAM for Healthcare (Sağlık Hizmetleri için BREEAM) gibi birtakım uluslararası sertifika programları hastaneleri sürdürülebilirlik, yönetim, su ve enerji verimliliği, malzeme seçimi, atık yönetimi ve tasarımda yenilik gibi faktörler çerçevesinde değerlendirerek yeşil hastane düzeylerini belgelendirmektedir (Sahamir ve Zakaria, 2014).

### 1.3. Sağlık Turizminin Sürdürülebilirliği

Sürdürülebilir turizm, mevcut bir durum ya da yapının doğasında var olan bir karakteristik değil turizmin başarmak için çabalamak zorunda olduğu bir amaçtır (Clarke, 1997). Edgell ve arkadaşları (2007)' na göre sürdürülebilir turizm, sağlık turizmi de dahil tüm turizm çeşitlerinin mevcut bölgelerinde sunulacak hizmetlerin planlama aşamasından başlayarak hizmet sunumunun tüm

aşamalarında temel bir kriter olarak uygulanmasıdır. Buna karşılık Weaver (2006), sürdürülebilir sağlık turizmini olumsuz etkileri minimize ve olumlu etkileri maksimize etmeyi amaçlayan bir yaklaşım olarak değerlendirmektedir. Bunun için kapsamlı sürdürülebilir sağlık turizmi, sosyo-kültürel, çevresel ve ekonomik etkileri bütüncül bir yaklaşımla küresel ve sektörlerarası bağlamda ele alınmasını gerektirmektedir.

Sürdürülebilirlik, hastalara sunulan sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu yalnızca bugünle sınırlandırmayarak geleceğe taşıyan, sağlık hizmetlerindeki kalitenin bir parçası olarak kavramsallaştırılabilmektedir. Hovlid ve arkadaşları (2012)'na göre kaliteli sağlık bakımı sürdürülebilirlik için bir ön koşuldur. Benzer şekilde Ranabhat ve Jakovljevic(2023) de kaliteli bakımı sağlık turizmi için önemli bir konu olarak kabul etmekte ve kaliteli bakımın sürdürülebilir bakımı sağlayacak şekilde yapılması gerektiğini vurgulamaktadır. Sağlık turizminde sürdürülebilir bir yaklaşımın sunulan sağlık hizmetlerinin değerini koruması, olumlu tedavi sonuçlarına yönlendirmesi ve nihayetinde mali yükü azaltması öngörülmektedir.

Sylvia ve arkadaşları (2015), sağlık turizm faaliyetlerindeki sürekli iyileştirmenin, sağlık hizmeti sunan kuruluşları verimsiz geleneksel kavramlardan kurtararak, verimli bir şekilde performans göstermek için yeni teknolojileri ve yönetim modellerini kullanan verimli kuruluşlara dönüştürdüğünü ve dolayısıyla daha kaliteli sonuçlar ürettiğini vurgulamaktadır. Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliğe dikkat çeken Al Issa ve arkadaşları (2023) da sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumu ve sürdürülebilir performans arasında ilişki olduğunu ileri sürmektedir. Üstün performans elde etmek için temel kaynakları ve yetenekleri sunarak stratejik hareket etmek gerekmektedir. Bu stratejik adımları Pessot ve arkadaşları (2021) bir tabloda sunarak her bir alan ve uygulamanın sağlık turizmini sürdürülebilir kılacak stratejik hedefler barındırdığını vurgulamaktadır (Tablo 1).

**Tablo 1. Sağlık Turizminin Sürdürülebilirliğine Yönelik Müdahale Alanları ve Uygulamalar**

Alanlar	Uygulamalar
Değer yaratma	Ürün sunumunun çeşitlendirilmesi
	Tıbbi hizmetlerdeki kalitenin artırılması ve tedarik aşaması için kalite odaklı bir yaklaşımın benimsenmesi
	Uluslararası hizmet standartlarının sağlıklı yaşam hizmeti sağlayıcıları tarafından benimsenmesi
	Müşteri değeri, sağlık kuruluşu değeri, toplum değeri ve doğal çevreye olan faydaları içerecek şekilde değer yaratma kavramının genişletilmesi
	Yönetim sistemlerini iyileştirme ve yönetim süreçlerini içselleştirme
	Sağlık kuruluşları ve konaklama tesislerinin modernizasyonu
İş Birliği	Doğal kaynakların ve yapıların haritalandırılmasına yönelik ulusal veri tabanlarının geliştirilmesi.
	Tüm paydaşların yakın işbirliği (özel ve kamu ortaklığı yoluyla): turizm hizmet sağlayıcıları, sağlık kurumları, yerel topluluk ve kamu sektörü, çevre ve hedeflenen turistler
	Kalkınma planlarında turistler dahil tüm paydaşların çıkarları dikkate alınmalıdır.
	Modern/bütünleşik mekânsal ve ekonomik planlama temeline dayanan sistemik bir yaklaşımın benimsenmesi
	Uzun vadeli sürdürülebilirlik stratejisini etkili bir şekilde uygulamak amacıyla sağlık kuruluşlarında rekreasyon-turist kümelerinin kurulması
	Yeni tesislerin mevcut tedavi tesisleriyle entegrasyonunu
Politika ve Standartlar	Kaliteli sağlık turizm hizmetleri için güçlü bir arka plan sağlamak amacıyla ulusal bir kalite güvence ölçeğinin oluşturulması.
	Devlet desteği: yatırımı teşvik etmek ve yatırımcıların finansal ve operasyonel risklerini azaltmak için uygun politika ve düzenlemeler
	Sağlıklı yaşam ürünlerinin emniyeti, güvenliği ve sanitasyonu için önleyici tedbirlerin bir hükümet politikası olarak formüle edilmesi
	Eğitim kurumları aracılığı ile özel eğitim veya sertifika programları
Teknoloji ve Bilim	İlgili teknolojinin mevcudiyeti (yeni makinelerin ve yüksek kaliteli ekipmanların sağlanması).
	Şifalı suların etkinliğine dair bilimsel kanıt sağlayacak araştırmalar yapılması
Organizasyon Becerileri	İlgili niteliklere sahip uzman personelin temini
	Sağlık hizmetlerinde işin gerekliliklerini yerine getirecek şekilde eğitimin sağlanması
Sürdürülebilirlik	Su yönetimi, su arıtma ve kanalizasyon tesislerinin modernizasyonu; içme suyu temini için yeraltı suyunun araştırılması ve harekete geçirilmesi ve mevcut kaynakların akılcı kullanımı

Sürdürülebilir su kaynakları yönetimi ve çevre koruma uygulamalarının uygulanması
Araziler, kaplıcalar ve diğer doğal kaynakların sürdürülebilir kullanımıyla tutarlı stratejiler geliştirmek
Enerji tasarrufu sağlayan teknolojilerin benimsenmesinin yoğunlaştırılması ve tesislerde yenilenebilir enerji kullanımının yanı sıra termal suyun diğer kullanımlarının geliştirilmesi
Yeraltı su kaynaklarının kirliliğe ve aşırı kullanıma karşı korunması amacıyla gözlemler yapılması
Jeo-çevresel analiz çerçevesinde rekreasyonel kaynakların tahmini (doğal kaynakların rasyonelleştirilmesi ve sağlık turizminin geliştirilmesi için gerekli bir ön koşuldur)

**Kaynak:** Pessot vd., (2021).

Diğer turizm faaliyetleri gibi sağlık turizminde de destinasyonlar tarafından "daha sürdürülebilir" ve "daha yeşil" stratejilerin uygulanması, sağlık turistlerinin davranışları ve tüketim kalıpları üzerinde etki yaratarak çevresel kaygıların yansıtılmasına yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda, çevre dostu girişimler, sağlık turizm hizmeti sunan sağlık kuruluşları ve destinasyonlar için, çevresel etkiyi azaltmak ve kilit paydaşlarla ilişkileri yönetmek için stratejilerini yeniden şekillendirmede önemli bir odak olmaktadır (Satta vd., 2019). Sağlık turizmi, doğal ortamda spa tesisleri, fitness ve diyet merkezleri geliştirerek ekoturizm yatırımını destekleyen popüler bir sektör olmaktadır (Lunt vd., 2019). Bu sebeple, uzun vadeli çevresel sürdürülebilirliğin sağlanması konusunda ekoturizmin sağlık turizmi ve otelcilik sektöründeki faydalarını ve olumlu etkilerini anlamak önem arz etmektedir. Sağlık turizm ve otelcilik işletmeleri, sağlık turistleri ve yakınlarının eylemlerinden doğrudan sorumlu olmadıkları halde fiyatlandırma politikaları yoluyla onları olumlu çevresel davranışlar için teşvik edebilmektedirler (Bugdol vd., 2019). Bu tarz teşvikler ekoturizme katkı sağlarken diğer kuruluşlar için de önemli birer örnek olabilmektedir.

Sağlık kuruluşu seçimi noktasında sağlık turistleri için çok fazla alternatif bulunmaktadır. Bu alternatifler arasında kuruluşları analiz ederek yapacakları seçim için daha kısa bir yol olan web sitelerini incelemeyi tercih etmektedirler (Tekingündüz vd., 2021). Web sitelerinin doğru kullanımı sağlık turizmi açısından sağlık kuruluşlarına stratejik fayda sağlayarak sürdürülebilirlik üzerinde olumlu etki yaratacaktır. Türkiye’de ki web sitelerinin verimli kullanılıp kullanılmadığına dair yapılan araştırma sonuçları ise sağlık turizm faaliyeti gösteren sağlık kuruluşlarının bu konuya yeterince önem vermedikleri, daha anlaşılır ve tanıtım faaliyetlerine ağırlık veren web siteleri geliştirilmesi gerekliliği sonucuna varmaktadır (Göde vd., 2021).

### Türkiye’de Sağlık Turizminin Sürdürülebilirliği

Türkiye’de sağlık turizminin gelişimi ile ilgili literatür incelendiğinde Sağlıkta Dönüşüm Programı’na paralel olarak sağlık turizminin hızla gelişmeye başladığı görülmektedir (Tontuş, 2017). Medikal turizm sağlık turizmi kapsamında değerlendirilerek 2010 yılında Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizm Birimi oluşturulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2010). Sonrasında 2015 yılında 1332 sayılı 2015/3 Genelge ile "Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK)" kurulmuştur. Günümüzde Sağlık Bakanlığı ile Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAS) ve Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği (TÜRSAB) sektörün geliştirilmesi için çaba harcamaktadır.

Devlet desteği ve teşvikleri olmadan sürdürülebilir bir sağlık turizminin sağlanması oldukça güçtür (Aslanova, 2013). Bu sebeple ülkeler sağlık turizmi konusunda küresel rekabet ortamında kendileri için hedefledikleri sırayı alabilmek adına sağlık hizmeti sunucularına bir takım destekler sağlamaktadır. Bu kapsamda Türkiye, Hindistan, Tayland, Singapur ve Malezya gibi birçok ülkenin sağlık turizminin gelişimindeki sürdürülebilirliği teşvik etmek için bir takım finansal destek programları uyguladığı görülmektedir (Lunt vd., 2016). Ticaret Bakanlığı tarafından, sağlık turizminin uluslararası pazarda rekabet gücünü arttırmak, gelişimine katkıda bulunmak ve bu gelişimi sürdürülebilir kılmak amacıyla organizasyon faaliyet giderlerinin bir bölümü hibe desteği olarak kabul edilmektedir (Aktepe ve ark., 2020). Türkiye’de özellikle Covid-19 döneminde kısıtlamaların olduğu ve sağlık turistlerinin nispeten daha az seyahat ettiği süreçte sağlık turizmine yönelik sağlanan destekler, Ekonomi Bakanlığı tarafından yayımlanan 2015/8 sayılı 'Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Tebliği' ile sağlanan hibe destekleri kapsamında yeniden düzenlenmiştir (Tengilimoğlu, 2021).

Sağlık turizmi sektörünün öncüleri sayılan Hindistan, Singapur, Tayland, Malezya ve Türkiye gibi ülkelerde sağlık turizminin gelişim süreci incelendiğinde kalitenin ve dolaylı olarak akreditasyonun önem kazandığı görülmektedir (Yılmaz ve Yılmaz, 2022). Sağlık turistleri sağlık hizmeti alacakları ülkenin uluslararası akreditasyon kuruluşları tarafından akredite olmasına dikkat ederek bu tür sağlık merkezlerinden sağlık hizmeti almayı tercih etmektedir (Işık ve Tengilimoğlu, 2020). Bu bağlamda 2020 yılında Dünyada akredite olan bütün hastanelerin %10’una sahip olan Türkiye’nin Dünya sıralamasına bakıldığında ikinci sırada yer aldığı görülmektedir (Bağcı vd., 2020). 2023 yılı itibarıyla ise Türkiye’de Joint Commission International (JCI) akredite programı tarafından akredite edilen sağlık kuruluşu sayısı 36’dır (JCI, 2023). Mesci ve Sağlık (2020) tarafından yapılan çalışmada da JCI akreditasyon belgesine sahip hastanelerin sağlık turistleri tarafından daha güvenilir bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Akreditasyonun yanı sıra Sağlık Bakanlığı (2023) tarafından sağlık turizmi için yetki belgesi verilen kuruluş sayılarındaki artış da Türkiye’nin sağlık turizmine verdiği önemi göstermesi bakımından önemli bulunmaktadır (Tablo 2).

**Tablo 2. Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi Almaya Hak Kazanmış Olan Sağlık Tesisleri ve Aracı Kuruluş Sayıları**

Sağlık Hizmeti Veren Birimler	Birim Sayısı
Aracı Kuruluş	848
Kamu Sağlık Tesisleri	146
Kamu Üniversite Hastaneleri	43

Vakıf Üniversite Hastaneleri	29
Belediye Sağlık Tesisi	1
Özel Sağlık Tesisleri	408
Tıp Merkezleri	165
Muayenehaneler	1506
<b>Toplam</b>	<b>3146</b>

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2023)

Türkiye'deki sağlık turizmi destinasyonlarını tercih eden turistlerin tercihlerini literatürdeki çekim modeli faktörleri etkilemektedir. Çekim modelleri içerisinde sayılan vize kolaylıkları, fiziksel yakınlık, ulaşılabilirlik ve düşük maliyet faktörlerinin Türkiye'deki sağlık turizmi uygulamalarında etkili olduğu ileri sürülmektedir (Gündüz vd., 2019). 2018 yılında Türkiye'yi sağlık turizmi destinasyonu olarak gören hizmet alımı için sıklıkla tercih eden ülkelerin başında Almanya, Azerbaycan ve Irak gelmektedir ve aynı yıl sağlık turistleri öncelikli olarak İstanbul, Antalya, İzmir, Ankara ve Yalova'yı tercih etmektedir (Üstün ve Demir Uslu, 2022). Tercih eden ülkelerin Türkiye'ye sınır ya da fiziksel olarak yakın ülkeler olması sağlık turistlerinin seçimlerinde ulaşılabilirliğin önemini göstermektedir.

Sağlık turistlerinin seyahat etmedeki temel amaçları olan sağlık hizmeti alımlarında sağlık problemi yaşadıkları klinik branşlarda sağlık hizmeti alabilmek için yaptıkları ülke seçiminde destinasyonlar tercihlere yön verebilmektedir. Sağlık turizminde, Singapur estetik cerrahi ve kardiyoloji; Hindistan ortopedi, organ nakilleri ve kardiyoloji; Güney Kore onkolojik cerrahi; Malezya obezite cerrahisi ve Tayland cinsiyet değişiminde ön plana çıkmaktadır (Tengilimoğlu, 2021). Türkiye'de ise sağlık turistlerinin tercih ettikleri klinik branşlar tercih edilme sıklığına göre sırasıyla;

- Kadın hastalıkları,
- İç hastalıkları,
- Göz hastalıkları,
- Tıbbi biyokimya,
- Genel cerrahi,
- Diş hekimliği,
- Ortopedi ve travmatoloji,
- Enfeksiyon hastalıkları,

Kulak-burun-boğaz, şeklinde sıralanmaktadır (USHAŞ, 2023).

Türkiye'de sağlık hizmeti sunucuları son dönemlerde hem kalite anlamında iyileşme sağlamakta, hem de sayı ve kapasite bakımından artış göstermektedirler. Hastane yatak kapasitesinde sağlık turizmine yönelik görülen artışın sürekliliğinin en temel amacı uzun bekleme sürelerinin önüne geçebilmektir (Burtan Doğan ve Aslan, 2019). Sağlık turizminin sürdürülebilirliği için önemli bir kriter olan hastane yatak sayıları Sağlık Bakanlığı (2021) verilerine göre 2017 yılında 225.863 iken 2021 yılında 254.497'ye yükselmiştir (Tablo 3).

**Tablo 3. Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı**

Yıllar	Özel	Üniversite	Sağlık Bakanlığı	Toplam
2017	49.200	41.324	135.339	225.863
2018	50.196	42.066	139.651	231.913
2019	51.167	49.925	143.412	237.504
2020	52.230	41.987	156.965	251.182
2021	53.805	42.978	157.714	254.497

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

Sağlık turizminin ülkelere sağladığı temelde iki katkı vardır. Bunlar, insanların seyahatlerinden elde edilen turizm gelirleri ve sağlık turizminin genel katkılarıdır (Dimanche ve Andrades, 2015). Bu sebeple sağlık turizminin geleceği için yapılan yatırım ve planlamaların doğru ve sürdürülebilir olması gerekmektedir (Doğanlı, 2017). Medikal Turizm Pazar Büyüklüğü, Payı ve Eğilimler Analiz Raporu, 2023 – 2030 (2021) sonuçları Türkiye'nin, 2022'de %19,5'lik gelir payıyla sağlık turizmi pazarına hakim olduğunu göstermektedir. Bu pazar hakimiyetinin nedeni, Türkiye'de ki sağlık turisti akışının diğer ülkelere kıyasla daha yüksek olması olarak açıklanmaktadır.

Pandemiler özellikle sağlık turistlerinde turizm seyahatleri boyunca virüs bulaşının önlenmesinin güç olduğunu düşünmeleri sonucu kaygı sorunlarına neden olabilmektedir. Bu kaygı sonucu çoğu zaman turizm amaçlı planlanan seyahatler iptal edilmektedir (Mamirkulova vd., 2020). 2020 yılında tüm dünyayı etkisi altına alan COVID 19 yayılımının engellenmesine yönelik alınan bir takım tedbirler ve sağlık sistemindeki düzenlemelerin sağlık turizmini doğrudan etkilediği gözlemlenmektedir (Çıtak ve Keklik, 2022). Pandemi sürecinde tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi Türkiye'de de sağlık turisti sayısında düşüş görülmüştür. Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) (2023) verilerine göre sağlık hizmeti almak amacıyla ziyaret eden turist sayısı 2021 yılında yaklaşık %58 azalarak 670.730'e düşmesine karşılık; bu sayı 2022 yılında %300 artarak 1.258.382'ye çıkmıştır. Sağlık hizmeti almak amacıyla

gelen bireylerin yaptıkları harcamalar da 2021 yılında 1.726.973 bin dolar iken 2022 yılında bu rakam 2.119.059 bin dolara yükselmiştir (Tablo 4).

**Tablo 4. 2010- 2023 Yılları Arasında Sağlık ve Tıbbi Nedenlerle Gelen Ziyaretçiler ve Harcama Miktarları**

Yıllar	Sağlık ve tıbbi nedenlerle ziyaret eden sayısı	Sağlık Harcaması (Bin Dolar)	Kişi Başına Ortalama Sağlık Harcaması (Dolar)
2010	183.070	433.398	2.367
2011	208.524	488.443	2.342
2012	240.682	627.862	2.608
2013	300.102	772.901	2.575
2014	473.896	837.796	1.767
2015	395.019	638.622	1.616
2016	400.699	715.438	1.785
2017	467.302	827.331	1.770
2018	594.851	863.307	1.451
2019	701.046	1.492.438	2.128
2020	407.423	1.164.779	2.858
2021	670.730	1.726.973	2.574
2022	1.258.382	2.119.059	1.683
2023*	746.290	1.033.941	1.385

\* 2023 yılının I. ve II. Çeyreği toplamıdır

**Kaynak:** Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), 2023

Buzcu ve Birdir (2019) Türkiye'nin sağlık turizmindeki pazar payını artırabilmesi için etkili olabilecek faktörleri inceledikleri çalışmalarında bu faktörleri şu şekilde sıralamaktadırlar; yabancı dil bilen sağlık personelinin nitelik ve sayısının artırılması, yurt dışında aktif ve etkin bir şekilde tanıtım çalışmalarının sürdürülmesi ve akreditasyona verilen önemin artırılması. Ön görülen faktörlere karşın mevcut durumda Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısında ki artışın temel sebepleri arasında Türkiye'nin sağlık hizmetleri potansiyelinin artması, sağlık hizmetlerindeki kalitenin artması, sosyo kültürel benzerlik, modern tıbbi teknoloji ve bunların yanı sıra dünya standartlarında nitelikli ekipman ve personel sayısının artması yer almaktadır (Tontuş, 2017). Sağlık turizminde kalifiye personelde aranan olmazsa olmaz niteliklerden biri yabancı dil eğitimi ve sağlık turizmi personelinin eğitimidir. Sektörde 2017 yılında hem personel sayısında yetersizlik hem de hemşire ve hekim anlamında kalifiye personel eksikliği hissedilirken (Şengül ve Bulut, 2019), Sağlık Bakanlığı (2021)'e göre hekim sayısı 149.997'den 183.569'a; hemşire sayısı ise 166.142'den 232.442'ye yükselerek personel yetersizliğinin nispeten önüne geçilmiştir (Tablo 5). Yabancı dil bilen personel sayısındaki artış için de Türkiye'nin hem özel sektör hem de kamu sektörü için çalışmalarını devam ettirmesi gerekmektedir.

**Tablo 5. Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayıları, Tüm Sektörler**

	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Hekim</b>	149.997	153.128	160.810	171.259	183.569
<b>Diş Hekimi</b>	27.889	30.615	32.925	34.830	39.851
<b>Eczacı</b>	28.512	32.032	33.841	35.364	37.211
<b>Hemşire</b>	166.142	190.499	198.103	227.292	232.442
<b>Ebe</b>	53.741	56.351	55.972	59.040	57.908
<b>Diğer Sağlık Personeli</b>	155.417	177.409	182.456	206.103	219.630
<b>Diğer Personel ve Hizmet Alımı</b>	339.241	376.367	369.660	408.581	481.311
<b>Toplam</b>	<b>920.939</b>	<b>1.016.401</b>	<b>1.033.767</b>	<b>1.142.469</b>	<b>1.251.922</b>

**Kaynak:** T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021

### Tartışma ve Sonuç

Sağlık turizmi her geçen yıl daha çok gelişerek ülkelerin bu alana yoğunlaşmasını sağlamaktadır. Gelişmekte olan Türkiye gibi ülkeler için sağlık turizminden elde edilen gelir refah seviyelerine katkı sağlayacağından dolayı sağlık turizmi daha çekici hale gelmektedir. Özellikle COVID 19 pandemi sürecinde azalan sağlık turisti hareketliliği sağlık turizmi faaliyetlerindeki sürdürülebilirliği olumsuz etkilemiştir. COVID 19 gibi sağlık turizmini küresel olarak etkileyen pandemilerde sağlık turizminden elde edilen gelirlerin azalması nedeniyle sağlık kuruluşları daha çok harcama yapmak zorunda kalabilmekte hatta sağlık kuruluşlarını kapatmak zorunda kalabilmektedirler. Bu tür durumlarda ülkelerin destek sağlayarak kurumların sürdürülebilirliğine katkı sağlamaları gerekmektedir. Pandemi sürecinde sağlık personeli sayısı, sağlık çalışanlarının özverili çalışmaları, yüksek teknoloji kullanımı ve gerekli ilaç ve aşı uygulamalarının yanında hastanelerdeki yatak sayıları da Türkiye için avantaj oluşturmaktadır. Pandemi sonrası artan sağlık çalışanı sayısı ve hastane yatak sayısı ile birlikte Türkiye'yi ziyaret eden sağlık turisti sayısında da artış gözlemlenmektedir. Dünyada bazı gelişmiş ülkelerde olduğu gibi sağlık turizminde gerilemenin aksine Türkiye hacmini artırarak sağlık turizminden elde ettiği geliri her geçen yıl arttırmaktadır. Bu bağlamda Türkiye'nin önemli bir sağlık turizmi destinasyonu olduğunu ve sağlık turizmini sürdürülebilir kılmak için çalışmalar yaptığını kabul etmek gerekmektedir. Türkiye'nin sınır ve çevre ülkeler tarafından destinasyon olarak seçim nedenlerinden biri olan sosyo-kültürel yapısının avantajlarından faydalanılmaktadır. Kendisine uzak ülkeler için yalnızca maliyet avantajı sağlamamalı bunun yanı sıra sağlık personelinin yabancı dil eğitimi üzerine de yoğunlaşması ve çok daha fazla yabancı hasta ve hasta yakınının gelmesine olanak tanımalıdır. Sağlık turistleri ve yakınlarının yalnızca sağlık hizmeti alımı için değil turistik faaliyetlerini de yerine getirmek için geldikleri bilindiğinden destinasyonlarda turizm faaliyetlerine erişim kolaylığı sağlanmaya çalışılmalıdır. Bu destinasyonlarda çevresel faktörlerin etkilerinin unutulmaması gerekirken kaynakların kullanımı konusunda daha çevreci uygulamaların kullanılarak sürdürülebilirliğe katkı sağlanmaya çalışılmalıdır. Destinasyon seçiminde etkili olan faktörlerden akreditasyon da üzerinde durulması gereken bir konudur. Dijitalleşme ile birlikte sağlık kurumlarının web siteleri ve sosyal medya hesapları sağlık turistlerinin öncelikli baktığı alanlar olmaktadır. Sağlık tursitleri ülke seçiminden sonra kurum seçimi yaparken kurumların web sitelerinde şeffaflık aramaktadır ve akreditasyon bilgilerine yer verilmesini istemektedirler. Türkiye'nin akredite sağlık kuruluş sayısını arttırması da sağlık turistlerinin görüşlerini olumlu yönde etkileyecektir.

### Kaynakça:

1. Aktepe, C., Güzel Şahin, N. G., Tengilimoğlu, D., Güneş, S. G., Gülmez, M., Atilla, E. A., & Yaylı, A. (2020). Sağlık turizminde teşvik (devlet desteği) politikaları. İçinde D. Tengilimoğlu (Ed.), Sağlık Turizmi (391-422), Siyasal Kitabevi.
2. Al Issa, H.-E., Abdullatif, T. N., Ntayi, J., & Abdelsalam, M. K. (2023). Green intellectual capital for sustainable healthcare: evidence from Iraq. *Journal of Intellectual Capital*, 24(4), 929-947.
3. Altın, E. (2023). Çevresel felaketler ve etkileri nedeniyle geliştirilen sürdürülebilir yapı özelliklerinin yeşil hastaneler üzerinden incelenmesi. *Online Journal of Art and Design*, 11(5), 175-190.
4. Aslanova, K. (2013). Türkiye'de sağlık turizmi ve sağlık turizmi hukuku. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 3 (3) , 129-145.
5. Aydın, O. (2012). Türkiye'de alternatif bir turizm sağlık turizmi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14 (23), 91-96.
6. Bağcı, E. , Uzun, C., & Bostan, A. (2020). COVID-19 and health tourism. *Journal of Awareness*, 5(3),331-348.
7. Bilec, M. M., Geary, M., Ries, R. J., Needy, K. L., & Cashion, M. K. (2010). A method for quantifying the benefits of greening a healthcare facility. *Engineering Management Journal*, 22(3), 3-11.
8. Biswas, C., Omar H., & Rashid-Radha, J. Z. R. R. (2020). The impact of tourist attractions and accessibility on tourists' satisfaction: The moderating role of tourists' age. *GeoJournal of Tourism and Geosites*, 32(4),1202-1208.

9. Bugdol, M., Puciato, D., & Borys, T. (2019). Development of tourism – barriers to shaping and recommendations for further research. *Problems of Sustainable Development*, 14, 157-170.
10. Burtan Doğan, B., & Aslan, A. (2019). Türkiye'de Sağlık turizminin mevcut durumu ve ülke ekonomisine katkıları. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9(18), 390-418.
11. Buzcu, Z., & Birdir, K. (2019). Türkiye'de medikal turizm incelemesi: özel hastanelerde bir çalışma. *Gaziantep University Journal of Social Sciences*, 18 (1), 311-327.
12. Clarke, J. (1997). A framework of approaches to sustainable tourism. *Journal of Sustainable Tourism*, 5(1), 224-233.
13. Cormany, D., & Baloglu, S. (2010). Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Management*, 32, 709-716.
14. Crozier, G. K. D., & Baylis, F. (2010). The ethical physician encounters international medical travel. *Journal of Medical Ethics*, 36, 297-301.
15. Çıtak, G., & Keklik, B. (2022). COVID-19 pandemisinin sağlık turizmine etkisinin nitel bir araştırma ile incelenmesi. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(2), 161-172.
16. Dimanche, F., & Andrades, L. (2016). *Tourism in Russia: A management handbook*. Emerald.
17. Doğanlı, B. (2017). The destination branding in tourism and the case of Antalya. *Journal of Social and Administrative Sciences*, 4(4); 420-426.
18. Edgell, D. L, Swanson, J., Allen, M. D., & Smith, G. (2007). *Tourism policy and planning: yesterday, today and tomorrow*. Elsevier Ltd.
19. Elbaz, A. M., Kamar, M. S. A., Onjewu, A.E., & Soliman, M. (2023). Evaluating the antecedents of health destination loyalty: The moderating role of destination trust and tourists' emotions. *International Journal of Hospitality & Tourism Administration*, 24(1), 1-28.
20. Göde, A., Yorulmaz, M., & Aydoğdu, A. (2021). Sağlık Turizmi yetki belgesi almaya hak kazanan acentelerin web sitelerinin incelenmesi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 23(41), 208-224.
21. Gündüz, F. F., Gündüz, S., & Yavuz, H. B. (2019). Türkiye'nin sağlık turizmi talebini etkileyen faktörlerin analizi: Çekim modeli yaklaşımı. *İğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17, 717-740.
22. Heinberg, R., & Lerch, D. (2010). What is sustainability. *The Post Carbon Reader Series: Foundation Concepts*.
23. Hijo, M., Bauer, P., Felgner, F., & Frey, G. (2015). Energy management systems for hospitals in gaza-strip. *IEEE Global Humanitarian Technology Conference (GHTC)*, 18-25.
24. Hovlid, E., Bukve, O., Haug, K., Aslaksen, A. B., & von Plessen, C. (2012). Sustainability of healthcare improvement: what can we learn from learning theory? *B M C Health Services Research*, 12, 12, Article number: 235 (2012).
25. Işık, O., & Tengilimoğlu, D. (2020). Sağlık Turizminde Markalaşma, 3. Baskı, Siyasal Kitabevi.
26. İpar, M. S., & Doğan, M. (2013). Destinasyonun turist açısından önem-memnuniyet modeli ile değerlendirilmesi: Edremit üzerine bir uygulama. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(13), 129-154.
27. Jenkins, W. (2009). Sustainability theory. *Berkshire Encyclopedia of Sustainability: The Spirit of Sustainability*, 380-384.
28. Johnston, R., Crooks, V., Snyder, J., & Kingsbury, P. (2010). What is known about the effects of health tourism in destination and departure countries? A scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 9(1). doi: <https://doi.org/10.1186/1475-9276-9-24>
29. Joint Commission International. (2023). Joint Commission International. <https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations>, Erişim tarihi: 25.08.2023.
30. Jones, C. A., & Keith, L. G. (2006). Medical tourism and reproductive outsourcing: The dawning of a new paradigm for health care. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 51(6), 251-255.
31. Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S., Horsfall, D., & Mannion, R. (2011). Medical tourism: treatments, markets and health system implications: A scoping review. *OECD*.
32. Lunt, N., Horsfall, D., & Hanefeld, J. (2016). Medical tourism: A snapshot of evidence on treatment abroad. *Maturitas*, 88, 37-44.
33. Mamirkulova, G., Mi, J., Abbas, J., Mahmood, S., Mubeen, R., & Ziapour, A. (2020). New silk road infrastructure opportunities in developing tourism environment for residents better quality of life. *Global Ecology and Conservation*, (24), e01194
34. Market Analysis Report (2021). Medical tourism market size, share & trends analysis report by treatment type (cosmetic treatment, bariatric treatment), by service provider (private, public), by country, and segment forecasts, 2023 – 2030. *Grand View Research*, 269.

35. Mesci, G., & Sağlık, E. (2020). Sağlık turizminde dijital iletişim: JCI akreditasyon belgesini almış hastaneler üzerinde bir araştırma, *Journal of Hospitality and Tourism Issues*, 2(1), 74-90.
36. Pessot, E., Spoladore, D., Zangiacomì, A., & Sacco, M. (2021). Natural resources in health tourism: A systematic literature review. *Sustainability*, 13(5), 2661. doi: 10.3390/su13052661
37. Rahman, M. K. (2014). Motivating factors of Islamic tourist's destination loyalty: An empirical investigation in Malaysia. *Journal of Tourism and Hospitality Management*, 2(1), 63-77.
38. Ranabhat, C. L.; Jakovljevic, M. (2023). Sustainable health care provision worldwide: Is there a necessary trade-off between cost and quality? *Sustainability*, 15(2), 1372. doi: [10.3390/su15021372](https://doi.org/10.3390/su15021372)
39. Sahamir, S. R., & Zakaria, R. (2014). Green assessment criteria for public hospital building development in Malaysia. *Procedia Environmental Sciences*, 20, 106-115.
40. Schiller, B. (2012). Most energy-efficient hospitals in the country. <https://www.fastcompany.com/2679797/the-most-energy-efficient-hospital-in-the-country>. Erişim tarihi: 07/08/2023.
41. Sevim, E., & Sevim, E. (2019). Medikal turizm tercihini etkileyen faktörlerin incelenmesi: Türkiye örneği. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(3): 633-652.
42. Sylvia, S., Shi, Y., Xue, H., Tian, X., Wang, H., Liu, Q., Medina, A., & Rozelle, S. (2015). Survey using incognito standardized patients shows poor quality care in China's rural clinics. *Health Policy Plan*, 30, 322-333.
43. Şengül, H., & Bulut, A. (2019). Sağlık Turizmi çerçevesinde türkiye'de termal turizm; bir SWOT analizi çalışması. *ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi*, 4(1), 55-70.
44. Tarkar, P. (2022). Role of green hospitals in sustainable construction: Benefits, rating systems and constraints. *Materials Today: Proceedings*, 60, 247-252.
45. T. C. Sağlık Bakanlığı (2010). 2010 faaliyet raporu ve 2011 çalışma planı. *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Turizmi Birimi)*.
46. T.C. Sağlık Bakanlığı (2021). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2021, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/45316,siy2021-turkcepdf.pdf?0>, Erişim tarihi: 25.08.2023.
47. T.C. Sağlık Bakanlığı (2023). Yetkili Sağlık Tesisleri ve Aracı Kuruluşlar. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-25360/yetkili-saglik-tesisleri-ve-araci-kuruluslar.html> Erişim tarihi: 25.08.2023.
48. Tekingündüz, S., Kocaoğlu, F., İşler, A., İnan, S., & Anar, A. (2021). Sağlık turizmi açısından yetki belgesine sahip hastanelerin web sitelerinin incelenmesi. *Karya Journal of Health Science*, 2(3): 83-87.
49. Tengilimoğlu, D. (2021). Sağlık turizmi ve devlet teşvikleri. *Journal of Life Economics*, 8(1), 1-10.
50. Tontuş, H. Ö. (2017). Sağlık turizmi nedir? SATURK Yayınları.
51. TUİK. (2023). Harcama türlerine göre turizm geliri (2016-2023). *Geliş Nedenine Göre Yabancı Ziyaretçiler (2016-2023)*, [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr), Erişim tarihi: 25.08.2023.
52. Ullah, N., Zada, S., Siddique, M.A., Hu, Y., Han, H., Vega-Muñoz, A., & Salazar-Sepúlveda, G. (2021). Driving factors of the health and wellness tourism industry: A sharing economy perspective evidence from KPK Pakistan. *Sustainability*, 13(23); 13344.
53. USHAŞ. (2023). Sağlık turizmi verileri. <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/>, Erişim tarihi: 11/08/2023.
54. Üstün, U., & Demir Uslu, Y. (2022). Türkiye'nin sağlık turizminde tercih edilme nedenleri üzerine bir çalışma: medikal turizm endeksi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, 33, 344-353.
55. WCED-World Commission on Environment and Development. (1987). *Our common future*, Oxford University Press.
56. Weaver, D. (2006). *Sustainable tourism: Theory and practice*. Elsevier.
57. Yılmaz, H., & Yılmaz, N. (2022). Dünyada ve Türkiye'de dijital sağlık turizmi uygulamaları, *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 9(1), 64-72



## Sağlık Kurumları İşletmeciliği Programı Öğrencilerinin 3+1 Uygulamalı Eğitim Sistemine Bakışı ve Beklentileri

Merve ŞİMŞEK<sup>1</sup>, Büşra EMÜL<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

<sup>2</sup>Sivas Cumhuriyet Üniversitesi

Sorumlu Yazar: mervesimsek@cumhuriyet.edu.tr

**Araştırmanın Problemi:** Eğitim toplumsal ve bireysel olarak hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır. Değişen dünya içerisinde eğitim de sürekli yeniliği-gelişimi ile gündeme gelmektedir. Üniversiteler ise eğitim konusunda en önemli kurumlar içerisinde yer almaktadır. Üniversite eğitimi kültürel gelişimi, meslek eğitimi, bilimsel araştırma ve bilim insanı yetiştirme gibi birçok görevi barındırmaktadır. Üniversitelerin bu görevleri içerisinde yer alan meslek ediniminde teorik eğitimin yanı sıra uygulama eğitiminin önemi gün geçtikçe artmaktadır. Bu bağlamda uygulamayı destekleyici çeşitli eğitim modelleri geliştirilmiştir ve bunlardan birisi de 3+1 uygulamalı eğitim modelidir. 3+1 uygulamalı eğitim modeli; okulda üç yarıyıl teorik eğitim ve bir yarıyılı ise işletmede uygulamalı eğitimi olarak gerçekleştirilmesini öngören bir modeldir. Sivas Cumhuriyet Üniversitesi 2023-2024 eğitim ve öğretim döneminden itibaren 3+1 uygulamalı eğitim modeliyle eğitim ve öğretime devam etmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışma 3+1 uygulamalı eğitim modelinin Sivas Cumhuriyet Üniversitesinde ilk kez uygulanacak olması sebebiyle öğrencilerin beklentilerinin ortaya konulması açısından önem arz etmektedir.

**Araştırmanın Amacı:** Araştırma Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hafik Kamer Örnek Meslek Yüksekokulu Sağlık Kurumları İşletmeciliği programı öğrencilerinin 3+1 uygulamalı eğitim sistemine yönelik beklentilerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Meslek yüksekokulu öğrencilerinin 3+1 uygulamalı eğitim sistemine bakışını ortaya koyma açısından önemlidir.

**Araştırmanın Yöntemi:** Nicel araştırma yöntemlerinde olan anket tekniği kullanılmış olup katılımcılara elektronik anket yöntemiyle ulaşılmıştır. Örneklem yöntemi olarak ise kolayda örneklem yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada veri toplama aracı olarak Çakar (2020) tarafından hazırlanan; "MYO Öğrencilerinin 3+1 Eğitim Modeline Bakışı ve Öğrencilerin Mesleki Beklentilerinin İncelenmesi" anketinin bölümlerinden faydalanılmıştır. Elde edilen verilerin analizi SPSS programı ile gerçekleştirilecektir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde), ortalama ve standart sapma değerleri analiz edilecektir. Ayrıca kullanılan ölçeğin güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha Katsayısı) belirlenecek olup, verilerin normal dağılıma uygun olup olmadığına bakılarak parametrik veya nonparametrik testler kullanılacaktır.

**Araştırma Bulguları ve Sonucu:** Çalışmaya katılanlar birinci sınıf ve ikinci sınıf öğrencilerinden oluşmaktadır. Birinci sınıfta kayıtlı olan öğrenci sayısı 58 (38 kadın, 20 erkek), ikinci sınıfta aktif öğrenci sayısı ise 36'dır. Diğer bulgulara ise araştırma tamamlandıktan sonra yer verilecektir.

**Anahtar Kelimeler:** 3+1 Uygulamalı Eğitim, Uygulamalı Eğitim Modeli, Sağlık Kurumları İşletmeciliği

### Views and Expectations of Health Institutions Management Program Students About 3+1 Applied Education System

**Problem of the Study:** Education is an indispensable part of social and individual life. In a changing world, education is also on the agenda with its constant innovation-development. Universities are among the most important institutions in education. University education includes many tasks such as cultural development, vocational training, scientific research and training scientists. In addition to theoretical education, the importance of practical education is increasing day by day in the acquisition of a profession within these duties of universities. In this context, various education models have been developed to support the practice and one of them is the 3+1 applied education model. The 3+1 applied education model is a model that envisages three semesters of theoretical education at school and one semester of applied education in the enterprise. Sivas Cumhuriyet University aims to continue education and training with the 3 + 1 applied education model as of 2023-2024 education and training period. This study is important in terms of revealing the expectations of the students since the 3+1 applied education model will be applied for the first time in Sivas Cumhuriyet University.

**Purpose of the Study:** The research was conducted to determine the expectations of Sivas Cumhuriyet University Hafik Kamer Örnek Vocational School Health Institutions Management program students for the 3+1 applied education system. It is important in terms of revealing the view of vocational school students on the 3 + 1 applied education system.

**Method:** The survey technique, which is one of the quantitative research methods, was used and the participants were reached by electronic survey method. As a sampling method, convenience sampling method was used. As a data collection tool in the research, the sections of the questionnaire prepared by Çakar (2020); "Vocational School Students' View of 3 + 1 Education Model and Examination of Students' Professional Expectations" were used. The analysis of the data obtained will be carried out with the SPSS program. Descriptive statistics (frequency, percentage), mean and standard deviation values will be analyzed in the analysis of the data. In addition, the reliability coefficient (Cronbach's Alpha Coefficient) of the scale used will be determined and parametric or nonparametric tests will be used to determine whether the data are suitable for normal distribution.

**Results and Conclusions:** The participants in the study consisted of first and second year students. The number of students enrolled in the first year is 58 (38 female, 20 male) and the number of active students in the second year is 36. Other findings will be presented after the study is completed.

**Keywords:** 3+1 Training Model, Practical Education Model, Health Institutions Management

Giriş

Eğitim, ülkelerin sosyal, kültürel ve ekonomik açıdan olumlu yönde değişimlerini sağlayan ve bu olumlu değişimin değerini ölçümleyen unsurlardan birisidir (Göktürk vd., 2013: 2). Eğitim toplumsal ve bireysel olarak hayatın vazgeçilmez bir parçasıdır. Değişen dünya içerisinde eğitim de sürekli yeniliği-gelişimi ile gündeme gelmektedir. Üniversiteler ise eğitim konusunda en önemli kurumlar içerisinde yer almaktadır. Üniversite eğitimi kültürel gelişimi, meslek eğitimi, bilimsel araştırma ve bilim insanı yetiştirme gibi birçok görevi barındırmaktadır. Üniversitelerin bu görevleri içerisinde yer alan meslek ediniminde teorik eğitimin yanı sıra uygulama eğitiminin önemi gün geçtikçe artmaktadır.

Mesleki ve teknik eğitim kurumları olan Meslek Yüksekokullarının (MYO) temel hedefi, belirlenmiş standartlar doğrultusunda eğitim almış ara elemanları (meslek elemanları-teknikerler) yetiştirerek ülkemizin sanayi, ticaret ve hizmet sektörlerindeki gelişimine katkıda bulunmaktır. Sağlanan eğitimle, iş alanlarının ihtiyaç duyduğu bilgi ve becerilere sahip, mesleki yetkinliği elde etmiş bireyleri yetiştirmeyi amaçlamaktadır. (Çakar, 2020: 15).

İş hayatında nitelikli insan gücü bulabilmek önemli bir konudur (Kaysi ve Gürol, 2017: 267). Nitelikli insan gücünün yetiştirilmesi; iş yerinde verimliliğin artmasını aynı zamanda da ülkelerin gelişmesi ve kalkınmasını sağlamaktadır (Sarıbiyik, 2013: 39). MYO'ların nitelikli insan gücü yetiştirme hedeflerine ulaşabilmesi uygulamalı eğitimin önemini artırmaktadır.

Yükseköğretim kurumlarında gerçekleştirilen ve iş dünyasına nitelikli insan gücü teminini sağlayan uygulamalı eğitim modelleri gün geçtikçe yaygınlaşmaktadır (Atalı vd., 2016:276). Bu bağlamda uygulamayı destekleyici çeşitli eğitim modelleri geliştirilmiştir ve bunlardan birisi de 3+1 uygulamalı eğitim modelidir. 3+1 uygulamalı eğitim modeli; okulda üç yarıyıl teorik eğitim ve bir yarıyıl ise işletmede uygulamalı eğitimi olarak gerçekleştirilmesini öngören bir modeldir.

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi 2023-2024 eğitim öğretim dönemiyle birlikte bünyesinde bulunan MYO'larda eğitime, 3+1 uygulamalı eğitim modeliyle devam etmeyi amaçlamaktadır. Bu çalışma ise; SCÜ Hafik Kamer Örnek Meslek Yüksekokulu Sağlık Kurumları İşletmeciliği programı öğrencilerinin 3+1 uygulamalı eğitim sistemine yönelik beklentilerini belirlemek ve öğrencilerin bu sisteme bakışımı ortaya koyma amacıyla yapılmıştır.

## Yöntem

Nicel yöntemle yapılan çalışmada elektronik anket yöntemi kullanılmıştır. Araştırmada Çakar (2020) tarafından hazırlanan "MYO Öğrencilerinin 3+1 Eğitim Modeline Bakışı ve Öğrencilerin Mesleki Beklentilerinin İncelenmesi" anketinden faydalanılmıştır. Araştırmanın evrenini Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Hafik Kamer Örnek MYO Sağlık Kurumları İşletmeciliği programına kayıtlı 94 öğrenci oluşturmaktadır. Örneklem yöntemi olarak kolayda örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini ise çalışmaya katılmayı kabul eden 63 öğrenci oluşturmaktadır.

Beş bölümden oluşan anketin birinci bölümünde 8 sorudan oluşan demografik veriler ve çalışmanın amacına uygun tanımlayıcı sorular yer almaktadır. İkinci bölümde öğrencilerin gelecek hedeflerine yönelik 11 ifade, üçüncü bölümde öğrencilerin 3+1 eğitim modeli kapsamında yerleştirileceği iş yeri beklentisine yönelik 22 ifade, dördüncü bölümde öğrencilerin 3+1 eğitim modeli bakışına yönelik 17 ifade, beşinci bölümde öğrencilerin 3+1 eğitim modeli kapsamında MYO'dan beklentisine yönelik 13 ifade yer almaktadır ve 5'li Likert Ölçeği kullanılmıştır. Katılımcılardan yanıtlarını "Kesinlikle Katılmıyorum (1)" seçeneğinden "Kesinlikle Katılıyorum (5)" seçeneğine doğru vermeleri istenmiştir. Öğrencilerin 3+1 uygulamalı eğitim sistemine yönelik görüşlerini ve beklentilerini belirlemek amacıyla kullanılan anketin güvenilirlik katsayısı (Cronbach's Alpha Katsayısı) 0,944 bulunmuştur. Cronbach's Alpha değeri 0,80<Cronbach's Alpha<1,00 arasında olduğunda ölçek yüksek düzeyde güvenilirliğe sahiptir (İslamoğlu ve Alnaçık, 2019: 160). Araştırma kapsamına alınan 63 anket formundan elde edilen veriler SPSS programıyla analiz edilmiştir. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler (frekans, yüzde), ortalama ve standart sapma değerleri analiz edilmiş, normallik testi sonucuna göre normal dağılım gösterdiği için parametrik test (iki değişken arasındaki ilişkinin analizi için t testi) kullanılmıştır.

## Bulgular

Araştırma kapsamında yer alan katılımcılara ait demografik özellikler Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Katılımcıların Demografik Özellikleri

Değişkenler		f	%	Değişkenler		f	%
Cinsiyet	Kadın	43	68,3	Yaş	18-20	39	61,9
	Erkek	20	31,7		21-24	20	31,7
	Toplam	63	100,0		25 ve üzeri	4	6,3
Toplam					63	100,0	
Sınıf	Birinci Sınıf	33	52,4	Bölümün tercih sıralaması	Birinci Tercih	7	11,1
	İkinci Sınıf	30	47,6		İkinci Tercih	6	9,5
	Toplam	63	100,0		Üçüncü Tercih	4	6,3
					Daha Fazlası	46	73,0
					Toplam	63	100,0

Araştırmaya katılan bireylere ait demografik bulguların yer aldığı Tablo 1 incelendiğinde, katılımcıların %68,3'ünün kadın, %61,9'unun 18-20 yaş grubu arasında yer aldığı, %52,4'ünün birinci sınıf olduğu ve %73'ünün bölüm tercih sıralamasının dört ve daha fazla sırada olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Tanımlayıcı Bulgular

Değişkenler		f	%	Değişkenler		f	%
Bu bölüm idealinizdeki bölüm mü?	Evet	21	33,3	Okumakta olduğunuz üniversiteyi tercih ederken en baskın olarak hangi kriteri göz önünde bulundurdunuz?	Coğrafi yakınlık	20	31,7
	Hayır	15	23,8		İş bulma imkânı	14	22,2
	Kararsızım	27	42,9		Aile ısrarı	1	1,6
	Toplam	63	100,0		Bölümün iyi olması	11	17,5
					Başka üniversiteyi kazanamama korkusu	17	27,0
					Toplam	63	100,0
Bu bölümü kendi isteğimle tercih ettim	Evet	51	81,0		Eğitim aldığım MYO'da 3+1 eğitim modelinin uygulandığını bilerek tercih ettim	Evet	41
	Hayır	12	19,0	Hayır		22	34,9
	Toplam	63	100,0	Toplam		63	100,0

Araştırmaya katılan bireylerin tanımlayıcı bulgularının yer aldığı Tablo 2 incelendiğinde katılımcıların %42,9'unun bu bölümün ideallerindeki bölüm olduğu konusunda kararsız oldukları, %31,7'sinin üniversiteyi tercih ederken coğrafi yakınlığı göz önünde bulundurdukları, %81'inin bölümü kendi isteğiyle tercih ettikleri ve %65,1'inin eğitim aldıkları MYO'da 3+1 eğitim modelinin uygulandığını bilerek tercih ettikleri görülmektedir.

Tablo 3. Öğrencilerin Gelecek Hedeflerine Yönelik İfadelere İlişkin Bulgular

Öğrencilerin Gelecek Hedeflerine Yönelik İfadeler	N	Min	Max	Mean	Std. Deviation
GH1	63	1,00	5,00	3,47	1,045
GH2	63	1,00	5,00	3,33	,967
GH3	63	1,00	5,00	2,77	1,142
GH4	63	2,00	5,00	3,69	,891
GH5	63	1,00	5,00	3,50	,981
GH6	63	2,00	5,00	4,11	,863
GH7	63	1,00	5,00	3,49	,981
GH8	63	1,00	5,00	3,06	1,176
GH9	63	1,00	5,00	2,47	1,189
GH10	63	1,00	5,00	2,85	1,305
GH11	63	1,00	5,00	1,90	,962
GH Toplam	63	2,09	4,00	3,15	,408

Ölçek: 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4-Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum

Öğrencilerin gelecek hedeflerine yönelik ifadelerde en yüksek ortalamaya sahip ifade "Mezun olduktan sonra kamu sektöründe çalışmayı istiyorum" ( $\bar{X}=4,11$ ) ifadesi iken en düşük ortalamaya sahip ifade "Mezun olduktan sonrası için herhangi bir kariyer planım yok" ( $\bar{X}=1,90$ ) ifadesi olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Tablo 4. Öğrencilerin 3+1 Eğitim Modeli Kapsamında Yerleştirileceği İş Yeri Beklentisine Yönelik İfadelere İlişkin Bulgular

Öğrencilerin 3+1 Eğitim Modeli Kapsamında Yerleştirileceği İş Yeri Beklentisine Yönelik İfadeler	N	Min	Max	Mean	Std. Deviation
İŞBEK1	63	2,00	5,00	4,09	,665
İŞBEK2	63	2,00	5,00	4,12	,792
İŞBEK3	63	3,00	5,00	4,34	,626
İŞBEK4	63	1,00	5,00	3,50	1,119
İŞBEK5	63	2,00	5,00	4,03	,671
İŞBEK6	63	1,00	5,00	4,06	,692
İŞBEK7	63	1,00	5,00	3,38	,923
İŞBEK8	63	1,00	5,00	4,11	,881
İŞBEK9	63	2,00	5,00	3,93	,759
İŞBEK10	63	2,00	5,00	4,23	,688
İŞBEK11	63	1,00	5,00	2,52	,895
İŞBEK12	63	1,00	5,00	3,93	,759
İŞBEK13	63	1,00	5,00	3,38	,940
İŞBEK14	63	3,00	5,00	4,23	,640
İŞBEK15	63	1,00	5,00	4,07	,809
İŞBEK16	63	1,00	5,00	4,20	,806
İŞBEK17	63	1,00	5,00	4,23	,817
İŞBEK18	63	1,00	5,00	3,44	1,103
İŞBEK19	63	1,00	5,00	2,77	1,224
İŞBEK20	63	1,00	5,00	3,88	,805
İŞBEK21	63	3,00	5,00	4,26	,652
İŞBEK22	63	2,00	5,00	4,12	,729
İŞBEK Toplam	63	3,00	5,00	3,86	,429

Ölçek: 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Ne katılmıyorum ne katılmıyorum, 4-Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum

Öğrencilerin 3+1 eğitim modeli kapsamında yerleştirileceği iş yeri beklentisine yönelik ifadelerde en yüksek ortalamaya sahip ifade “İş yeri fiziksel çalışma alanı (ofis) koşullarının (temizlik, ısı, ışık vb.) iyi olmasını beklerim” ( $\bar{X}=4,34$ ) ifadesi iken en düşük ortalamaya sahip ifade “İş yerinin erkek çalışan ağırlıklı olmasını beklerim” ( $\bar{X}=2,52$ ) ifadesi olduğu görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 5. Öğrencilerin 3+1 Eğitim Modeli Bakışına Yönelik İfadelere İlişkin Bulgular

Öğrencilerin 3+1 Eğitim Modeli Bakışına Yönelik İfadeleri	N	Min	Max	Mean	Std. Deviation
EMBAK1	63	2,00	5,00	4,12	,832
EMBAK2	63	3,00	5,00	4,15	,766
EMBAK3	63	1,00	5,00	4,01	,958
EMBAK4	63	1,00	5,00	3,74	,966
EMBAK5	63	1,00	5,00	3,49	1,075
EMBAK6	63	2,00	5,00	4,00	,842
EMBAK7	63	2,00	5,00	3,98	,941
EMBAK8	63	1,00	5,00	3,93	,895
EMBAK9	63	2,00	5,00	4,00	,879
EMBAK10	63	3,00	5,00	4,04	,791
EMBAK11	63	2,00	5,00	3,92	,885
EMBAK12	63	1,00	5,00	3,98	,870
EMBAK13	63	2,00	5,00	4,11	,785
EMBAK14	63	2,00	5,00	4,03	,915
EMBAK15	63	1,00	5,00	4,03	,915
EMBAK16	63	2,00	5,00	4,04	,869
EMBAK17	63	1,00	5,00	3,92	,955
EMBAK Toplam	63	2,76	5,00	3,97	,722

Ölçek: 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4-Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum

Öğrencilerin 3+1 eğitim modeli bakışına yönelik ifadelerde en yüksek ortalamaya sahip ifade “3+1 uygulamasının kişisel becerilerime olumlu katkı sağlayacağı kanaatindeyim” ( $\bar{X}=4,15$ ) ifadesi iken en düşük ortalamaya sahip ifade “3+1 uygulamasının kariyerimde işyeri uyum süresini kısaltacağı kanaatindeyim” ( $\bar{X}=3,49$ ) ifadesi olduğu görülmektedir (Tablo 5).

Tablo 6. Öğrencilerin 3+1 Eğitim Modeli Kapsamında MYO'dan Beklentisine Yönelik İfadelere İlişkin Bulgular

Öğrencilerin 3+1 Eğitim Modeli Kapsamında MYO'dan Beklentisine Yönelik İfadeleri	N	Min	Max	Mean	Std. Deviation
MYOBEK1	63	2,00	5,00	4,17	,793
MYOBEK2	63	1,00	5,00	3,92	,955
MYOBEK3	63	2,00	5,00	4,31	,758
MYOBEK4	63	2,00	5,00	4,12	,729
MYOBEK5	63	1,00	5,00	3,33	1,163
MYOBEK6	63	2,00	5,00	4,17	,793
MYOBEK7	63	1,00	5,00	4,14	,895
MYOBEK8	63	1,00	5,00	4,17	,907
MYOBEK9	63	2,00	5,00	4,12	,792
MYOBEK10	63	2,00	5,00	4,30	,732
MYOBEK11	63	1,00	5,00	3,98	,924
MYOBEK12	63	1,00	5,00	4,15	,865
MYOBEK13	63	2,00	5,00	4,25	,739
MYOBEK Toplam	63	2,08	5,00	4,09	,619

Ölçek: 1-Kesinlikle katılmıyorum, 2-Katılmıyorum, 3-Ne katılıyorum ne katılmıyorum, 4-Katılıyorum, 5- Kesinlikle katılıyorum

Öğrencilerin 3+1 eğitim modeli kapsamında MYO'dan beklentisine yönelik ifadelerde en yüksek ortalamaya sahip ifade "Mesleki uygulama ile kamu sektöründeki bir işletmeye yerleştirilmeyi beklerim" ( $\bar{X}=4,31$ ) ifadesi iken en düşük ortalamaya sahip ifade "Mesleki uygulama yerleştirmelerinin not ortalamasına göre yapılmasını beklerim" ( $\bar{X}=3,33$ ) ifadesi olduğu görülmektedir (Tablo 6).

Tablo 7. 3+1 Uygulamalı Eğitim Sistemine Yönelik Görüş ve Beklenti - Sınıf İlişkisi

	Sınıf	N	Mean	ss	t	P
Öğrencilerin Gelecek Hedefleri	Birinci Sınıf	33	3,11	,382	-,844	,402
	İkinci Sınıf	30	3,20	,436		
Öğrencilerin İş Yeri Beklentisi	Birinci Sınıf	33	3,80	,401	-1,000	,321
	İkinci Sınıf	30	3,91	,457		
Öğrencilerin Eğitim Modeline Bakışı	Birinci Sınıf	33	4,14	,682	2,036	,046*
	İkinci Sınıf	30	3,78	,728		
MYO'dan Beklenti	Birinci Sınıf	33	4,05	,611	-,539	,592
	İkinci Sınıf	30	4,13	,635		

Öğrencilerin 3+1 uygulamalı eğitim sistemine yönelik görüş ve beklentileri ile sınıf arasındaki istatistiksel ilişkiyi tespit etmek amacıyla t testi kullanılmıştır ve öğrencilerin gelecek hedefleri, iş yeri beklentisi ve MYO'dan beklenti ile sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Öğrencilerin eğitim modeline bakışı ile sınıf arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

Tablo 8. 3+1 Uygulamalı Eğitim Sistemine Yönelik Görüş ve Beklenti – Bölümü Kendi İsteğiyle Tercih Etme İlişkisi

	Bölümü Kendi İsteğiyle Tercih Etme	N	Mean	ss	t	P
Öğrencilerin Gelecek Hedefleri	Evet	51	3,14	,422	-,257	,798
	Hayır	12	3,18	,355		
Öğrencilerin İş Yeri Beklentisi	Evet	51	3,84	,445	-,526	,601
	Hayır	12	3,92	,363		
Öğrencilerin Eğitim Modeline Bakışı	Evet	51	4,08	,710	2,585	,012*
	Hayır	12	3,50	,595		
MYO'dan Beklenti	Evet	51	4,11	,632	,646	,521
	Hayır	12	3,98	,572		

Öğrencilerin 3+1 uygulamalı eğitim sistemine yönelik görüş ve beklentileri ile bölümü kendi isteğiyle tercih etme durumu arasındaki istatistiksel ilişkiyi tespit etmek amacıyla t testi kullanılmıştır ve öğrencilerin gelecek hedefleri, iş yeri beklentisi ve MYO'dan beklenti ile bölümü kendi isteğiyle tercih etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ( $p>0,05$ ). Öğrencilerin eğitim modeline bakışı ile bölümü kendi isteğiyle tercih etme durumu arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

### Sonuç ve Tartışma

Sağlık Kurumları İşletmeciliği programında eğitim gören öğrencilerin 3+1 uygulamalı eğitim sistemine yönelik görüşlerini ve beklentilerini belirlemek amacıyla yapılan araştırmaya göre öğrencilerin 3+1 eğitim modeli kapsamında MYO'dan beklentisine yönelik ifadelerin en yüksek ortalamaya sahip olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların çoğunluğu, bu bölümün ideallerindeki bölüm olduğu konusunda kararsız oldukları, bölümü kendi istekleriyle tercih ettikleri, üniversiteyi tercih ederken coğrafi yakınlığın ön planda olduğu ve MYO'da 3+1 eğitim modelinin uygulandığını bildikleri sonucuna ulaşılmıştır. Araştırmadaki bu sonuçlar Çakar (2020)' in çalışmasının sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Çalışmada katılımcıların 3+1 uygulamalı eğitim sistemine yönelik görüş ve beklentilerinin sınıfa göre incelendiğinde öğrencilerin gelecek hedefleri, iş yeri beklentisi ve MYO'dan beklenti ile sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olmadığı ancak ikinci sınıfların ortalamasının birinci sınıflardan daha yüksek olduğu bulunmuştur. Fakat öğrencilerin eğitim modeline bakışı ile sınıf arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin olduğu ve birinci sınıfların eğitim modelinden beklentisinin daha fazla olduğu bulunmuştur.

3+1 uygulamalı eğitim sistemine yönelik görüş ve beklentilerin bölümü kendi isteğiyle tercih etme durumuna göre incelendiğinde öğrencilerin gelecek hedefleri, iş yeri beklentisi ve MYO'dan beklenti ile bölümü kendi isteğiyle tercih etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ancak öğrencilerin eğitim modeline bakışı ile bölümü kendi isteğiyle tercih etme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkinin bulunduğu ve bölümü kendi istekleriyle tercih edenlerin beklentisinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Çalışmayla ilgili sonraki süreçlerde evren genişletilerek ve örneklem sayısı artırılarak daha kapsamlı bir araştırma yapılması ve farklı bölümlerden öğrencilerle çalışılarak gruplar arası farklılıklara bakılması önerilmektedir.

### Kaynakça

- Atalı, G., Özkan, S. S., Sarıbyık, M., & Karayel, D. (2016). Türkiye'de yükseköğretim kurumlarında uygulanan uygulamalı eğitim modellerinin incelenmesi. In 5th International Vocational Schools Symposium-Prizren 18(20), 276-281.
- Çakar, İ. (2020). MYO Öğrencilerinin 3+1 Uygulamalı Eğitim Modeli Çerçevesinde Mesleki Beklentilerinin İncelenmesi "Sakarya MYO Örneği". Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.
- Göktürk, İ. E., Aktaş, M. A., & Göktürk, Ü. (2013). Sosyal Bilimler Meslek Yüksekokullarının Eğitim Sürecinde; Uygulama Açısından Karşılaşılan Sorunlar Ve Çözüm Önerileri. EJVOC (Electronic Journal of Vocational Colleges), 3(4), 1-8.
- İslamoğlu, H. ve Almaçık, Ü. (2019). Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri. İstanbul: Beta Yayıncılık. 6. Baskı.
- Kaysı, F., ve Gürol, A. (2017). Meslek Yüksekokulu Öğrencilerinin İşyeri Uygulamalı Eğitim Süreçlerinin Değerlendirilmesi. Kesit Akademi Dergisi, (8), 266-280.
- Sarıbyık, M. (2013). Meslek Yüksekokullarında Nitelikli İşgücü Yetiştirmek İçin 3+ 1 Eğitim Modeli. Academic Platform-Journal Of Eng

NS145

## Hekim Göçü Üzerine Bir İnceleme

Seyma PARLAK ULU<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Süleyman Demirel Üniversitesi

Sorumlu Yazar: parlaksyma@gmail.com

**Araştırma Problemi:** Sağlık insan gücü eksikliği tüm dünyanın muzdarip olduğu sorunların başında gelmektedir. Bu sorunu ciddi boyutlara taşıyan hekim göçü, az gelişmiş ülkelerde sürekli bir problem olmasına karşın son zamanlarda küresel bir sağlık sorunu haline gelmiştir. Türkiye perspektifinden bakıldığında son zamanlarda hekim göçünde önemli bir artış görülmektedir. Bir hekim yetiştirmek zaman ve maliyet açısından ele alındığı hekim göçünde kaynak ülke ciddi bir kayıpla karşı karşıya kalmaktadır. Bu kaybın önüne geçebilmesi ve buna yönelik politika gündemlerinin oluşturulması için hekim göçü ve buna ilişkin nedenler tespit edilmelidir.

**Araştırmanın Amacı:** Bu çalışmada, “hekim göçü” kavramına ve “hekim göçünü etkileyen faktörler” e ilişkin bilgi vermek, Türkiye örneğinde hekim göçüne yönelik mevcut tutumu ve gelecek eğilimlerini sistematik olarak incelemek amaçlanmaktadır.

**Yöntem:** Bu çalışmada sistematik derleme yöntemi kullanılmıştır. Google Akademik, Ulusal Tez Merkezi, Web of Science veri tabanları üzerinden 2003-2023 yılları arasında yayınlanmış çalışmalar incelenmiş ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uygun olan toplam 8 çalışma değerlendirmeye alınmıştır.

**Bulgular:** Derlemede, hekimlerin ve tıp öğrencilerinin göçe yönelik tutumları ve bunu etkileyen faktörler araştırılmıştır. Buna göre, 7 çalışma tıp öğrencileri üzerinde uygulanmışken, yalnızca biri hekimler üzerinde uygulanmıştır. Çalışmaların tamamına yakınında, katılımcıların büyük çoğunluğu göç etme niyetindedir. Yurt dışı deneyimine sahip olma ve yabancı dil bilme durumu göç niyeti üzerinde etkili olduğu görülmektedir. Göç niyetinin altında yatan faktörler incelendiğinde, Türkiye’de iş yükünün fazla olması, yoğun iş temposu, uzun nöbet saatleri, yetersiz muayene süreleri, mobbing, sağlıkta şiddet vb. unsurları içeren çalışma koşulları, yaşam pahalılığı, gelir eşitsizliği doktor maaşlarının giderek azalmasını ve maddi kaygıları içeren ekonomik unsurlar, yurt dışında maddi gelirin ve yaşam kalitesinin yüksek olması, eğitim-kariyer fırsatlarının daha iyi olması, bilimsel çalışmalar için daha büyük destekler sunulması, hekime yönelik şiddetin daha az olduğuna yönelik inanç karşımıza çıkan faktörlerdir.

**Anahtar Kelimeler:** Hekim Göçü, Beyin Göçü, Tıbbi Göç, Tıp Öğrencileri

Sunum Dili: Türkçe

*Anahtar Kelimeler: Hekim Göçü, Beyin Göçü, Tıbbi Göç, Tıp Öğrencileri*

### A Review on Physician Migration

**Problem of Research:** Lack of health manpower is one of the main problems that the whole world suffers from. Physician migration, which carries this problem to serious dimensions, has recently become a global health problem, although it has been a constant problem in less developed countries. From the perspective of Turkey, there has been a significant increase in physician migration recently. In physician migration, where training a physician is considered in terms of time and cost, the source country faces a serious loss. In order to prevent this loss and to formulate policy agendas, physician migration and its causes should be identified.

**Purpose of the Study:** This study aims to provide information about the concept of "physician migration" and "factors affecting physician migration" and to systematically examine the current attitude and future trends towards physician migration in the Turkish sample.

**Method:** Systematic review method was used in this study. Studies published between 2003 and 2023 were examined through Google Scholar, National Thesis Center, Web of Science databases, and a total of 8 studies that met the inclusion criteria were evaluated.

**Findings:** In the review, the attitudes of physicians and medical students towards immigration and the factors affecting this were investigated. Accordingly, while 7 studies were conducted on medical students, only one was conducted on physicians. In almost all studies, the majority of participants intend to migrate. It seems that having experience abroad and knowing a foreign language have an impact on migration intention. When the factors underlying migration intentions are examined, working conditions in Turkey, including high workload, intense work tempo, long shift hours, insufficient examination times, mobbing, violence in health, etc, economic factors, including the cost of living, income inequality, declining doctors' salaries and financial worries, higher financial income and quality of life abroad, better education and career opportunities, greater support for scientific studies, belief that violence against physicians is less are the factors we encounter.

*Keywords: Physician Migration, Brain Drain, Medical Migration, Medical Students*

*Presentation Language: Turkish*

### Giriş

Son yarım yüzyılda ülkeler arasında, özellikle gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere göç eden hekimlerin sayısında önemli bir artış yaşanmıştır (Astor et al., 2005). “Beyin göçü” olarak da bilinen hekim göçü yeni bir olgu değildir. Ancak, geçmişe kıyasla daha fazla sayıda doktorun göç etmesi veya göç etme niyetinde olması nedeniyle, bunun hem göç veren hem de göç alan ülkeler için bir sorun olduğu yakın zamanda vurgulanmaya başlamıştır (Sheikh et al., 2012). Beyin göçü “Eğitim görmüş ve yetenekli kişilerin menşe ülkelerinden diğer bir ülkeye, menşe ülkenin beceri kaynaklarında azalmayla sonuçlanacak şekilde göç etmesi”



şeklinde tanımlanmaktadır (Uluslararası Göç Örgütü [IOM], 2013). Türkiye’de beyin göçü olgusu, 1960’lı yıllarda doktorlar ve mühendislerin göçü ile başlamıştır (Elveren, 2018).

Uluslararası göçün neden ve nasıl başladığını açıklamaya çalışan birçok yaklaşım vardır. Bu kuramsal yaklaşımlar arasında; itme-çekme kuramı, neoklasik ekonomi yaklaşımı, yeni ekonomi kuramı, ikiye bölünmüş işgücü piyasası kuramı, dünya sistemleri kuramı yaygın olarak kullanılan modeller bulunmaktadır (Sirkeci ve Göktuna Yaylacı, 2021). Bunlardan itme-çekme yaklaşımı, bireylerin göç kararı alma konusundaki en yaygın yaklaşım olarak kabul edilmekte ve Everett Lee tarafından yazılan Bir Göç Teorisi (A Theory of Migration) isimli makaleye dayanmaktadır (Alkan vd., 2023). Lee (1966)’ye göre göç kararına ve göç sürecine etki eden faktörler; menşe bölgesi ile ilgili faktörler, hedef alanla ilgili faktörler, müdahale engelleri (uzaklık, fiziksel engeller, göç yasaları vb. gibi) ve kişisel faktörlerden oluşmaktadır (Lee, 1966). Bu faktörler, itme çekme kuramının temel işleyişini ve bileşenlerini oluşturmaktadır. Kurama göre itici ve çekici faktörler hem yaşanan yerde hem de varış yerinde mevcuttur (Çağlayan, 2006). Hekim göçü bağlamında, itici ve çekici faktörler kapsamlı olarak ele alındığında sağlık sistemi ile ilgili olan ve olmayan şeklinde sınıflandırıldığı görülmektedir. Sağlık sistemi ile ilgili olan itici faktörlerde; ücret ve maaşlar, iş tatmin eksikliği, işle ilgili riskler, sağlık sistemindeki kaynak yetersizliği, personel eksikliğinin oluşturduğu aşırı iş yükü, iş memnuniyetsizliği, mesleki statü değersizliği, sağlıkta şiddet olayları, sağlık politikaları, malpraktis davalarındaki yargılanma süreçleri ve verilen cezalar yer almaktadır; sağlık sistemi ile ilgili olmayan itici faktörlerde; yaşam kalitesi, politik zorluklar, ekonomik istikrarsızlık, olumsuz yaşam koşulları, işsizlik açlık ve yoksulluk, savaşlar, yaşadığı ülkedeki gelecek endişesi, gereğinden fazla personel, ailevi nedenlerden dolayı bir araya gelme, evlilik birleşmeleri yer almaktadır (Yıldız ve Özer, 2022). Düşük ücretler, zayıf motivasyon, temel tıbbi malzemelerin sürekli kıtlığı, tehlikeli çalışma koşulları, eski ekipmanlar, denetim eksikliği, sınırlı kariyer fırsatları, insan hakları ihlalleri, etnik ve dini gerginlikler yine itici faktörlerdendir (Ahmad, 2005). Çekici faktörlerde sağlık sistemiyle ilgili olanlar, daha yüksek ücret oranları, daha tatmin edici çalışma koşulları, daha güvenli bir çalışma ortamı, daha iyi donatılmış sağlık sistemleri, daha iyi eğitim ve kariyer geliştirme fırsatları, ileri eğitim ve kariyer geliştirme fırsatları, daha iyi muamele ve çalışma koşulları, iş yardımı, daha adil bir yargılanma beklentisi iken, sağlık sistemiyle ilgili olmayan çekici faktörlerde çocuklara daha yüksek bir yaşam kalitesi, çocuklar için eğitim olanakları, aile bireyleri için daha iyi bir gelecek beklentisi, siyasi baskılardan uzaklık, daha iyi şartlarda bir yaşam beklentisi, konuşma özgürlüğü ve eğitim olanakları, politik istikrar, işçi dövizini gönderme fırsatı, seyahat olanakları yer almaktadır (Yıldız ve Özer, 2022). Ekonomik nedenler, mesleki gelişim fırsatlarına erişim ve iş güvenliği en önemli çekici faktörler arasındadır (Ahmad, 2005).

Sağlık personelinin gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere göçü, küresel sağlık iş gücünde dengesizlikler meydana getirmektedir. (Hagopian et al., 2004). Bunun yanı sıra, hekim göçü ile ülkeler, vasıflı ve yüksek eğitilmiş bireylerini kaybetmekte, bu süreç hem sağlık sisteminin verimliliğini (ciddi istihdam sıkıntısı olarak) hem de sağlık sistemi hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkilemektedir (Apostu et al., 2022). Ayrıca göçün kamu eğitim yatırımı kaybı, entelektüel sermaye kaybı, mevcut hizmet yelpazesinin azalması, sağlık tesislerindeki kronik personel yetersizliği ve kötü sağlık hizmetlerini içeren kayıpları da söz konusudur (Ahmad, 2005).

Türkiye’deki hekim göçü olgusu ele alındığında, göç eden hekim sayısına ilişkin kesin sonuçlar içeren çalışmalara, raporlara rastlanmamaktadır. Fakat hekimlerin yurt dışına çıkmak için almak durumunda olduğu iyi hal belgesi başvuru sayıları hekim göçüne ilişkin ipucu sunmaktadır. Hekimlerin aylara ve yıllara göre iyi hal belgesi başvuru sayıları Tablo 1’de yer almaktadır.

**Tablo 1**

*Aylara ve Yıllara Göre Hekimlerin İyi Hal Belgesi için Başvuru Sayısı*

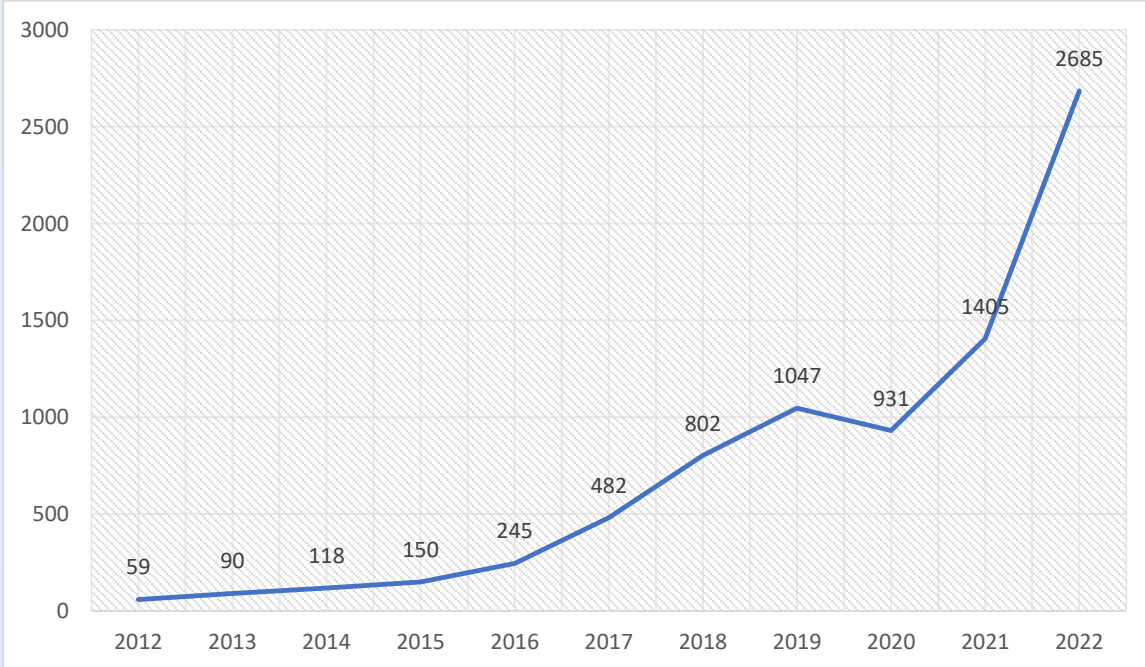
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>OCAK</b>	3	13	12	11	20	42	34	102	81	90	197	251
<b>ŞUBAT</b>	3	8	12	6	10	34	47	92	77	76	157	214
<b>MART</b>	4	6	12	11	20	35	61	81	63	87	213	235
<b>NİSAN</b>	4	11	7	9	8	26	37	72	36	76	214	181
<b>MAYIS</b>	3	4	7	10	17	34	76	94	33	83	161	238
<b>HAZİRAN</b>	3	3	6	15	28	34	46	53	65	121	229	242
<b>TEMMUZ</b>	4	7	6	17	18	38	74	81	65	94	231	288
<b>AĞUSTOS</b>	3	5	8	9	23	54	62	97	92	178	281	315
<b>EYLÜL</b>	9	9	12	19	25	62	85	81	113	162	255	321
<b>EKİM</b>	6	4	36	16	24	31	91	102	110	144	215	
<b>KASIM</b>	10	11		13	30	50	115	89	100	135	264	
<b>ARALIK</b>	7	9		14	22	42	74	103	96	159	268	
<b>TOPLAM</b>	<b>59</b>	<b>90</b>	<b>118</b>	<b>150</b>	<b>245</b>	<b>482</b>	<b>802</b>	<b>1047</b>	<b>931</b>	<b>1405</b>	<b>2685</b>	

Kaynak: Türk Tabipleri Birliği, 2023

Tablo 1 incelendiğinde, iyi hal belgesi başvuru sayısı 2002 yılında toplam 59 iken, 2022 yılında bu sayı 2685'e ulaşmıştır. Yirmi yıllık süre zarfında, başvuru sayılarında 45 kat artış gözlenmektedir. Yıllara göre iyi hal belgesi başvuru sayıları şekil 1 de görüldüğü üzere her geçen yıl artış göstermektedir.

**Şekil 1**

*Yıllara Göre Hekimlerin İyi Hal Belgesi için Başvuru Sayısı*



Kaynak: Türk Tabipleri Birliği, 2023

Türk Tabipler Birliği (2023) verilerine göre 2022 yılında 2685 iyi hal belgesi başvurusu kaydedilmiş iken, Sağlık Bakanı Fahrettin Koca'nın TBMM Plan ve Bütçe Komisyonu'nda yapmış olduğu açıklamaya göre 2022'de Bakanlıktan iyi hal belgesi isteyen hekim sayısı 1359 olarak belirtilmiştir. Yalnızca 450 hekimin yurt dışında çalıştığı, geri kalan hekimlerin ülkede kaldığı ifade edilmiştir. 2023 yılında ise iyi hal belgesi isteyen hekim sayısının 1321, yurt dışına çıkan hekim sayısının 401 olduğu açıklanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023a). Toplam hekim sayısının 2022 yılında 194.688 olduğu, 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının ise 2022 yılında 228 olduğu (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2023b) Türkiye'de, 2022 ve 2023 yıllarında yurt dışına göç eden 851 hekim azımsanamayacak bir sayıdır.

Türkiye'de son zamanlarda hekim göçünde önemli bir artış görülmektedir. Bir hekim yetiştirmek zaman ve maliyet açısından ele alındığı hekim göçünde kaynak ülke ciddi bir kayıpla karşı karşıya kalmaktadır. Bu kaybın önüne geçilmesi ve buna yönelik

politika gündemlerinin oluşturulması için hekim göçü ve buna ilişkin nedenler tespit edilmelidir. Hekim göçü ile ilgili politikaların oluşturulmasındaki zorluk, bu olgunun kapsamı, hekimlerin neden göç ettiği, hekim göçü ile ilişkilendirilen faydaların ve yüklerin ve durumu ele almayı amaçlayan politikaların etkisinin net bir şekilde anlaşılmasından kaynaklanmaktadır (Astor et al., 2005). Bu çalışma hekimlerin ve hekim adaylarının, göç niyetlerini ve neden göç ettiği tespit etmeyi amaçlamaktadır.

## Yöntem

Bu çalışmada sistematik derleme yöntemi kullanılmıştır. Mevcut çalışmaların sonuçlarına dayalı olarak hekimlerin veya tıp öğrencilerinin göç etme niyet, tutum veya davranışlarını ve/veya bunları etkileyen faktörleri belirlemek çalışmanın amacı oluşturmaktadır.

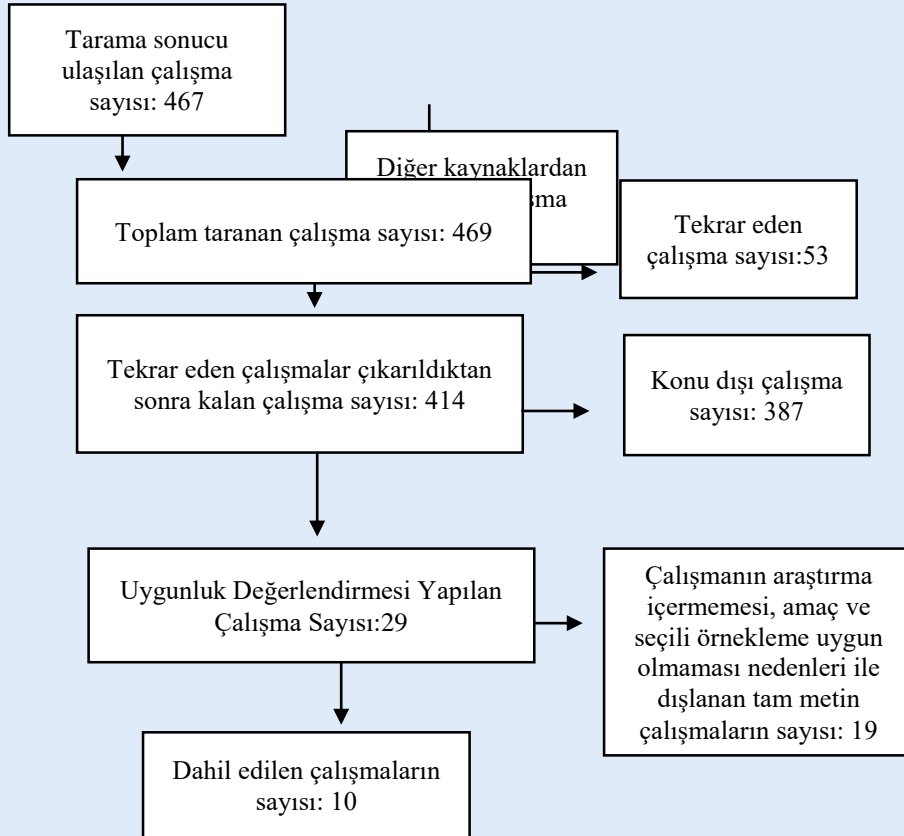
Bu sistematik derlemede, taramalar Eylül-Ekim 2023 tarihleri arasında Web of Science, Google Akademik (Scholar), Ulusal Tez Merkezi arama motorlarından yapılmıştır. Ulusal veri tabanları taranırken “hekim göçü”, “doktor göçü”, “tıbbi göç”, “beyin göçü”, “hekim”, “doktor”, “tıp öğrencileri” ve “göç”, Uluslararası veri tabanı taranırken, “physician migration”, “doctor migration”, “medical migration”, “brain drain”, “physician”, “doctor”, “medical students”, “migration” ve “Turkey” anahtar kelimelerinin çeşitli kombinasyonları kullanılmış ve 2003-2023 yılları arasında yayınlanan Türkçe ve İngilizce çalışmalar derleme kapsamına alınmıştır. Değerlendirmeye alınan çalışmalar için kullanılan dâhil etme kriterleri;

- 2003-2023 yılları arasında Türkçe ve İngilizce dilinde yayınlanmış tam metnine erişilen çalışmalar olması,
- Araştırma içeren (nicel ve/veya nitel) makale veya tez çalışmaları olması,
- Örneklem grubunda Türkiye’den yurt dışına göç etmiş veya Türkiye’de bulunan hekimler veya tıp öğrencilerinin olması,
- Örneklem grubunun göç etme niyet, tutum veya davranışlarını ve/veya bunları etkileyen faktörleri araştırması şeklindedir.

İlk tarama sonucunda 467 çalışmaya ulaşılmıştır. Ayrıca, taranan makalelerin kaynak listelerinden ulaşılan 2 makale de incelemeye dahil edilmiştir. EndNote programı ve manuel gözden geçirme sonucu 53 duplikasyon dışlanmıştır. Kalan 416 çalışmadan başlık ve özetlerine göre dahil edilme kriterlerini karşılayabilecek 29 çalışma incelemeye alınmıştır. Dahil edilme kriterlerini karşılamayan 19 makale çalışmadan çıkarılmıştır. Kalan 10 çalışma incelemeye dahil edilmiştir. Sistematik derlemedeki çalışmaların seçim süreci Şekil 2’de sunulmuştur.

## Şekil 2

Derlemeye İlişkin Veri Tarama Akış Şeması



### Bulgular

Bu bölümde çalışmaların temel özelliklerine ilişkin sonuçlar ve göç etme niyet, tutum veya davranışına ve/veya bunu etkileyen faktörlere ilişkin sonuçlar yer almaktadır.

**Tablo 2**

*Çalışmaların temel özelliklerine ilişkin bulgular*

		n	%
Yayın Yılı	2014	1	10
	2022	4	40
	2023	5	50
Örneklem Grubu	Tıp fakültesi öğrencileri	6	60
	Hekimler	2	20
	Asistan hekimler	1	10
	Tıp fakültesinden yeni mezun olmuş ve henüz çalışmaya başlamamış hekimler	1	10

Tablo 1 incelendiğinde, çalışmaların %50'sinin 2023 yılında, %40'ının 2022 yılında yapıldığı görülmektedir. Konuya ilişkin çalışmaların son zamanlarda daha çok ilgi gördüğü söylenebilir. Örneklem grubu açısından incelendiğinde ise büyük çoğunluğu oluşturan %60'ının, tıp fakültesi öğrencileri olduğu görülmektedir. Hekimlerin ve hekim adaylarının göç etme niyet, tutum veya davranış ve/veya bunu etkileyen faktörlere ilişkin sonuçları Tablo 3'te özetlenmiştir.

**Tablo 3**

*Göç etme niyet, tutum veya davranış ve/veya bunu etkileyen faktörler ile ilgili yapıla çalışmalar*

Yazar-Yıl	Araştırmanın Adı	Kullanılan Yöntem	Katılımcılar	Çalışmanın Göç Etme Niyet, Tutum veya Davranış ve/veya Bunu Etkileyen Faktörlere İlişkin Sonuçları
Kaya vd., 2023	Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Gelecekte Yurt Dışında Çalışmayla İlgili Görüşlerinin İncelenmesi: Çanakkale Örneği	Nicel-Anket	267 tıp fakültesi öğrencisi	<p><b>Tutum:</b> Öğrencilerin %77,5'i ileride yurt dışında çalışmayı düşünmekte, %74,9'u yurt dışında hekimlik yapmanın kolaylık ve zorluklarını araştırmakta, %37,5'i ileride yurt dışında yaşamla ilgili şu anda bir çalışma yapmaktadır.</p> <p>Konuşabilecek düzeyde bilinen yabancı dil sayısı, ülke siyasetini takip etme düzeyi, daha önce yurt dışında bulunma durumu, yurt dışında hekimlik yapmanın kolaylıklarını ve zorluklarını araştırma durumu öğrencilerin ileride yurt dışında çalışmayı düşünme durumlarında anlamlı fark oluşturmuştur.</p> <p><b>Faktör:</b> Hekim adayı tıp fakültesi öğrencilerini yurt dışında çalışmaya iten ilk 3 neden; Yurt dışında maddi gelirin yüksek olması, Çalışma saatlerinin az olması, Sağlık kurumlarında şiddetin olmaması şeklindedir.</p>
Çalışkan et al., 2023	Increasing Trend of Studying Abroad for Residency Training Among Medical Students	Nicel-Anket Nitel-Açık uçlu soru formu	617 tıp fakültesi öğrencisi - Nicel Yurtdışına gitmeyi düşündüğünü belirten 183 öğrenci- Nitel	<p><b>Tutum:</b> Öğrencileri %29,7'si ihtisas eğitimi için yurt dışına göç etme niyetinde olduğunu, %25,3'ü tercih ettikleri ülkede kalıcı olarak kalmayı planladığını, %14'ü anavatanına, Türkiye'ye döneceğini, %60,7'si ise yurt dışında kalmak veya geri dönmek konusunda kararsız olduğunu ifade etmiştir.</p> <p>Herhangi bir yabancı dili ileri düzeyde bilmek, daha önce uluslararası deneyime sahip olmak, annenin eğitim düzeyi öğrencilerin göç etme niyetiyle anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuştur.</p> <p><b>Faktör:</b> Öğrencilerin yurtdışına gitme nedenleri altı tema altında toplanmıştır: <b>Yaşam standartları/koşulları:</b> "Türkiye'deki yaşam standartlarını düşürmesi nedeniyle bu (gelişmiş) ülkelerde daha rahat bir yaşam süreceğimi düşünüyorum." <b>Ekonomik koşullar:</b> "Ülkemizdeki hayat pahalılığı, gelir eşitsizliği ve doktor maaşlarının giderek düşmesi." <b>Çalışma koşulları ve güvenlik:</b> "Doktorlara yönelik şiddetin artması ve yargı sisteminin bizi korumaması. Can güvenliği korkusu, artan tazminat davaları, daha iyi ve uygulanabilir eğitim." <b>Bilimsel ortam:</b> "Bilime ve bilim insanlarına verilen yüksek değer, diğer bir deyişle bilim/bilgi üretebilme imkânı." <b>Deneyim kazanma:</b> "Farklı ülkelerde farklı eğitim veya uzmanlık tekniklerini öğrenmek ve farklı hasta profillerini görmek." <b>Eğitim ortamı/ Eğitim standartları:</b> "Aslında iki ana sebep var: Birincisi, hastane koşullarının Türkiye'den daha iyi olduğunu duydum. Ve bir noktada ülkeme dönüp klinikte çalışarak, hasta bakarak ve akademisyenlik yaparak öğrendiklerimi öğretmek istiyorum. Yurt dışında çalışmış hocalarımızın daha geniş bir vizyona sahip olduğunu gözlemledim ve öğrencilerimi de bu vizyonla yetiştirmek istiyorum."</p>
Sancak et al., 2023	Depression, anxiety, stress	Nicel-Anket	575 Tıp fakültesi öğrencisi	<p><b>Tutum:</b> Öğrencilerin %64,9'u mezun olduktan sonra kariyerine yurtdışında devam etmek istediğini, bu gruptaki</p>

levels and five-factor personality traits as predictors of clinical medical students' migration intention: A cross-sectional study of brain drain

öğrencilerin %28,7'si 10 yıl içinde Türkiye'ye dönmeyi planladığını belirtmiştir.

Öğrencilerin %46,3'ü uzun vadede kalıcı olarak başka bir ülkede yaşamayı planlarken, %53,7'si gelecekte yaşamlarını Türkiye'de sürdürmeyi planladığını belirtmiştir.

Cinsiyet (Erkek), partner sahibi olma, yüksek stres düzeyi, yüksek açıklık ve düşük uyumluluk gibi kişilik özellik düzeylerinin göç etme niyeti üzerinde anlamlı yordayıcı etkisi vardır.

**Faktör:** Kalıcı olarak başka bir ülkede yaşamayı planlayan öğrencilere sorulan faktörler arasında etkili olarak öne şu şekildedir:

'Yurt dışında hekime yönelik şiddetin daha az olduğunu düşünüyorum'

'Türkiye'de iş yükünün daha fazla olduğunu düşünüyorum'

'Türkiye'deki çalışma ortamımın daha stresli olacağını düşünüyorum'

'Yurtdışında daha az mali kaygım olacağını düşünüyorum.'

Gelecekte yaşamlarını Türkiye'de sürdürmeyi planlayan öğrencilerin kararlarını etkileyebilecek faktörler;

'Göç etmenin benim için kültürel açıdan zorlayıcı olacağını düşünüyorum.'

'Göç etmenin benim için maddi açıdan zorlayıcı olacağını düşünüyorum.'

'Yurtdışında ayrımcılığa uğrayacağımı düşünüyorum.'

'Aile/Partner nedeniyle kalıyorum.' sırasıyla en önemli faktörler olduğu tespit edilmiştir.

Filiz vd., 2022

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beyin Göçüne Yönelik Tutumlarının Değerlendirilmesi

Nicel-Anket

206 Tıp fakültesi öğrencisi

**Tutum:** Öğrencilerin beyin göçü tutumunu ölçen ölçekte alınabilecek maksimum **80 üzerinden 63,50** puan aldığı görülmüştür. Puan artışı göç etme eğiliminin de artışı ifade etmektedir.

Tıp fakültesi öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumuna ilişkin olarak;

**Yabancı dil düzeyi çok iyi olan** öğrencilerin dil düzeyi kötü olan öğrencilere göre,

**Kırsal alanda yaşamayı kesinlikle düşünmeyen** öğrencilerin kırsalda yaşamayı düşünen öğrencilere göre,

**Türkiye sağlık sistemini çok kötü olduğunu düşünen** öğrencilerin çok iyi olduğunu düşünen öğrencilere göre

**Toplumun hekimlere bakış açısının çok kötü olduğunu belirten öğrencilerin** toplumun bakış açısının çok iyi olduğunu söyleyen öğrencilere göre beyin göçüne yönelik tutumlarının daha yüksek seviyede olduğu, diğer bir ifade ile **göç etmeye daha meyilli** oldukları görülmüştür.

Kaçmaz, 2022

Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Beyin Göçüne Yönelik Tutumları Ve İlişkili Faktörler

Nicel-Anket

375 Tıp fakültesi öğrencisi

**Tutum:** Öğrencilerin %68'inin mezuniyet sonrası yurt dışında çalışmak istediği, %55,3'ünün göç ettikten sonra Türkiye'ye dönmeyi düşündüğü belirtilmiştir.

Katılımcıların beyin göçüne yönelik tutum puan ortalaması **53,2±8,92** (maks. 72) olmuştur.

**Faktör:** Katılımcıların yurt dışına göç etme sebeplerinin sırasıyla en çok;

“Yurt dışında **daha iyi yaşam standardı, daha yüksek kazanç**”

“Türkiye'deki **çalışma koşulları**”

“Türkiye'deki **sağlıkta şiddet olayları**”

“Türkiye’deki sağlık politikası”

“Yurt dışında bilimsel çalışmalar için daha büyük destekler sunulması” şeklinde olduğu belirlenmiştir.

Katılımcıların yurt dışına göç etmesinin önündeki engeller sırasıyla en çok;

“Masraflar (sınavlar, seyahatler...)”

“Aileden/sevdiklerinden ayrılacak olmak”

“Ek sınavlara tabi tutulmak (USMLE, PLAP vb.)”

“Yabancı dil öğrenmenin zorluğu”

“Vize alma süreci” şeklinde olduğu belirlenmiştir.

<b>Burcu, 2022</b>	Türkiye’den Yüksek Nitelikli Göç: Tıp Fakültesi Öğrencileri	Nitel- Derinleme sine görüşme tekniği	30 Tıp Fakültesi Öğrencisi	<b>Tutum:</b> Katılımcılar arasında <b>gitmeyi düşünenlerin sayısı (15) en yüksek</b> olurken gitmeyi düşünmeyenler (7) ve kararsızların sayısı (8) birbirine yakın görünmektedir.
				<b>Faktör:</b> Katılımcıların yurt dışına gitme kararlarının arkasındaki sebepler meslekle ilgili sebepler, ekonomik sebepler, siyasi sebepler ve sosyal sebepler gibi ana temalar altında kategorileştirilmiştir.

Mesleki	Ekonomik	Siyasi	Sosyal
Sağlık Sistemi	Ülkenin ekonomik koşulları	Sağlık Politikaları	Toplumun sosyokültürel arka planı
Pandemi Süreci	Hekim Ücretleri	Siyasilerin söylemleri	Hekime yönelik bakışın değişmesi
Mobbing Sağlıkta Şiddet		Hukuki düzenlemel erdeki eksiklikler	Sosyal yaşam Toplumsal olaylar Göç edenlerin varlığı
Akademik Gelişim Mesleği Yapabilmek			

<b>Mollah aliloğlu et al., 2014</b>	The Migration Preferences of Newly Graduated Physicians in Turkey	Nitel-Anket	Tıp fakültelerinden yeni mezun olmuş ve henüz çalışmaya başlamamış 3690 hekim	<b>Tutum:</b> Yeni mezun hekimlerin <b>%54,6’sının</b> yurtdışında eğitim (Uzmanlık/Doktora) veya çalışma isteği vardır. Ancak göç etme eğiliminde olan hekimlerin yalnızca <b>%22,6’sı</b> kısmen veya tamamen girişimde bulunmuştur. Yabancı dil seviyesi düşük olan hekimlere kıyasla, <b>yabancı dil seviyesi çok iyi olan hekimler 5,4 kat, yabancı dil seviyesi iyi olanlar ise 2,4 kat</b> daha fazla yurt dışına çalışmaya/eğitim görmeye isteklidir.
				<b>Faktör:</b> Genel olarak hekimlerin yurtdışında eğitim/çalışma isteğinde etkili olan faktörler sırasıyla; Çalışma koşulları Yurtdışında sosyal imkanların daha fazla olması Maaşların daha yüksek olması Çocuklara daha kaliteli eğitim verilmesi geliyor.

<b>Doğru, 2023</b>	İnsan Sermayesinin Uluslararası Hareketliliği: Türkiye’de Doktorların Yurtdışına Göçü Üzerine Bir Araştırma	Nitel-Anket Derinleme sine mülakat tekniği	48 göç etmiş hekim (nitel) Türkiye’de görevine devam eden 29 hekim ve göç eden	<b>Faktör:</b> Hekimlerin göç motivasyonları şu şekildedir: ABD’ye göç eden hekimler hariç diğer tüm hekimler <b>ekonomik etkenleri öncelikli sırada tutmadıklarını</b> belirtmişlerdir. Büyük çoğunluğun ilk sırasında; Şiddet, yoğun iş temposu, uzun nöbet saatleri, hastalar ile ilgilenmek için yeterli olmayan muayene süreleri vs. içeren <b>çalışma koşulları</b> <b>Mesleki saygı ve adalet, yaşam standartları, Sosyal ortamdaki sevgi/hoşgörü</b> vardır. <b>Ekonomik sebepler</b> bunların arkalarında kalmaktadır.
--------------------	---	--	--	---

48 hekim  
(nicel)

<b>Erdem vd., 2023</b>	Diş Hekimlerinin Beyin Göçüne Yönelik Tutumları ve Yaşam Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi: Anket Çalışması: Kesitsel Araştırma	Nicel-Anket	311 diş hekimi	<b>Faktör:</b> ilk 3 fakör sırasıyla; “Yurt dışında çalışmamın <b>yaşam standartlarımı</b> artıracacağı düşünürüm” “ <b>Gelecek kaygımın</b> olmayacağı başka bir ülkede yaşamak isterim.” “Bu işi başka bir ülkede yapacak olsam daha keyifli bir <b>çalışma yaşamım</b> olurdu” şeklindedir.
<b>Uğur, 2022</b>	Great risk for education cost: Brain drain (Resident physicians case)	Nicel-Anket	161 asistan hekim	<b>Tutum:</b> Asistan hekimlerin <b>%51,6</b> yurtdışında bir tıpta uzmanlık programına katılmak istemiştir. Yurtdışında eğitim almak isteyen katılımcıların <b>%32</b> , eğitimlerini tamamladıktan sonra ülkeye dönmeyi düşünmezken, eğitimden sonra geri dönmek istediğini belirtenlerin oranı <b>%19,3</b> tür. Asistan hekimlerin <b>%55,3</b> yurtdışında çalışmak istemektedir.  <b>Faktör:</b> Yurtdışında bir tıpta uzmanlık programına katılmak istediğini belirten katılımcıların öne sürdüğü nedenler; Daha fazla akademik çalışma yapma fırsatı Yeni fikir ve buluşlara daha fazla değer verilmesi Daha iyi teknolojik altyapı Daha iyi sosyal koşullar Eğitime verilen önem yer almaktadır.  Yurt dışında çalışma isteğini belirten asistan hekimlerin göç etme nedenleri; Daha yüksek yaşam standartları Daha iyi çalışma koşulları Sağlık çalışanlarına yönelik şiddetin olmaması Daha bol ve erişilebilir iş ve kariyer olanakları Daha yüksek gelir olanakları şeklindedir.

Hekim ve hekim adaylarının göç etme niyet, tutum veya davranışları mevcut bulgular açısından incelendiğinde; Kaya vd. (2023) tıp öğrencilerinin %77,5’inin ileride yurt dışında çalışmayı düşündüğünü, Çalışkan et al. (2023) öğrencilerin %29,7’si ihtisas eğitimi için yurt dışına göç etme niyetinde olduğunu, Sancak et al. (2023) öğrencilerin %64,9’u mezun olduktan sonra kariyerine yurtdışında devam etmek istediğini, Kaçmaz (2022) öğrencilerin %68’inin mezuniyet sonrası yurt dışında çalışmak istediğini, Burcu (2022) çalışmayı yürüttüğü 30 kişiden 15’inin göç etmeyi düşündüğünü, Filiz (2022) öğrencilerin beyin göçü tutumunu ölçen ölçekte alınabilecek maksimum 80 puan üzerinden 63,50 puan aldığını, Mollahaliloğlu et al. (2014) yeni mezun hekimlerin %54,6’sının yurtdışında eğitim (uzmanlık/doktora) veya çalışma isteği olduğunu, Uğur (2022) asistan hekimlerin %51,6 yurtdışında bir tıpta uzmanlık programına katılmak istediğini ve %55,3’ünün yurtdışında çalışmak istediğini tespit etmiştir. Buradan hareketle, hekim ve hekim adaylarının büyük çoğunluğunun göç etme niyetinde olduğu söylenebilir.

Göç etme niyet, tutum veya davranışı etkileyen faktörler, incelenen 10 çalışmadan yola çıkılarak, ekonomik koşullar, yaşam koşulları/standartları, çalışma ortam ve koşulları, eğitim ve kariyer standartları, sistemsel koşullar ve kişisel koşullar/standartlar olmak üzere altı başlık altında toplanmıştır. Başlıklara ilişkin açıklamalar Tablo 4’ te yer almaktadır.

**Tablo 4**

*İncelenen çalışmalardaki göç etme niyet, tutum veya davranışı etkileyen faktörlerin sınıflandırılması*

Göç etme niyet, tutum veya davranışı etkileyen faktörler	
<b>Ekonomik Koşullar</b>	Yurt dışında maddi gelirin yüksek olması <sup>1-5-7-10</sup> , daha az mali kaygı duyulacağına yönelik inanç <sup>3</sup> , ülkenin ekonomik koşulları <sup>2,6</sup> , Türkiye’deki



hayat pahalılığı<sup>2</sup>, gelir eşitsizliği ve hekim ücretleri<sup>2,6</sup>, göçün maddi açıdan zorlayıcı olacağına ilişkin inanç<sup>3</sup>, göçe yönelik masraflar (sınavlar, seyahatler...)<sup>5</sup>

<b>Yaşam Koşulları/Standartları</b>	Gelişmiş ülkelerdeki daha rahat ve iyi yaşam standardı <sup>2,5,8,9,10</sup> , yurt dışında yaşamın kültürel açıdan zorlayıcı olacağı inancı <sup>3</sup> , ayrımcılığa uğranacağı inancı <sup>3</sup> , yurtdışında sosyal imkanların daha fazla olması <sup>7</sup> , daha iyi sosyal koşullar <sup>10</sup> , sosyal ortamdaki sevgi/hoşgörü <sup>8</sup> toplumun sosyokültürel arka planı, hekime yönelik bakışın değişmesi <sup>4,6</sup> , toplumsal olaylar <sup>6</sup>		
<b>Çalışma Ortam ve Koşulları</b>	Yurtdışında çalışma saatlerinin az olması <sup>1</sup> , sağlık kurumlarında şiddetin olmaması <sup>1,3,10</sup> , Türkiye'de çalışma koşulları <sup>5</sup> , daha fazla iş yükü <sup>3</sup> , çalışma ortamının daha stresli olması <sup>3</sup> , yoğun iş temposu <sup>8</sup> , uzun nöbet saatleri <sup>8</sup> , hastalar ile ilgilenmek için yeterli olmayan muayene süreleri <sup>8</sup> , sağlıkta şiddet olayları <sup>2,5,6,8</sup> , mobbing <sup>6</sup> , pandemi süreci <sup>6</sup> , keyifli bir çalışma yaşamı beklentisi <sup>9</sup> , göç edenlerin varlığı <sup>6</sup> , mesleki saygı ve adalet <sup>8</sup>		
<b>Eğitim ve Kariyer Standartları</b>	Bilim/bilgi üretebilme imkânı <sup>2</sup> , yeni fikir ve buluşlara daha fazla değer verilmesi <sup>10</sup> , daha fazla akademik çalışma yapma fırsatı <sup>10</sup> , daha iyi teknolojik altyapı <sup>10</sup> , farklı hasta profillerini görmek <sup>2</sup> , bilimsel çalışmalar için daha büyük destekler sunulması <sup>5</sup> , daha bol ve erişilebilir iş ve kariyer olanakları <sup>10</sup> , akademik gelişim, göç edebilmek için ek sınavlara tabi tutulmak <sup>5</sup> , çocuklara daha kaliteli eğitim verilmesi <sup>7</sup>		
<b>Sistemsel Koşullar</b>	Sağlık sistemi ve politikaları <sup>4,5,6</sup> , hukuki düzenlemelerdeki eksiklikler <sup>2,6</sup> , vize alma süreci <sup>5</sup>		
<b>Kişisel Koşullar/Standartlar</b>	Yabancı dil düzeyi ve buna ilişkin avantaj ve dezavantajlar <sup>1,2,4,5,7</sup> daha önce yurt dışında bulunma durumu <sup>1,2</sup> , aileden/sevdiklerinden ayrılacak olmak <sup>3,5</sup> , kişilik özellikleri <sup>3</sup>		
<sup>1</sup> Kaya vd., 2023 <sup>2</sup> Çalışkan et al., 2023 <sup>3</sup> Sancak et al., 2023	<sup>4</sup> Filiz vd., 2022 <sup>5</sup> Kaçmaz, 2022 <sup>6</sup> Burcu, 2022	<sup>7</sup> Mollahaliloğlu et al., 2014 <sup>8</sup> Doğru, 2023	<sup>9</sup> Erdem vd., 2023 <sup>10</sup> Uğur, 2022

## Tartışma ve Sonuç

Bu sistematik derleme, hekimlerin veya tıp öğrencilerinin göç etme niyet, tutum veya davranışlarını ve/veya bunları etkileyen faktörleri ele almaktadır. Yapılan çalışmalarda seçilen örneklem grubu çoğunlukla tıp öğrencilerinden oluşmaktadır. Hekimlerin ve hekim adaylarının göçe ilişkin niyetleri incelendiğinde büyük çoğunluğun eğitim almak veya çalışmak üzere yurt dışına çıkmak istediği görülmektedir. Pakistan'da tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada öğrencilerin %60'ının kariyerlerine yurtdışında devam etmek istedikleri (Sheikh et al., 2012), Mısır'da yapılan bir çalışmada katılımcıların %85,7'si mezuniyetten sonra yurt dışında eğitim almayı planlığı (Fouad et al., 2015), Romanya'da tıp öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada katılımcıların %84,7'sinin mezun olduktan sonra yurtdışında iş aramayı planladıkları (Suciu et al., 2017) tespit edilmiştir. Bulgular gelişmekte olan ülkeler ile benzerlik göstermektedir.

Göç niyetini etkileyen faktörler, incelenen çalışmalardan yola çıkılarak altı başlık altında incelenmiştir. Faktörlerden ilkini ekonomik koşullar oluşturmaktadır. Ekonomik koşulların gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere hekim göçü üzerindeki etkisini ortaya koymak amacıyla yapılan bir çalışmada, ekonomik koşulların göçün artmasına neden olduğu tespit edilmiştir (Okeke, 2013). Hekimlerin göçünü etkileyen ana faktörün, hedef ülkedeki daha yüksek gelir ve daha iyi ekonomik koşullar olduğu belirtilmektedir (Apostu et al., 2022). Astor et al., (2005) tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların %90,8'i, daha yüksek gelir veya daha fazla satın alma gücü arzusunun, göç için oldukça önemli bir faktör olduğu ifade etmektedir. Pakistan'da yapılan bir araştırmada, tıp fakültesi öğrencilerinden göç etmek isteyenlerin %76,4'ünün, göç etme isteğini etkileyen en önemli nedenin yurtdışındaki kazançlı maaş olduğu tespit edilmiştir (Sheikh et al., 2012). Hekim göçü daha çok, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere yapıldığından dolayı ekonomik faktörlerin öncelikli tutulması doğal karşılanmaktadır. Fakat çalışma kapsamına dahil edilen ve göç etmiş hekimler üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada ABD'ye göç eden hekimler hariç diğer tüm hekimlerin ekonomik etkenleri öncelikli sırada tutmadıkları ifade edilmiştir (Doğru, 2023). Az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeler açısından ekonomik faktörlerin ön planda olması olağan karşılanmaktayken, Türkiye'de yapılan çalışmaların yoğunluklu olarak tıp fakültesi öğrencileri üzerinde yapılmış olması ve göç etmiş hekimlerden ekonomik koşulların öncelikli olmadığına dair yapılan vurgu, Türkiye örneğinde farklı sonuçların da ortaya çıkabileceğini düşündürmektedir.

Göç niyetini etkileyen bir diğer faktör, yaşam koşulları/standartlarıdır. Ekonomik refah, yaşam standartlarını da yukarıya taşıyacağı için dolaylı olarak göç niyetini etkilemektedir. Çalışma ortam ve koşulları hekim ve hekim adaylarının göç niyetinde etken bir faktördür. Çalışma ortam ve koşullarında, Türkiye'deki sağlıkta şiddet olayları (Kaçmaz, 2022; Burcu, 2022; Çalışkan et al., 2023 Doğru, 2023) ve yurt dışındaki sağlık kurumlarında şiddetin olmaması (Uğur, 2022; Kaya vd., 2023; Sancak et al., 2023) sıklıkla ifade edilen alt unsurlar olduğu dikkat çekmektedir. The Lancet'te yayınlanan bir raporda ekonomik sıkıntıların beraberinde, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarındaki artış göçün nedenleri olarak görülmektedir (Genç, 2022). Yine Çınar (2022) tarafından

hekim göçüne ilişkin olarak gerçekleştirilen çalışmada hekimlere yönelen şiddet vakalarındaki artış nedenleri arasında yer almaktadır.

Hekim ve hekim adayları, yurt dışındaki eğitim ve kariyer standartlarına erişim sağlamak için de göç etme niyetinde olduklarını ifade etmişlerdir. Japon hekimleri üzerinde yapılan çalışmada, hekimlerin Japonya'daki klinik eğitimden memnun olmaması ve ABD'deki eğitimcilerin eğitim kalitesi, klinik eğitim kalitesi ve kariyer fırsatları göç etmelerindeki nedenler olarak bulunmuştur (Heist and Torok, 2018). Astor et al. (2005), gelişmiş teknolojiye, ekipmana ve sağlık tesislerine daha fazla erişim isteği, çocuklar için daha iyi beklentilere sahip olma isteğinin göç etme üzerinde belirleyici olduğunu tespit etmiştir. Sistemsel koşullar bir diğer faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırma kapsamına alınan çalışmalar incelendiğinde; sağlık sistemi ve politikaları, hukuki düzenlemelerdeki eksiklikler ve vize alma süreci sistemsel koşulların alt unsurlarıdır. Son olarak; kişisel koşullar/standartlar, göç etme niyetini etkilemektedir. Araştırma kapsamına alınan çalışmalar incelendiğinde; yabancı dil düzeyi ve buna ilişkin avantaj ve dezavantajlar daha önce yurt dışında bulunma durumu aileden/sevdiklerinden ayrılacak olmak, kişilik özellikleri göç etme niyetini etkilemektedir.

Hekimlerin ve hekim adaylarının göç etme niyetleri ve bunları etkileyen faktörleri tespit etmek hekim göçüne yönelik politika gündemlerinin oluşturulması ve gerekli aksiyonların alınması hususunda önem arz etmektedir. Yapılan çalışmalar genellikle tıp öğrencileri üzerinde yoğunlaşmaktadır. Tıp öğrencilerinin niyet, tutum ve davranışları gelecek eğilimi belirleyecektir. Bu örneklem üzerindeki çalışmaların artırılması ve detaylı araştırılması önerilmektedir. Bunun yanı sıra, gitme niyetinde olup iyi hal belgesi için başvuruda bulunup vazgeçen hekimler, farklı ülkelere göç etmiş hekimler, ülkede kalan hekimler örnekleminde de çalışmaların yaygınlaştırılması konuya ilişkin daha net bilgiler elde edilmesini sağlayacaktır.

### Kaynaklar

1. Ahmad, O. B. (2005). *Managing medical migration from poor countries*. *BMJ*, 331(7507), 43-45.
2. Alkan, A., Güder, M., Özyıldız, K.H., & Dere, T. (2023). "Hekim göçünün Twitter perspektifinden incelenmesi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 26(3), 615-640
3. Apostu, S.A., Vasile, V., Marin, E., Bunduchi, E. (2022). *Factors influencing physicians migration-a case study from Romania*. *Mathematics*, 10, 505.
4. Apostu, S.A., Vasile, V., Marin, E., Bunduchi, E. (2022). *Factors influencing physicians migration-a case study from Romania*. *Mathematics*, 10, 505.
5. Astor, A., Akhtar, T., Matallana, M. A., Muthuswamy, V., Olowu, F. A., Tallo, V., & Lie, R. K. (2005). *Physician migration: views from professionals in Colombia, Nigeria, India, Pakistan and the Philippines*. *Social science & medicine*, 61(12), 2492-2500.
6. Burcu, M. (2022). *Türkiye'den yüksek nitelikli göç: Tıp fakültesi öğrencileri [Yüksek Lisans Tezi]*. Bursa Uludağ Üniversitesi.
7. Çağlayan, S. (2006). "Göç kuramları, göç ve göçmen ilişkisi". *Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (17), 67-91.
8. Çalışkan, S. A., Tümer, U. R., & Karaca, O. (2023). "Increasing Trend of Studying Abroad for Residency Training Among Medical Students". *Sage Open*, 13(3), 21582440231195419.
9. Çınar, S. (2022) "International migration of Turkish physicians on the axis of neoliberal populist policies and authoritarianism", *Authorea*, October 25, 2022.
10. Doğru, E. (2023). *İnsan sermayesinin uluslararası hareketliliği: Türkiye'de doktorların yurtdışına göçü üzerine bir araştırma [Yüksek Lisans Tezi]*. Yıldız Teknik Üniversitesi.
11. Elveren, A. Y. (2018). *Brain Drain and Gender Inequality in Turkey*. (1st ed.) Springer.
12. Erdem, Ş., Erdem, Ş. ve Akbulut, Ö. (2023). "Dış Hekimlerinin Beyin Göçüne Yönelik Tutumları ve Yaşam Memnuniyetlerinin Değerlendirilmesi: Anket Çalışması: Kesitsel Araştırma". *Türkiye Klinikleri Journal of Dental Sciences*, 29(3).
13. Filiz, M., Karagöz, M.B. ve Karagöz, N. (2022). "Tıp fakültesi öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumlarının değerlendirilmesi". *Karadeniz Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(27), 679-692.
14. Fouad, Y. A., Fahmy, Y. M., Abdel Hady, S. M., & Elsabagh, A. E. (2015). *Egyptian future physicians are packing to leave but may be willing to return*. *International Health*, 7(3), 190-194.
15. Genc, K. (2022). *Turkish doctors emigrate amid low pay and rising violence*. *The Lancet*, 400(10351), 482-483.
16. Hagopian, A., Thompson, M. J., Fordyce, M., Johnson, K. E., & Hart, L. G. (2004). "The migration of physicians from sub-Saharan Africa to the United States of America: measures of the African brain drain". *Human resources for health*, 2(1), 1-10.
17. Heist, B. S., & Torok, H. M. (2018). *Medical migration: a qualitative exploration of the atypical path of Japanese international medical graduates*. *Medical teacher*, 40(1), 31-39.
18. Kaçmaz, E. (2022). *Tıp fakültesi öğrencilerinin beyin göçüne yönelik tutumları ve ilişkili faktörler [Tıpta Uzmanlık Tezi]*. Ondokuz Mayıs Üniversitesi.

19. Kaya, S., Toraman, Ç. ve Tekin, M. (2023). "Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Gelecekte Yurt Dışında Çalışmayla İlgili Görüşlerinin İncelenmesi: Çanakkale Örneği". *Tıp Eğitimi Dünyası*, 22(66), 47-60.
20. Lee, E. S. (1966). "A Theory of Migration". *Demography*, 3(1), 47-57.
21. Mollahaliloğlu, S., Çulha, Ü.A., Kosdak, M., & Öncül, HG. (2014). *The migration preferences of newly graduated physicians in Turkey. Medical Journal of Islamic World Academy of Sciences*, 109(1566), 1-7.
22. Okeke, E. N. (2013). *Brain drain: Do economic conditions "push" doctors out of developing countries?. Social Science & Medicine*, 98, 169-178.
23. Sancak, B., Selek, S. N., & Sari, E. (2023). *Depression, anxiety, stress levels and five-factor personality traits as predictors of clinical medical students' migration intention: A cross-sectional study of brain drain. The International Journal of Health Planning and Management*.
24. Sheikh, A., Naqvi, S. H. A., Sheikh, K., Naqvi, S. H. S., & Bandukda, M. Y. (2012). *Physician migration at its roots: a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan. Globalization and health*, 8, 1-11.
25. Sheikh, A., Naqvi, S. H. A., Sheikh, K., Naqvi, S. H. S., Bandukda, M. Y. (2012). *Physician migration at its roots: a study on the factors contributing towards a career choice abroad among students at a medical school in Pakistan. Globalization and Health*, 8, 43.
26. Sirkeci, İ. ve Göktuna Yaylacı, F. (2021). "Küresel Hareketlilik Çağında Göç Kuramları ve Temel Kavramlar", (Ed. Fethiye Tilbe). *Göç ve Emek Okumaları* (ss. 7-29). London: Transnational Press London.
27. Suci, Ş. M., Popescu, C. A., Ciomageanu, M. D., Buzoianu, A. D. (2017). *Physician migration at its roots: a study on the emigration preferences and plans among medical students in Romania. Human Resources for Health*, 15, 6.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı (2023a). *Bakan'dan Hekim Göçü Rakamları*, <https://www.saglik.gov.tr/TR-100677/bakandan-hekim-gocu-rakamlari.html>
29. T.C. Sağlık Bakanlığı (2023b). *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2022 Haber Bülteni*, chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/46511/0/haber-bulteni-2022-v7pdf.pdf?\_tag1=3F123016BE50268AF4A10917870BF5962AC79ECF
30. Türk Tabipleri Birliği (2023). *Hekimlerin İyi Hal Belgesi Başvuru Sayısı. Türk Tabipleri Birliği Bilgi Edinme Formu aracılığıyla elde edilmiştir.*
31. Uğur, N. (2022). "Great risk for education cost: Brain drain (Resident physicians case)". *Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi*, 31(2), 115-125.
32. Uluslararası Göç Örgütü (2013). "Uluslararası Göç Hukuku Göç Terimleri Sözlüğü" (İkinci Baskı), (Ed. Richard Perruchoud ve Jillyanne Redpath-Cross).
33. Yıldız, GH. ve Özer, K. (2022). "Neoliberal sağlık politikaları ve hekim göçü: neoliberal health policies and doctor migration". *Scientific and Academic Research*, 1(1), 1-13.

## Samsun'da Medikal Turizm Hizmeti Veren Sağlık Kurumlarının Sosyal Medya Kullanım Düzeyleri: Instagram Örneği

Yaşar DEMİR<sup>2</sup>, Erhan DAĞ<sup>3</sup>, Yusuf Alper BAŞTÜRK<sup>1</sup>, Pınar KARAKUŞ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Alanya Alâaddin Keykubat Üniversitesi

<sup>2</sup>Samsun Ayvacı Devlet Hastanesi

<sup>3</sup>Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Sorumlu Yazar: mszydsimal@gmail.com

Medikal turizm endüstrisi son on yılda büyük ölçüde büyüme kaydetmiştir. Sosyal medyanın hem turistler hem de turizm sağlayıcılar için etkili bir iletişim kanalı olarak algılanmasına rağmen, sosyal medyanın medikal turizm pazarlaması için nasıl kullanıldığına dair yapılan çalışmalar nadirdir. Bu nedenle keşfedici türdeki bu çalışmanın temel amacı, Samsun'da medikal turizm hizmeti veren sağlık kuruluşlarının popüler sosyal medya platformlarından Instagramı kullanma düzeylerinin incelenmesidir. Bu amaçla 15 Mayıs 2023 tarihi itibarıyla Samsun'da sağlık turizmi yetki belgesine sahip 18 sağlık kuruluşu incelendi. Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden içerik analizi kullanıldı. İçerik analizi sosyal medya kullanımı ve içeriğini analiz etmede yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada içerik analizi katılım, etkileşim, yakınlık, etkileme, anlama ve etkililik kategorileri temel alınarak sağlık kuruluşlarının instagram sayfaları incelendi. Çalışmaya alınan sağlık kurumlarından 2 tanesi tıp merkezi, 7 tanesi özel hekim muayenehanesi, 7 tanesi özel hastane ve 2 tanesi ağız ve diş sağlığı polikliniğidir. İçerik analizi sonuçlarına göre; 9 sağlık kurumunun 10001-50000 arasında takipçisi bulunurken, 1 takipçinin 100001'den fazla takipçisi bulunmaktadır. 3 sağlık kurumu her gün paylaşım yaparken, 13 sağlık kurumu günlük- hatalık paylaşımlar yapmaktadır. Tüm sağlık kurumları hem resmi internet sitesine bağlantı vermekte hem de diğer sosyal medya hesaplarına bağlantı vermektedir. Tüm sağlık kurumları hasta yorumlarına izin vermektedir. Ancak sadece 10 sağlık kurumu çevrimiçi randevu vermektedir. Tüm sağlık kurumları hesaplarında fotoğraf ve video paylaşımı yapmaktadırlar. Fotoğraf ve video beğenileri takipçi sayısı ile orantılı olarak değişmektedir. Tüm hesaplarda dini, resmi ve özel gün paylaşımları yapılmaktadır. Aynı zamanda bazı hesaplarda hikaye ve reels video paylaşımları yapılmaktadır. Ancak hiçbir hesapta özel günler için veya grup indirimi ile ilgili bir paylaşım bulunmamaktadır. Yalnızca bir hesapta farklı iki dilde yayın yapılmaktadır. Özellikle muayenehane hesaplarında hekimler tarafından sürekli bilgilendirme yapılmaktadır. Aynı zamanda tüm hesaplarda öne çıkan videoların daha sonra izlenebilmesi için instagramın "öne çıkanlar" özelliği kullanılmaktadır. Her sağlık kurumunun sağlık turizmi yetki belgesi olmasına rağmen çok az sayıda paylaşımında yabancı dilde yayın yapıldığı görülmektedir. Ayrıca hem sosyal medyada hem de bağlantı verilen resmi internet sitelerinde medikal turizm ile ilgili bilgilendirme çok az sayıdadır. Bir tıp merkezi, bir özel hastane ve bir muayenehane hesabında medikal turistlere yapılan işlemler sonrası paylaşımlara ve hasta yorumlarına sık rastlanıldı. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği insanlar kurumlardan çok hastalığa ve hastalarına şifa verecek hekim araştırma eğilimindedirler. Bu nedenle sağlık kurumlarının hekim tanıtımlarına ve yaptıkları işlemlere daha çok önem vermeleri gerektiği önerilebilir.

**Anahtar Kelimeler:** Medikal Turizm, Sağlık Kurumu, Instagram

### Social Media Use Levels of Health Institutions Providing Medical Tourism Services in Samsun: Instagram Example

The medical tourism industry has grown tremendously over the past decade. Although social media is perceived as an effective communication channel for both tourists and tourism providers, studies on how social media are used for medical tourism marketing are rare. For this reason, the main purpose of this exploratory study is to examine the level of use of Instagram, one of the popular social media platforms, of health institutions providing medical tourism services in Samsun. For this purpose, 18 health institutions with health tourism authorization certificate in Samsun as of 15 May 2023 were examined. Content analysis, one of the qualitative research methods, was used in this study. Content analysis is widely used to analyze social media usage and content. In this study, Instagram pages of health institutions were examined based on the categories of content analysis participation, interaction, closeness, influence, understanding and effectiveness. Of the health institutions included in the study, 2 of them are medical centers, 7 of them are private doctor's offices, 7 of them are private hospitals and 2 of them are oral and dental health polyclinics. According to the results of content analysis; While 9 health institutions have 10001-50000 followers, 1 follower has more than 100001 followers. While 3 health institutions share daily, 13 health institutions make daily-inaccurate posts. All health institutions both link to the official website and link to other social media accounts. All health institutions allow patient comments. However, only 10 health institutions offer online appointments. All health institutions share photos and videos on their accounts. Photo and video likes vary in proportion to the number of followers. Religious, official and special days are shared on all accounts. At the same time, some accounts share stories and reels videos. However, there are no posts about special days or group discounts in any of the accounts. Only one account broadcasts in two different languages. Physicians are constantly informed, especially in practice accounts. At the same time, the "highlights" feature of Instagram is used so that the featured videos on all accounts can be watched later. Although every health institution has a health tourism authorization certificate, it is seen that very few posts are published in a foreign language. In addition, there is very little information about medical tourism, both on social media and on the linked official websites. Posts and patient comments were frequently encountered in a medical center, a private hospital and a practice account after the procedures performed on medical tourists. Due to the nature of health services, people tend to search for the physician who will cure the disease and their patients rather than the institutions. For this reason, it can be suggested that health institutions should give more importance to the promotion of physicians and their procedures.

**Keywords:** Medical Tourism, Health Institution, Instagram

## Giriş

Pazarlama akademisyenleri ve uygulayıcıları, sosyal medya pazarlamasının önemini sadık müşteriler elde etme stratejisi olarak kabul etmektedir (Bilgin, 2018). Buna bağlı olarak işletmeler ve markalar, sosyal ağları potansiyel ve gerçek tüketicilerle iletişim kurmanın yanı sıra kurumsal performansı iyileştirmenin çağdaş bir yolu olarak benimsemektedir (Andrews, vd., 2019; Hajli, 2015). Instagram, kullanıcıların fotoğraf ve görseller aracılığı ile bilgileri kolaylıkla kavramasını sağlayan, görsel merkezli bir sosyal medya platformudur. Buna göre, dili veya milleti ne olursa olsun markaların başkalarıyla iletişim kurması mümkündür (Ko, vd., 2014). 2021'de, Instagram'ın aylık 1,21 milyar aktif kullanıcısı bulunuyordu ve bu dünyadaki internet kullanıcılarının %28'inden fazlasını oluşturuyordu. 2025 yılına kadar, küresel internet kullanıcılarının %32'sini oluşturacak olan sosyal medya platformunun aylık 1,44 milyar aktif kullanıcısı olacağı tahmin ediliyor (STATISTA, 2023). Instagram'ın yüksek kullanıcı etkileşimi ve görsel odaklı yapısı nedeniyle, dünyaca ünlü markaların %71'i reklam programlarında bu platformu kullanmaktadır (Delafrooz, vd., 2019). Bu eğilim turizm ve medikal turizm sektörü için de geçerlidir (Cham, vd., 2020; John, vd., 2018).

Veriler medikal turizm endüstrisinin de sürekli büyüdüğünü ortaya koyuyor. VISA ve Oxford Economics tarafından yapılan çalışmada medikal turizm endüstrisinin 2025 yılında pazar büyüklüğünün 3 trilyon dolara ulaşacağı vurgusu yapıldı (Buzcu & Birdir, 2018). Türkiye'de bu pazardan pay almak için medikal turizmde yönelik birçok yeni pazarlama faaliyetini hayata geçirdi. Bunlardan en önemlisi USHAŞ'ın kurulması ve healthturkiye.com web adresinin açılması olarak sayılabilir. Healthturkiye web adresi üzerinden ve Instagram hesabı üzerinden Türkiye'de yapılan tedaviler paylaşılmaktadır (healthturkiye.com, 2023). Türkiye'nin de diğer ülkeler ve sağlık hizmeti sunucuları gibi Instagram'ı tercih etmelerinin nedeni Instagram kullanıcı sayısının diğer platformlara göre daha hızlı artması (STATISTA, 2023) ve görsel olarak daha sevimli olmasıdır (Dwivedi, vd., 2019). Bu nedenle medikal turizm hizmeti veren sağlık kurumları sosyal medyayı hedef kitleleri ile iletişimin kilit bir aracı olarak benimsemişlerdir (Kamboj, vd., 2018; Güngör, 2019).

Sosyal medyada sağlık hizmetleri pazarlaması ile ilgili çalışmalar hızla artmaktadır. Örneğin; John vd., (2018) Malezya'da medikal turizm pazarlaması üzerine yaptıkları ampirik çalışmada, sağlık kuruluşlarının müşterileriyle olan yakınlıklarını korumada iyi bir performans sergilediklerini ancak müşterileri arasındaki etkileşimleri ve müşterilerin istek ve ihtiyaçlarının belirlenmesi amacıyla bilgi toplama faaliyetleri konusundaki performanslarının düşük olduğunu tespit etmişlerdir. Yüzbaşıoğlu vd. (2019) tarafından da medikal turizm hizmeti veren sağlık kurumlarının Facebook hesapları içerik analizi ile incelenmiştir. Yine Güngör vd. (2019) tarafından hastanelerin Instagram hesaplarını, Özcan (2023) tarafından fenomen doktorların Instagram hesaplarını nasıl kullandıkları araştırılmıştır. Mevcut çalışmada da Samsun'da sağlık turizmi yetki belgesine sahip özel sağlık kurumlarının Instagram hesaplarını kullanım düzeyleri içerik analizi ile değerlendirilmiştir.

## Yöntem

### Araştırmanın Amacı ve Yapıldığı Yer

Keşfedici türdeki bu çalışmanın temel amacı, Samsun'da medikal turizm hizmeti veren sağlık kuruluşlarının popüler sosyal medya platformlarından Instagram'ı kullanma düzeylerinin incelenmesidir. Bu amaçla 15 Mayıs 2023 tarihi itibarıyla Samsun'da sağlık turizmi yetki belgesine sahip 19 sağlık kuruluşu (Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2023) incelenmiştir. Ortak hesap kullanan grup hastanelerden ise yalnızca bir tanesi incelenmiştir. Bu nedenle incelenen sağlık kuruluşu sayısı 18 olarak belirlenmiştir.

### Verilerin Analizi

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden içerik analizi kullanılmıştır. İçerik analizi sosyal medya kullanımı ve içeriğini analiz etmede yaygın olarak kullanılmaktadır (Lai, & To, 2015). John vd. (2018) tarafından yapılan çalışmada kullanılan katılım, etkileşim, yakınlık, etkileme, anlama ve etkililik kategorileri temel alınarak sağlık kuruluşlarının Instagram sayfaları incelenmiştir. Katılım, sosyal medya platformlarında müşteri katılım düzeyini ifade etmekte ve kullanıcı, hayran veya takipçi sayısı ile ölçülmektedir (Phelan vd., 2013). Daha yüksek katılım, kullanıcı memnuniyeti ve olumlu tutumlarla ilgilidir (Chang, vd., 2016). Etkileşim, kullanıcıların resimler, videolar ve incelemeler dahil olmak üzere gönderi ve yorum yapma etkinlikleri açısından değerlendirilmesidir (Aluri, vd., 2015). Yakınlık, müşteriler arasındaki genel marka duyarlılığını ölçmektedir (Stevenson & Hamill, 2012). Etkileme bir markanın müşterileri için savunuculuğunu, yönlendirmelerini ve tavsiyelerini nasıl yönettiğini gösterir ve sağlayıcının sosyal medya gönderileri kullanımına göre değerlendirilir (Denizci-Guillet vd., 2015; Stevenson & Hamill, 2012). Anlama, "çevrimiçi konuşmaların izlenmesinden elde edilen eyleme dönüştürülebilir müşteri içgörüsü düzeyi" anlamına gelir. Son olarak, etkililik, temel iş hedefleri ile karşılaştırılan sosyal medya pazarlama faaliyetlerinin etkisini ifade eder (Stevenson & Hamill, 2012). Bu bağlamda içerik analizinde sağlık kuruluşlarının Instagram hesaplarında bu kategorilerin ne kadarına yer verdikleri incelenmiştir.

## Bulgular

Tablo 1. Araştırmaya Dahil Edilen Sağlık Kurumlarının Gruplar

Sıra	Sağlık Kurumu Grubu	Adet
1	Genel Hastane	6
2	Dal Hastanesi (Fizik Tedavi)	1
3	Tıp Merkezi (Göz)	1
4	Tıp Merkezi (Estetik ve Plastik Cerrahi)	1
5	Ağız ve Diş Sağlığı Polikliniği	2
6	Muayenehane (Estetik ve Plastik Cerrahi)	5

7	Muayenehane (KBB)	1
8	Muayenehane (Genel Cerrahi)	1
Toplam		18

Çalışmaya alınan sağlık kurumlarından 2 tanesi tıp merkezi, 7 tanesi özel hekim muayenehanesi, 7 tanesi özel hastane ve 2 tanesi ağız ve diş sağlığı polikliniğidir.

Tablo 2. Sağlık Kuruluşlarının Instagram Etkililikleri

Kategori	Alt Kategori	n	
Katılım	0-10000	7	
	10001-50000	9	
	50001-100000	1	
	100001 +	1	
Etkileşim	Her Gün	3	
	<i>Dinamik İçerik</i>	Günlük- Haftalık	13
		Haftadan fazla	2
	<i>Grup indirimleri</i>		-
	<i>Özel gün indirimleri</i>		-
Yakınlık	<i>Yeni hizmet tanıtımı</i>	11	
	<i>Resmi siteye bağlantı</i>	18	
	<i>Diğer sosyal medya hesaplarına bağlantı</i>	18	
Etkileme	<i>Fotoğraf</i>	18	
	<i>Video</i>	18	
Anlama	<i>Çevrimiçi müşteri hizmetleri</i>	18	
	<i>Müşteri yorumları</i>	18	
	<i>Müşteri değerlendirmesi</i>	18	
Etkililik	<i>Online ödeme</i>		
	<i>Çevrimiçi randevu</i>	10	
	<i>Telefon numarası</i>	18	
	<i>E-posta</i>	18	
	<i>Adres/harita bilgisi</i>	18	

Tablo 2' de verilen içerik analizi sonuçlarına göre; 9 sağlık kurumunun 10.001-50.000 arasında takipçisi bulunurken, 1 takipçinin 100.001' den fazla takipçisi bulunmaktadır. 3 sağlık kurumu her gün paylaşım yaparken, 13 sağlık kurumu günlük- hatalık paylaşımlar yapmaktadır. Tüm sağlık kurumları hem resmi internet sitesine hem de diğer sosyal medya hesaplarına bağlantı vermektedir. Tüm sağlık kurumları hasta yorumlarına izin vermektedir. Ancak sadece 10 sağlık kurumu çevrimiçi randevu vermektedir.

Tüm sağlık kurumları hesaplarında fotoğraf ve video paylaşımı yapmaktadır. Fotoğraf ve video beğenileri takipçi sayısı ile orantılı olarak değişmektedir. Tüm hesaplarda dini, resmi ve özel gün paylaşımları yapılmaktadır. Aynı zamanda bazı hesaplarda hikaye ve reels video paylaşımları yapılmaktadır. Ancak hiçbir hesapta özel günler veya grup indirimleri ile ilgili bir paylaşım bulunmamaktadır. Yalnızca bir hesapta farklı iki dilde yayın yapılmaktadır. Özellikle muayenehane hesaplarında hekimler tarafından sürekli bilgilendirme yapılmaktadır. Aynı zamanda tüm hesaplarda öne çıkan videoların daha sonra izlenebilmesi için Instagram'ın "öne çıkanlar" özelliği kullanılmaktadır. Her sağlık kurumunun sağlık turizmi yetki belgesi olmasına rağmen çok az sayıda paylaşımında yabancı dilde yayın yapıldığı görülmektedir. Ayrıca hem sosyal medyada hem de bağlantı verilen resmi internet sitelerinde medikal turizm ile ilgili bilgilendirme çok az sayıdadır. Bir tıp merkezi, bir özel hastane ve bir muayenehane hesabında medikal turistlere yapılan işlemler sonrası paylaşımlara ve hasta yorumlarına yer vermiştir.

#### Tartışma ve Sonuç

Gelişmiş ülkelerdeki uzun bekleme süreleri, maliyetlerin artması vb. nedenlerle sağlık turistleri daha kısa sürede ve daha az maliyetle tedavi olmak için başka ülkelere seyahat etmektedirler. Bu talebi karşılamak için ise birçok ülke yeni stratejiler

geliştirmişlerdir. Bu durum medikal turizm sektöründeki rekabeti artırmıştır. Dolayısıyla sağlık kurumları sektörde yeni pazarlama ve tanıtım faaliyetlerine başvurmaya başlamıştır. Söz konusu araçlardan bir tanesi de sosyal medya platformlarıdır. Kang vd. (2014) sağlık kurumlarının marka farkındalığını artırmak, potansiyel müşterilere ulaşmak, müşteri sadakati yaratmak ve müşteri memnuniyetini artırmak için sosyal medya platformlarına başvurduklarını belirtmektedir.

Abubakar ve İlkan (2016) yaptıkları çalışmada elektronik ağızdan iletişim ve çevrimiçi müşteri yorumlarının medikal turistler için önemli bir bilgi kaynağı olduğunu vurgulamışlardır (Abubakar ve İlkan, 2016). Bu nedenle potansiyel müşteri katılımını teşvik etmek için, düzenli olarak görsel paylaşımlar yapılmalı ve güncellenmelidir. İncelenen hesaplarda günlük paylaşım yapan hesap sayısının az olması nedeniyle rakipleri karşısında rekabet avantajlarının düşük olmasına neden olduğu söylenebilir.

Zengin vd. (2022) yılında yaptıkları çalışmada sağlık kurumu tarafından oluşturulan sosyal medya iletişiminin sağlık kurumunun marka imajı zerinde olumlu bir etkisi olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Zengin, vd., 2022). Sosyal medya hesapları sağlık kurumlarının web sayfalarına ulaşmak için bir köprü görevi görmektedir. Bu nedenle sosyal medya hesaplarında sağlık kurumu web sayfalarına bağlantı verilmesi önerilmektedir. Bu çalışma sonucunda da tüm sağlık kurumlarının instagram hesaplarından web sitelerine bağlantı verildiği tespit edilmiştir.

Cham vd. (2020) yaptıkları çalışmada sağlık kurumlarının sosyal medya mesajlarını oluştururken ve yönetirken güvenilir müşteri hizmetleri ile birlikte interaktif süreçleri kullanmalarını önermektedirler. Aynı çalışmada sosyal medya hesaplarını yönetecek nitelikli bir ekip kurulması önerilmektedir (Cham, vd., 2020). Bu nedenle analiz edilen sosyal medya hesaplarının kalifiye bir ekip tarafından yönetilmesinin etkililiği artıracığı söylenebilir.

Sağlık kurumlarının instagram hesaplarında online randevu konusunda eksiklikler olduğu görülmektedir. Carter (2017) yaptığı çalışmada incelediği kurumlarının %50'sinden fazlasının sosyal medya hesaplarında online randevu sistemi olduğunu belirtmektedir (Carter, 2017). Sunulan hizmetlerin dijital ortama aktarılmasının popülerleştiği günümüzde incelenen sağlık kurumlarının sosyal medya hesaplarında online randevu sistemine yer vermemelerinin büyük bir eksiklik olduğu söylenebilir. Bu nedenle sağlık kurumlarının potansiyel medikal turistlerin işletmeleri tercih edecek dijital uygulamalara daha fazla yer vermeleri gerektiği söylenebilir.

Sonuç olarak, yaşam standartlarını yükseltmek ve sağlıklı bir hayat geçirmek insanlığı ortak amacı haline gelmiştir. Bireyler son yıllarda bilinçsiz hasta konumundan çıkmışlardır. Bireyler, dijital teknolojilerle birlikte sosyal medya platformlarını aktif olarak kullanarak bilgi toplayan, hasta olarak haklarının ne olduğunun farkında olan, hastalığı ile ilgili hekim araştıran bir kitle haline gelmiştir. Bu durum sosyal medyanın bir pazarlama ve tanıtım aracı haline gelmesine sebep olmuştur. Bu nedenle sosyal medyayı aktif olarak kullanan sağlık kurumları daha çok tercih edilir hale gelmiştir. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği insanlar kurumlardan çok hastalığa ve hastalarına şifa verecek hekimi araştırma eğilimindedirler. Bu nedenle sağlık kurumlarının hekim tanıtımlarına ve yaptıkları işlemlere daha çok önem vermeleri gerektiği önerilebilir. Ayrıca bu yapılan tedavileri özellikle estetik işlemler kapsamında öncesi ve sonrası şeklinde görsel olarak paylaşmalarının daha çok dikkat çekeceği söylenebilir. Bunun yanında sağlık kurumundan hizmet alan hastaların yorumlarının da potansiyel hastaların tercihlerini etkileyeceği söylenebilir.

#### Kaynaklar

1. Abubakar, A. M., & Ilkan, M. (2016). Impact of online WOM on destination trust and intention to travel: A medical tourism perspective. *Journal of Destination Marketing & Management*, 5(3), 192-201.
2. Aluri, A., Slevitch, L., & Larzelere, R. (2015). The effectiveness of embedded social media on hotel websites and the importance of social interactions and return on engagement. *International Journal of Contemporary Hospitality Management*, 27(4), 670-689.
3. Andrews, L., Bianchi, C., Wiese, M., Cuneo, A., & Fazal E. Hasan, S. (2019). Segmenting brands' social network site (Sns) consumers: a four-country study. *Journal of International Consumer Marketing*, 31(1), 22-38.
4. Bilgin, Y. (2018). The effect of social media marketing activities on brand awareness, brand image and brand loyalty. *Business & management studies: an international journal*, 6(1), 128-148.
5. Buzcu, Z., & Birdir, K. (2018). Medikal turizmde mevcut durum analizi: istanbul ve antalya örneği. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi*, (65), 279-293.
6. Carter, E. (2017). *Social media, mobile, and travel: like, tweet, and share your way across the globe*. Retrieved June, 23, 2018.
7. Carter, E. (2017). *Social media, mobile, and travel: Like, tweet, and share your way across the globe WebFX*. Retrieved November, 10, 2021.
8. Cham, T. H., Cheng, B. L., Low, M. P., & Cheok, J. B. C. (2020). Brand Image as the competitive edge for Hospitals in Medical Tourism. *European Business Review*, 33(1).
9. Cham, T. H., Lim, Y. M., Aik, N. C., & Tay, A. G. M. (2016). Antecedents of hospital brand image and the relationships with medical tourists' behavioral intention. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 10(4), 412-431.
10. Chang, I. C., Chou, P. C., Yeh, R. K. J., & Tseng, H. T. (2016). Factors influencing Chinese tourists' intentions to use the Taiwan Medical Travel App. *Telematics and Informatics*, 33(2), 401-409.
11. Delafrooz, N., Rahmati, Y., & Abdi, M. (2019). The influence of electronic word of mouth on Instagram users: An emphasis on consumer socialization framework. *Cogent Business & Management*, 6(1), 1606973.

12. Denizci Guillet, B., Kucukusta, D., & Liu, L. (2016). An examination of social media marketing in China: how do the top 133 hotel brands perform on the top four Chinese social media sites?. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 33(6), 783-805.
13. Dwivedi, A., Johnson, L. W., Wilkie, D. C., & De Araujo-Gil, L. (2019). Consumer emotional brand attachment with social media brands and social media brand equity. *European Journal of Marketing*, 53(6), 1176-1204.
14. Güngör, S. (2019). Türkiye’de hastanelerin Instagram kullanımı: Medical Park, Acıbadem ve Memorial sağlık grupları örneği. *Erciyes İletişim Dergisi*, 6(2), 1309-1324.
15. Hajli, N. (2015). Social commerce constructs and consumer's intention to buy. *International journal of information management*, 35(2), 183-191.
16. <https://www.healthturkiye.com/> Erişim Tarihi: 21.05.2023
17. John, S., Larke, R., & Kilgour, M. (2018). Applications of social media for medical tourism marketing: an empirical analysis. *Anatolia*, 29(4), 553-565.
18. Kamboj, S., Sarmah, B., Gupta, S., & Dwivedi, Y. (2018). Examining branding co-creation in brand communities on social media: Applying the paradigm of Stimulus-Organism-Response. *International Journal of Information Management*, 39, 169-185.
19. Kang, I., Shin, M. M., & Lee, J. (2014). Service evaluation model for medical tour service. *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 38(4), 506-527.
20. Ko, J., Shin, J., Ko, E., & Chae, H. (2014). The effects of image based fashion brands' SNS toward flow and brand attitude: Focus on pleasure emotion as mediator. *Fashion & Textile Research Journal*, 16(6), 908-920.
21. Lai, L. S., & To, W. M. (2015). Content analysis of social media: A grounded theory approach. *Journal of Electronic Commerce Research*, 16(2), 138.
22. Özcan, Z. (2023). Medikal Turizmde Türkiye’deki Fenomen Doktorların Rolüne Yönelik Bir İnceleme: Instagram Örneği. *Uluslararası Medya ve İletişim Araştırmaları Hakemli Dergisi*, 6(1), 101-127.
23. Phelan, K., Chen, H. T., & Haney, M. (2013). “Like” and “Check-in”: how hotels utilize Facebook as an effective marketing tool. *Journal of hospitality and Tourism Technology*, 4(2), 134-154.
24. Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı (2023). <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-95627/yetki-belgesi-listeleri-guncellenmistir.html> Erişim Tarihi: 15.05.2023
25. STATİSTA (2023). <https://www.statista.com/statistics/183585/instagram-number-of-global-users/> Erişim Tarihi: 21.05.2023
26. Stevenson, A., & Hamill, J. (2012). Social media monitoring: A practical case example of city destinations. *Social media in travel, tourism and hospitality*, 293-312.
27. Yüzbaşıoğlu, N., Doğan, O., & Kocabıyık, M. S. (2019). Medikal turizm kapsamında hizmet veren sağlık kuruluşlarının sosyal medya kullanım düzeyleri: facebook üzerine bir araştırma. <http://acikerisim.antalya.edu.tr/handle/20.500.12566/108>. Erişim Tarihi: 21.05.2023
28. Zengin, Y., Divanoğlu, S. U., & Sağlam, Ş. (2022). Sosyal medya, algılanan kalite ve ağızdan ağıza iletişimin hastane marka i majıyla ilişkisi. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (49), 23-41.



## Sağlık Yönetimi Öğrencilerinin Sağlık Kurumlarında Teknoloji Yönetimi Algıları

Cuma FİDAN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Muş Alparslan Üniversitesi

Sorumlu Yazar: cmfdn91@gmail.com

Çalışmada, sağlık yönetimi öğrencilerinin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırma nitel araştırma yöntemi desenlerinden olgubilim deseni çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Araştırmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi kullanılmıştır. 2022-2023 Eğitim Öğretim Yılı Güz Dönemi Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü'nde Sağlık Kurumlarında Teknoloji Yönetimi dersini alan 39 aktif öğrenci arasından 32 öğrenci araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Öğrencilerden yaş ve cinsiyet sorularının yanı sıra sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi kavramına ilişkin algılarını belirlemeye yönelik "Sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi (renk, hayvan, besin türü, mevsim, oyun, çiçek ve eşya) olsaydı olurdu. Çünkü " cümlelerini tamamlamaları istenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin formlarından elde edilen veriler, MAXQDA 2022 programı ile analiz edilmiştir. Araştırma sonuçları çalışmaya katılan öğrenciler arasında kadınlar ve 21-22 yaş grubu öğrenciler sayısal olarak ön plana çıkmaktadır. Öğrencilerin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi ile beyaz, mavi, kelebek, bukalemun, su, et, ilkbahar, kış, saklambaç, satranç, papatya, kaktüs, araba ve saat kavramları ile ilişkilendirmelerine vurgu yapıldığı görülmüştür. Sağlık yönetimi öğrencilerinin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi algıları avantaj ve dezavantaj ana temalarından oluşmaktadır. Avantaj ana teması; azalan başvuru, bulaşıcı hastalık yönetimi, doğru tanı, teşhis ve tedavi, düşük mortalite, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, fiziksel ihtiyaç, hareket kabiliyeti, hastane dezenfeksiyonu, hastane mimarisi, hekim-hasta iletişimi, kaliteli sağlık hizmeti, kaynak yönetimi, kısa tedavi süresi, kişiselleştirilmiş tıp, kronik hastalık yönetimi, maliyet minimizasyonu, önenebilir hastalık, rekabet, rutin işlerin azaltılması, sağlığın geliştirilmesi, sağlık davranışı, sağlık hizmetlerinin planlanması, sağlık okuryazarlığı, sağlıklı çevre, tıp eğitimi, toplum sağlığı, uzaktan hasta takibi, uzaktan sağlık hizmeti, yaşam kalitesi ve yeni tedavi alt temalarından oluşmaktadır. Dezavantaj ana teması ise; entegrasyon, hasta güvenliği, hasta mahremiyeti, nitelikli ve nicelikli personel, personel güvenliği, sübvansiyon, teknik engel, teknoloji maliyeti, teknoloji takibi, teknolojik erişim, teknolojik güven, veri analizi ve veri güvenliği alt temalarından oluşmaktadır. Öğrencilerin metafor algıları arasında; doğru tanı, teşhis ve tedavi, kaliteli sağlık hizmeti, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, teknoloji takibi, veri güvenliği ve teknoloji maliyeti alt temaları ön plana çıkmaktadır. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda hasta ve sağlık personelinin sağlık teknolojileri algılarının araştırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Nitel Araştırma, Sağlık Kurumları, Sağlık Teknolojileri, Sağlık Yönetimi, Teknoloji Yönetimi.

### Health Management Students' Perceptions of Technology Management in Healthcare Institutions

This paper investigated health management students' perceptions of technology management in healthcare institutions. This study adopted phenomenology, which is a qualitative research design. Data were collected using a semi-structured interview guide. The study population consisted of 39 students taking the "Technology Management in Healthcare Institutions" course at the Department of Health Management of the Faculty of Health Sciences of Muş Alparslan University in the fall semester of the 2022-2023 academic year. The sample consisted of 32 volunteers. Participants' sociodemographic characteristics were determined (age, gender, etc.). Then, they were asked to fill out the blanks in the sentence "If technology management in healthcare institutions were a thing (color, animal, type of food, season, game, flower, and item) it would be because." The data were analyzed using MAXQDA 2022. Female participants and participants 21-22 years of age were prominent numerically. Participants associated technology management in healthcare institutions with "white," "blue," "butterfly," "chameleon," "water," "meat," "spring," "winter," "hide and seek," "chess," "daisy," "cactus," "car," and "clock." Participants' perceptions of technology management in healthcare institutions were grouped under the themes of "advantages" and "disadvantages." The main theme of "advantages" consisted of the subthemes of reduced admissions, infectious disease management, accurate diagnosis, diagnosis and treatment, low mortality, accessibility to healthcare services, physical need, mobility, hospital disinfection, hospital architecture, physician-patient communication, quality healthcare, resource management, short treatment time, personalized medicine, chronic disease management, cost minimization, preventable disease, competition, reducing routine work, health promotion, health behavior, health care planning, health literacy, healthy environment, medical education, community health, remote patient monitoring, remote health care, quality of life and new treatment. The main theme of "disadvantages" consisted of the subthemes of integration, patient safety, patient privacy, qualified and skilled personnel, personnel safety, subsidization, technical barrier, technology cost, technology monitoring, technological access, technological trust, data analysis, and data security. Participants' metaphors for technology management in healthcare institutions were grouped under the subthemes of "accurate diagnosis," "diagnosis and treatment," "quality healthcare," "accessibility to healthcare services," "technology monitoring," "data security," and "cost of technology." Researchers should investigate healthcare personnel's perceptions of technology management in healthcare institutions.

**Keywords:** Health management, health technologies, healthcare institutions, qualitative research, technology management.

Kronik hastalıkların yaygınlığı, nüfusun yaşlanması, sağlık kaynaklarının kıtlığı, sağlık harcamalarının artması gibi nedenler sağlık hizmetleri yönetiminde değişiklikler yapılmasını zorunlu hale getirmektedir (Galavi vd., 2022). Bu zorunluluk sağlık sektöründe sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanmasında sağlık teknolojilerinin kullanılmasına neden olmaktadır (Alrabhi vd., 2022). Diğer yandan modern sağlık hizmetleri teknoloji ile bağlantılı olması ile birlikte teknolojinin yanlış kullanılması, teknolojiye güvenin olmaması, sağlık personelinin işini kaybetme korkusu, sağlık verilerinde herhangi bir dezenformasyonun olması; yanlış tanı, teşhis ve tedaviye, gereksiz sağlık hizmetleri sunumuna, daha fazla sağlık hizmeti kullanımına ve sağlık kaynaklarının verimsiz kullanılmasına neden olabilmektedir (Aronson, 2022). Teknoloji kullanımındaki bu engeller, sağlık teknolojilerinde güvenlik ve kalite sağlanarak (Borycki ve Kushniruk, 2023) ve değişen sağlık teknolojilerine uyum sağlanarak bertaraf edilebilir (Roudi vd., 2022).

Sağlık kurumlarında sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinin sağlanmasında; tele-sağlık (Jonasdottir vd., 2022), dijital hastane (Lim vd., 2022), nesnelerin interneti (Ameri, vd., 2021), kişiselleştirilmiş tıp (Vellekoop vd., 2022), giyilebilir teknolojiler (Tung vd., 2022), yapay zekâ (Jha vd., 2022), robotik teknoloji (Zhao vd., 2022), blok zincir (Haq vd., 2022), sanal gerçeklik ve artırılmış gerçeklik (Baragash vd., 2022), nanoteknoloji (Khan vd., 2022), üç boyutlu yazıcılar (Boll vd., 2019), büyük veri (Thirunavukarasu vd., 2022) gibi yeni teknolojiler kullanılabilir. Bu sağlık teknolojileri; kaliteli sağlık hizmeti, hasta güvenliği ve mahremiyeti, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik, uzaktan sağlık hizmeti sunumu, hastalık takibi, sağlık okuryazarlığı, hasta temelli sağlık hizmeti sunumu, sağlık hizmetleri yoğunluğunun azaltılması, sağlık harcamalarının azaltılması, kişiselleştirilmiş tedavi ve ilaç, doğru ve erken tanı, teşhis ve tedavi, kronik ve nadir hastalık yönetimi, bulaşıcı hastalık yönetimi, veri güvenliği, sağlık ve tıp eğitimi gibi konularda önemli katkılar sağlamaktadır. Sağlık teknolojilerinin sağladığı bu katkılar teknolojilerin sağlık bilgi sistemiyle entegrasyonu ile mümkün hale gelmektedir (Haas ve Cauda, 2022). Bununla birlikte sağlık yöneticileri, kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunumunu sağlamak için teknoloji uygulamalarını değerlendirmek ve sağlık teknolojilerini geliştirmek zorundadır (Greenfield vd., 2022). Ayrıca, üniversitelerin sağlık yönetimi bölümünden mezun olacak sağlık yönetimi öğrencilerinin görev alacakları sağlık kurumlarında güvenli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu sağlamak için sağlık teknolojilerini değerlendirmeleri ve sağlık teknolojileri alanında belirli bir yetkinliğe sahip olmaları gerekmektedir. Bu nedenle çalışmanın amacı, sağlık yönetimi öğrencilerinin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi algılarının ortaya konulmasıdır. Çalışmanın amacından hareketle araştırmada belirlenen “Sağlık yönetimi öğrencilerinin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi algıları nelerdir?” temel araştırma sorusuna yanıt aranmıştır.

## Yöntem

Çalışma, nitel araştırma yöntemi desenlerinden olgubilim deseni çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Olgubilim deseni, herhangi bir olguya yönelik görüşleri veya deneyimleri tanımlamada kullanılmaktadır (Lee, 2022). Dolayısıyla çalışmanın amacı, sağlık yönetimi öğrencilerinin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi algılarının belirlenmesidir. Araştırmanın amacından hareketle çalışmanın temel araştırma sorusu “Sağlık yönetimi öğrencilerinin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi algıları nelerdir?” olarak belirlenmiş ve bu araştırma sorusuna yanıt aranmıştır.

Araştırmada veri toplama aracı olarak yarı yapılandırılmış mülakat formu kullanılmıştır. Form; yaş ve cinsiyet sorularının yanı sıra öğrencilerin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi kavramına ilişkin algılarını belirlemeye yönelik “Sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi (renk, hayvan, besin türü, mevsim, oyun, çiçek ve eşya) olsaydı ... olurdu. Çünkü ...” cümlelerini tamamlamaya yönelik metafor ifadelerinden oluşmaktadır. Metafor, bireyin herhangi bir olgu, durum veya kavram ile ilgili algılarını keşfetmek amacıyla kullanılır (Seering vd., 2022). Öğrencilerin forumu doldurmalarında yüz yüze iletişim yöntemi kullanılmıştır. Öğrencilerin seçtikleri metafor kavramları ile sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi ile ilişkilendirilmeyen formlar tespit edildiğinde formun öğrenciler tarafından yeniden cevaplandırılması istenmiştir. 2022-2023 Eğitim Öğretim Yılı Güz Dönemi Muş Alparslan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü’nde Sağlık Kurumlarında Teknoloji Yönetimi dersini alan 39 aktif öğrenci arasından 32 öğrenci araştırmaya katılmayı kabul etmiştir. Araştırmanın uygulanabilmesi için Muş Alparslan Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu’ndan (13.10.2022 tarih ve 67368 sayı) ve Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı’ndan (27.10.2022 tarih ve 69061 sayı) gerekli izin ve onaylar alınmıştır.

Katılımcılara ait demografik bilgiler, metafor kavramları ve metafor algılarını belirlemeye yönelik analizler MAXQDA 2022 programı kullanılarak yapılmıştır. Metafor kavramları; renk, hayvan, besin türü, mevsim, oyun, çiçek ve eşya ana temalarından oluşmaktadır. Metafor algıları ise avantaj ve dezavantaj ana temalarından oluşmaktadır.

## BULGULAR

Katılımcılara ait demografik bilgiler Tablo 1’de gösterilmiştir. Katılımcılar arasında kadınlar ve 21-22 yaş grubu öğrenciler sayısal olarak ön plana çıkmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Demografik Bilgiler

Değişkenler	N	%
Cinsiyet		
Kadın	27	84,38
Erkek	5	15,63
Yaş		
21-22	20	62,50
23-24	11	34,38
25-	1	3,13
Toplam	32	100,00

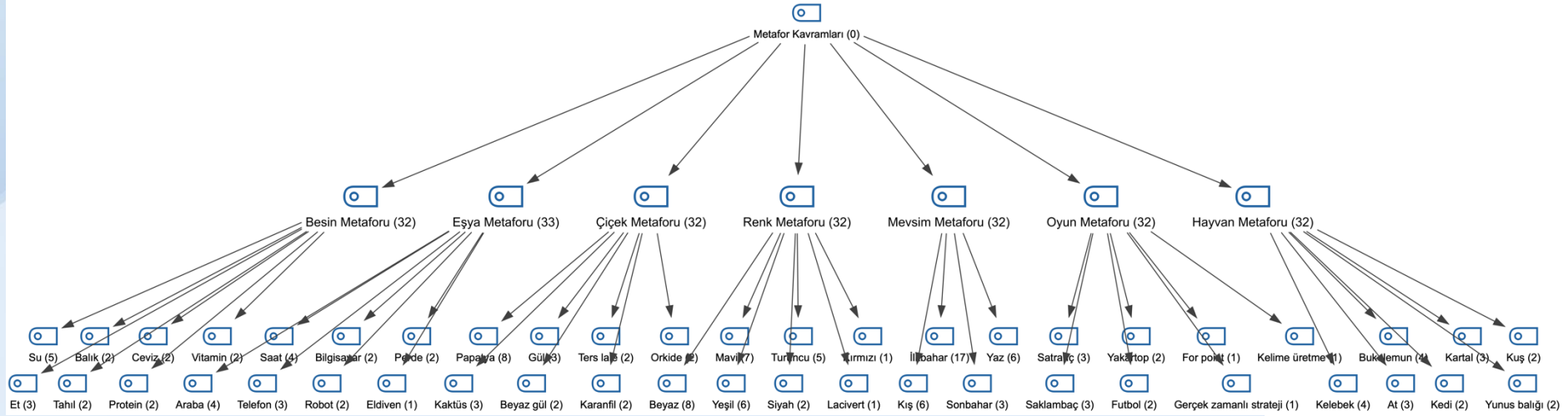
Metafor kavramlarına ilişkin kelime bulutu Şekil 1’de ve dağılımı ise Şekil 2’de gösterilmiştir.



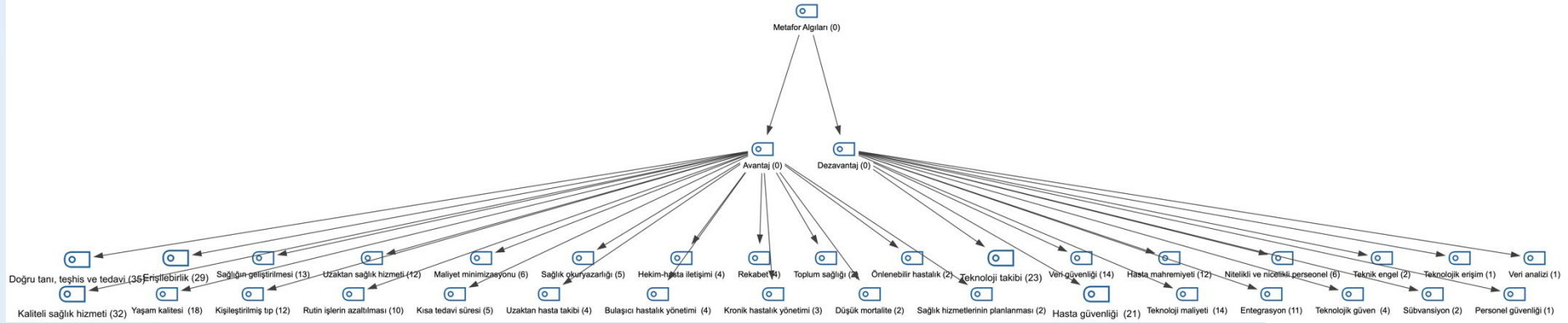
Şekil 1. Metafor Kavramlarına İlişkin Kelime Bulutu

Metafor kavramları renk, hayvan, besin türü, mevsim, oyun, çiçek ve eşya alt temalarından oluşmaktadır. Kelime bulutunda ilkbahar, beyaz, papatya, bukalemun, satranç metafor kavramlarına vurgu yapılmıştır (Şekil 1). Renk metaforunda beyaz ve mavi, hayvan metaforunda kelebek ve bukalemun, besin türü metaforunda su ve et, mevsim metaforunda ilkbahar ve kış, oyun metaforunda saklambaç ve satranç, çiçek metaforunda papatya ve kaktüs ve eşya metaforunda ise araba ve saat kavramları sayısal olarak ön plana çıkmıştır (Şekil 2).

Katılımcıların metafor algıları dağılımı Şekil 3’te gösterilmiştir.



Şekil 2. Metafor Kavram Dağılımı



Şekil 3. Metafor Algıları Dağılımı

Katılımcıların metafor algıları avantaj (n=217) ve dezavantaj (112) ana temalarından oluşmaktadır. Metafor algıları arasında; doğru tanı, teşhis ve tedavi, kaliteli sağlık hizmeti, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, teknoloji takibi, veri güvenliği ve teknoloji maliyeti alt temalarına vurgu yapılmıştır (Şekil 3).

## Tartışma ve Sonuç

Sağlık yönetimi öğrencilerinin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi algılarının araştırıldığı bu çalışmada araştırmaya katılan katılımcılar arasında kadınlar ve 21-22 yaş grubu öğrenciler sayısal olarak ön plana çıkmıştır. Öğrencilerin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi ile beyaz, mavi, kelebek, bukalemun, su, et, ilkbahar, kış, saklambaç, satranç, papatya, kaktüs, araba ve saat kavramları ile ilişkilendirmelerine vurgu yapılmıştır. Sağlık yönetimi öğrencilerinin sağlık kurumlarında teknoloji yönetimi algıları avantaj ve dezavantaj ana temalarından oluşmaktadır. Avantaj ana teması; azalan başvuru, bulaşıcı hastalık yönetimi, doğru tanı, teşhis ve tedavi, düşük mortalite, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, fiziksel ihtiyaç, hareket kabiliyeti, hastane dezenfeksiyonu, hastane mimarisi, hekim-hasta iletişimi, kaliteli sağlık hizmeti, kaynak yönetimi, kısa tedavi süresi, kişiselleştirilmiş tıp, kronik hastalık yönetimi, maliyet minimizasyonu, önlenebilir hastalık, rekabet, rutin işlerin azaltılması, sağlığın geliştirilmesi, sağlık davranışı, sağlık hizmetlerinin planlanması, sağlık okuryazarlığı, sağlıklı çevre, tıp eğitimi, toplum sağlığı, uzaktan hasta takibi, uzaktan sağlık hizmeti, yaşam kalitesi ve yeni tedavi alt temalarından oluşmaktadır. Dezavantaj ana teması ise; entegrasyon, hasta güvenliği, hasta mahremiyeti, nitelikli ve nicelikli personel, personel güvenliği, sübvansiyon, teknik engel, teknoloji maliyeti, teknoloji takibi, teknolojik erişim, teknolojik güven, veri analizi ve veri güvenliği alt temalarından oluşmaktadır. Metafor algıları arasında ise; doğru tanı, teşhis ve tedavi, kaliteli sağlık hizmeti, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, teknoloji takibi, veri güvenliği ve teknoloji maliyeti alt temaları sayısal olarak ön plana çıkmıştır.

Öğrencilerin avantaj ana temasında yer alan alt temalarındaki algılarına yönelik faydalar yenilikçi teknolojilerin kullanımı ile elde edilebilir. Sağlık sektöründe; tele-sağlık (Jonasdottir vd., 2022), dijital hastane (Lim vd., 2022), nesnelerin interneti (Ameri, vd., 2021), kişiselleştirilmiş tıp (Vellekoop vd., 2022), giyilebilir teknolojiler (Tung vd., 2022), yapay zekâ (Jha vd., 2022), robotik teknoloji (Zhao vd., 2022), blok zincir (Haq vd., 2022), sanal gerçeklik ve artırılmış gerçeklik (Baragash vd., 2022), nanoteknoloji (Khan vd., 2022), üç boyutlu yazıcılar (Boll vd., 2019), büyük veri (Thirunavukarasu vd., 2022) gibi teknolojiler yeni teknolojiler olarak kullanılabilir. Literatürde yapılan çalışmalar yenilikçi teknoloji kullanımının; hasta-hekim ilişkisinin kalitesini ve hastanın güçlenmesini güçlendirdiğini (Zoghلامي ve Ben Rached, 2022), tedavi süresini kısalttığını (Zeng vd., 2022), kronik hastalık yönetiminde kullanıldığını, ilaç geliştirme çalışmalarında kullanıldığını, hastaların yaşam kalitesi düzeylerini arttığını, kişiselleştirilmiş tıp alanında kullanıldığını (Vellekoop vd., 2022), sağlık hizmetleri maliyetlerini azalttığını (Tortorella vd., 2022), daha doğru ve erken teşhiste kullanıldığını (Jha vd., 2022) ve kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti sunumunda kullanıldığını (Borycki ve Kushniruk, 2023) göstermektedir. Zhao vd. (2022) tarafından yapılan çalışmada teknolojilerin uygulama alanları; dezenfeksiyon, tedarik ve malzeme yönetimi, bulaşıcı hastalık yönetimi, doğru tanı, teşhis ve tedavi, bir doktor için sağlık bilgi aracı, sağlık hizmetleri sağlık danışmanlığı, uzaktan sağlık hizmeti, uzaktan hasta takibi ve sağlıklı günlük yaşam temalarında sınıflandırılmıştır. Hastaların teknoloji algıları; bakım talebi, direnç ve açıklık ve evde sağlık izleme tercihi temalarında sınıflandırılmıştır (Rochmawati vd., 2022). Sağlık personelinin deneyimleri ise; izleme sistemine güven duymaları, sistem işlevselliği ve kullanım kolaylığı talep etmeleri ve kişinin kendi performansının farkına varması temalarında toplanmıştır (Granqvist vd., 2022). Teknoloji ile ilgili kelime haritalarında; teşhis, tedavi, bulaşıcı hastalık, mortalite, morbidite, ilaç, önleme, etkililik, kamu sağlığı, hastalıklar, takip, eğitim, sağlık okuryazarlığı, inovasyon, elektronik sağlık kayıtları, yönetim ve organizasyon, sağlık bilgi sistemleri, entegrasyon, klinik araştırmalar vb. kavramları ile ilişkilendirmeler ön plana çıkmaktadır (Belmonte vd., 2023; Stoumpos vd., 2023; Wen vd., 2023). Diğer yandan yeni teknolojiler ile ilgili; sağlık erişiminde eşitsizliği arttırdığına, kaynak tüketimini arttırdığına, sağlık bilgi sistemleri ile entegrasyonun yapılamadığına, hasta güvenliğini olumsuz etkileyen girişimlerin olabileceğine, teknolojik lisans alma zorunluluğuna, özerklik etik ilkesinin ihlal edilebileceğine, sağlık personelinin teknoloji ile ilgili bilgi eksikliğine ve yasal düzenlemelerin yapılması gerektiğine yönelik dezavantajlar yer almaktadır (Zarif, 2022). Dolayısıyla çalışmada elde edilen öğrencilerin teknoloji yönetimi algıları ile literatürde yapılan çalışmaların sonuçları birbirini destekler niteliktedir. Teknolojinin yanlış kullanımından kaynaklanan bu dezavantajlar ise (Aronson vd., 2022); sağlık teknolojilerinde güvenlik ve kalite sağlanarak (Borycki ve Kushniruk, 2023) ve değişen sağlık teknolojilerine uyum sağlanarak bertaraf edilebilir (Roudi vd., 2022). Sonuç olarak, sağlık kurumları sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğini, kalitesini, güvenliğini ve maliyet kontrolünü sağlamak için yenilikçi sağlık teknolojilerine ihtiyaç duymaktadır. Sağlık kurumları bu kazanımları ancak sağlık teknolojilerinin doğru kullanımı ve teknolojilerin sağlık bilgi sistemlerine entegre edilmesiyle elde edebilir. Bundan sonra yapılacak çalışmalarda hasta ve sağlık personelinin sağlık teknolojileri algılarının araştırılması önerilmektedir.

## Kaynaklar

1. Alrahbi, D.A., Khan, M., Gupta, S., Modgil, S., & Jabbar, C.J.C. (2022). Healthcare information technologies for dispersed knowledge management. *Journal of Knowledge Management*, 26(6), 1589-1614. DOI: 10.1108/JKM-10-2020-0786
2. Ameri, F., Sabahi, A., Ranjbar, N., Hoseini, S.R., Khosrojerdi, R., Rajabi, E., & Dastani, M. (2021). Internet of things (IoT) applications in hospitals: A systematic review. *Health Tech Asmt Act*, 5(4), 1-11. DOI: 10.18502/htaa.v5i4.10170
3. Aronson, J.K. (2022). When i use a word ... too much healthcare-technology. *BMJ*, 378, o2102. DOI: 10.1136/bmj.o2102
4. Baragash, R.S., Aldowah, H., & Ghazal, S. (2022). Virtual and augmented reality applications to improve older adults' quality of life: A systematic mapping review and future directions. *Digital Health*, 8, 1-34. DOI: 10.1177/20552076221132099
5. Belmonte, E. M., Tortosa, S. O., Ortega, L. D. M., & Gutiérrez-Martínez, J. M. (2023). Healthcare information technology: A systematic mapping study. *Healthcare Informatics Research*, 29(1), 4-15. DOI: 10.4258/hir.2023.29.1.4

6. Boll, L.F.C., Rodrigues, G.O., Rodrigues, C.G., Bertollo, F.F., Irigoyen, M.C., & Goldmeier, S. (2019). Using a 3D printer in cardiac valve surgery: A systematic review. *Rev Assoc Med Bras*, 65(6), 818-824. DOI: 10.1590/1806-9282.65.6.818
7. Borycki, E.M., & Kushniruk, A.W. (2023). Health technology, quality and safety in a learning health system. *Healthcare Management Forum*, 36(2), 79-85. DOI: 10.1177/08404704221139383
8. Galavi, Z., Montazeri, M., & Ahmadian, L. (2022). Barriers and challenges of using health information technology in home care: A systematic review. *Int J Health Plann Mgmt*, 37, 2542-2568. DOI: 10.1002/hpm.3492
9. Granqvist, K., Ahlstrom, L., Karlsson, J., Lytsy, B., & Andersson, A. E. (2022). Learning to interact with new technology: health care workers' experiences of using a monitoring system for assessing hand hygiene—a grounded theory study. *American journal of infection control*, 50(6), 651-656. DOI: 10.1016/j.ajic.2021.09.023
10. Greenfield, D., Iqbal, U., & Li, Y.C.J. (2022). High quality, safe healthcare=Technology+people+systems thinking. *BMJ Health & Care Informatic*, 29, e100673. DOI: 10.1136/bmjhci-2022-100673
11. Haas, E.J., & Cauda, E. (2022). Using core elements of health and safety management systems to support worker well-being during technology integration. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 13849. DOI: 10.3390/ijerph192113849
12. Haq, H.B.U., Abbas, A., Khan, R.A., Akhtar, A.N. Akram, W., Nawaz, S., Mayo, F.I., & Bhatti, A.I. (2022). E healthcare using block chain technology and cryptographic techniques: A review. *Pakistan Journal of Engineering and Technology*, 5(4), 21-28. DOI: 10.51846/vol5iss4pp21-28
13. Jha, N., Lee, K.S., & Kim, Y.J. (2022). Diagnosis of temporomandibular disorders using artificial intelligence technologies: A systematic review and meta analysis. *PloS ONE*, 17(8), e0272715. DOI: 10.1371/journal.pone.0272715
14. Jonasdottir, S.K., Thordardottir, I., & Jonsdottir, T. (2022). Health professionals' perspective towards challenges and opportunities of telehealth service provision: A scoping review. *International Journal of Medical Informatics*, 167, 104862. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2022.104862
15. Khan, S., Mansoor, S., Rafi, Z., Kumari, B., Shoaib, A., Saeed, M., Alshehri, S., Ghoneim, M.M., Rahamathulla, M., Hani, U., & Shakeel, F. (2022). A review on nanotechnology: Properties, applications, and mechanistic insights of cellular uptake mechanisms. *Journal of Molecular Liquids*, 348, 118008, DOI: 10.1016/j.molliq.2021.118008
16. Lee, A.Y. (2022). Objective phenomenology. *Erkenntnis*, 1-20, DOI: 10.1007/s10670-022-00576-0
17. Lim, H.C., Austin, J.A., Van Der Vegt, A.H., Rahimi, A.K., Canfell, O.J., Mifsud, J., Pole, J.D., Barras, M.A., Hodgson, T., Sharpnel, S., & Sullivan, C.M. (2022). Toward a learning health care system: A systematic review and evidence based conceptual framework for implementation of clinical analytic in a digital hospital. *Appl Clin Inform*, 13, 339-354. DOI: 10.1055/s-0042-1743243
18. Rochmawati, E., Kamilah, F., & Iskandar, A. C. (2022). Acceptance of e-health technology among older people: A qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 24(2), 437-446. DOI: 10.1111/nhs.12939
19. Roudi, M., Elouadi, A.E., Hamdoune, A., Choujtani, K., & Chati, A. (2022). TAM-UTAUT and the acceptance of remote healthcare technologies by healthcare professionals: A systematic review. *Informatic in Medicine Unlocked*, 32, 101008. DOI: 10.1016/j.imu.2022.101008
20. Seering, J., Kaufman, G., & Chancellor, S. (2022). Metaphors in moderation. *New Media & Society*, 24(3), 621-640. DOI: 10.1177/1461444820964968
21. Stoumpos, A. I., Kitsios, F., & Talias, M. A. (2023). Digital transformation in healthcare: Technology acceptance and its applications. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4), 3407. DOI: 10.3390/ijerph20043407
22. Thirunavukarasu, R., C, G.P.D., R, G., Gopikrishnan, M., & Palanisamy, V. (2022). Towards computational solutions for precision medicine based big data healthcare system using deep learning models: A review. *Computers in Biology and Medicine*, 149, 106020. DOI: 10.1016/j.combiomed.2022.106020
23. Tortorella, G. L., Fogliatto, F. S., Espôsto, K. F., Mac Cawley, A. F., Vassolo, R., Tlapa, D., & Narayanamurthy, G. (2022). Healthcare costs' reduction through the integration of healthcare 4.0 technologies in developing economies. *Total Quality Management & Business Excellence*, 33(3-4), 467-487. DOI: 10.1080/14783363.2020.1861934
24. Tung, C.Y., Chang, C.C., Jian, J.W., Du, Y.S., & Wu, C.T. (2022). Studying wearable health technology in the workplace using the behavior change Wheel: A systematic literature review and content analysis. *Informatics for Health and Social Care*, 47(4), 434-443. DOI: 10.1080/17538157.2022.2042303
25. Vellekoop, H., Versteegh, M., Huygens, S., Ramos, I.A., Szilberhorn, L., Zelei, T., Nagy, B., Tsiachristas, A., Koleva-Kolarova, R., Wordsworth, S., & Mølken, M.R. (2022). The net benefit of personalized medicine: A systematic literature review and regression analysis. *Value Health*, 25(8), 1428-1438. DOI: 10.1016/j.jval.2022.01.006

26. Wen, C., Liu, W., He, Z., & Liu, C. (2023). Research on emergency management of global public health emergencies driven by digital technology: A bibliometric analysis. *Front. Public Health*, 10,1100401. DOI: 10.3389/fpubh.2022.1100401
27. Zarif, A. (2022). The ethical challenges facing the widespread adoption of digital healthcare technology. *Health Technol.*, 12, 175–179. DOI: 10.1007/s12553-021-00596-w
28. Zeng, Z., Wu, T., Lv, M., Qian, J., Chen, M., Fang, Z., Jiang, S., & Zhang, J. (2022). Impact of mobile health and telehealth technology on medication adherence of stroke patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Clin Pharm*, 44, 4–14. DOI: 10.1007/s11096-021-01351-x
29. Zhao, Z., Ma, Y., Mustaq, A., Rajper, A.M.A., Shehab, M., Heybourne, A., Song, W., Ren, H., & Tse, Z.T.H. (2022). Application s of robotics, artificial intelligence and digital technologies during Covid-19: A review. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 16, 1634-1644. DOI: 10.1017/dmp.2021.9
30. Zoghiami, M., & Ben Rached, K.S. (2022), From physician's authority to patient expertise: the effects of e-health technology use on patient's behavior and physician-patient relationship. *VINE Journal of Information and Knowledge Management Systems*, 1-19, DOI: 10.1108/VJIKMS-07-2021-0106

SONUÇ BİLDİRGESİ

6. ULUSLARARASI 16. ULUSAL SAĞLIK VE HASTANE İDARESİ KONGRESİ  
SONUÇ BİLDİRGESİ

6. International 16. National Health and Hospital Administration Congress  
Final Declaration

12-14 Ekim 2023

Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Konya



6. Uluslararası 16. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi 12-14 Ekim 2023 tarihlerinde “Cumhuriyetimizin 100. yılında Sağlık Yönetimi ve Geleceği” teması ile Necmettin Erbakan Üniversitesi Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü ev sahipliğinde Anadolu Selçuklu Devleti’ne başkentlik yapmış Konya’da tamamlanmıştır. Kongre TÜBİTAK 2223-B Yurtiçi Bilimsel Etkinlik Düzenleme Desteği (1919B022300157 başvuru no) kapsamında desteklenmektedir.

Kongre ana salonunda 10 oturum, Sağlık Yönetimi Programlarında Akreditasyon Süreci ile ilgili bilgilendirme sunumu, Dr tezlerini ele alan 1 kolokyum, toplam 31 oturumda 134 sözel bildiri sunumu ve Sağlık Yönetimi bölüm başkanları toplantısı gerçekleştirilmiştir. Kongrede 12’si yurt dışından olmak üzere toplam 27 davetli konuşmacı yer almıştır. Paneller, kolokyum ve sözel bildiri oturumlarında ise 42 oturum başkanı görev almıştır. Yurt dışı davetli konuşmacılardan 11 panelist yabancı konuşmacıdır. 11 yabancı konuşmacıdan üç konuşmacı kongreye çevrimiçi katılmıştır. Uluslararası davetli konuşmacılar Azerbaycan, ABD, İngiltere, Malezya, Endonezya ve Tayvan ‘dan katılım sağlamışlardır. Kongreye 300’ü aşkın uluslararası ve ulusal akademisyen, sağlık sektör çalışanı ve lisansüstü/lisans öğrenci katılmıştır. Üç günlük kongre süresince 8 panel başlıkları ise Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Yönetiminde Gelecek Tasarımları, Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Yönetim ve Organizasyonu, Azerbaycan Sağlık Sisteminde TABİB Yaklaşımı, Sağlık Yönetiminde Fütürist Yaklaşımlar, Yapay Zeka ve Sağlık Hizmetleri, Olağanüstü Durumlarda Sağlık Yönetimi, Özel Sağlık Sektörü, Yapay Zeka ve Hukuk şeklindedir.

**12 Ekim Perşembe** günü sabah, kongrenin ilk oturumu NEÜ Tıp Fakültesi Dekan Yrd. Prof. Dr. İsmail REİSLİ moderatörlüğünde gerçekleşmiştir. Oturumda ilk olarak Selçuk Üniversitesi Tarih AD doktora öğrencisi Esra ÖZEL “Anadolu Selçuklu Döneminde Sağlık Hizmetleri” isimli konuşması ile Anadolu Selçuklularında sağlık hizmetlerinin, diğer Türk-İslam devletlerinde olduğu gibi sosyal yardım kuruluşu olarak kurulan vakıf müessesesi içerisinde önemli bir işleve sahip olan dârüşşifâlar yoluyla yerine getirildiğini ve Selçuklular’ın bu dârüşşifâlar aracılığıyla hastalıkları tedavi ettiğini ve yeni hekimler yetiştirdiklerini ifade etmiştir. National Defence University of Malaysia (Malezya)’den Dato Dr. Junaidah Binti KAMARUDDIN “Leadership and Competencies in Hospital Management” konuşması ile sağlık kurumlarında lider kimdir? Nasıl olmalıdır? Yetkinlikleri nelerdir? gibi konuları ele alarak araştırma sonuçlarını aktarmıştır.

İkinci oturumda ana konuşmacılara yer verilmiştir. Oturum, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Doç. Dr. Nimetcan Mehmet ORHUN moderatörlüğünde yürütülmüştür. International Medical University, Malaysia’dan Keynote Speaker Prof. Dato Dr. Syed Mohamed ALJUNID SYED JUNID “Moving from ICD-10 to ICD-11: Challenges in Managing Casemix/System for Provider Payment” isimli konuşmasını yapmıştır. Konuşmasında ICD-10’dan ICD-11’e geçiş sürecini ele almıştır. Geri ödemeler için sistemin zorluklarından bahsetmiştir. Oturumun diğer konuşmacısı Chung-Shan Medical University, Taiwan’dan Prof. Dr. Chi-Chang CHANG “The Past, Present and Future of Health Management: Celebrating the 100th Anniversary of the Republic with Innovation and Excellence” konuşması ile kongrenin ana temasına değinmiştir. Bir yabancı gözüyle sağlık yönetiminin dün, bugün ve geleceğini tartışarak Türkiye Cumhuriyeti’nin 100. Yılına kutlamıştır.



**12 Ekim Perşembe** günü öğleden sonra **açılış programında** NEÜ Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Neslihan DURMUŞOĞLU SALTALI, TABİB Başkan Yardımcısı Araz NESİROV, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürü Dr. M. Mahir ÜLGÜ ve NEÜ Rektör Yrd. Prof. Dr. Ali KAHRAMAN konuşmalarını yapmıştır. Kongrenin ana temasına değinerek düzenleme kuruluna teşekkür etmişlerdir.

Öğleden sonra ilk panel oturumunda Necmettin Erbakan Üniversitesi Nezahat Keleşoğlu Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğr. Üyesi Doç. Dr. Ayhan ULUDAĞ başkanlığında “Sağlık Bakanlığı Merkez ve Taşra Yönetiminde Gelecek Tasarımları” paneli gerçekleştirilmiştir. Bu panelde Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Genel Müdür Yrd. Uzm Dr. İlkyay GÜLER, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü Yardımcısı Semra ULUSOY, Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürü Dr. M. Mahir ÜLGÜ, Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığından İç Kontrol Dairesi Başkanı Abdullah Yusuf UĞUZ sunumlarını yapmıştır. Sunumlarında Sağlık Bakanlığının merkez ve taşra yönetimi hakkında bilgi vererek Bakanlığın gelecek çalışmaları konusunda bilgilendirme yapmışlardır.

Öğleden sonraki ikinci panel oturumunda NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimisi Doç. Dr. Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ başkanlığında “Bir Üniversite Hastanesinde Sağlık Yönetimi ve Organizasyonu” paneli yapılmıştır. Panelde NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekim Yardımcısı Doç. Dr. Yasemin DURDURAN “Hastane Sağlık Hizmetlerinde Sürdürülebilirliğe Destek Çalışmaları”, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD Dr. Öğr. Üyesi Osman ULUSAL “Üniversite Hastanelerinde Hasta Transfer Yönetimi”, NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Başmüdürü Hakan KABAN “Finansal Sürdürülebilirlik” NEÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Aysel KOÇAK “Üçüncü Basamak Hastanede Sağlık Bakım Koordinatörlüğü Hizmetleri” başlıklı sunumları ile yer almışlardır. Panelde üniversite hastanelerinin organizasyon yapısına değinilerek sürdürülebilir sağlık hizmetleri çalışmaları konusunda yapılan ve yapılabilecek uygulamalar ele alınmıştır. Üniversite hastanelerinin finansal sürdürülebilirliği konusunda paydaşların önemine dikkat çekilmiştir. Ayrıca üniversite hastanelerinde sağlık bakım hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik güncel tartışmalar yapılmıştır.

**13 Ekim 2023** tarihindeki sabah ilk konuşmacı Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi ve SABAK Yönetim Kurulu başkanı Prof. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu “Sağlık Yönetimi Programlarında Akreditasyon Süreci” ile ilgili bilgilendirme yaparak sağlık yönetimi programlarında akreditasyonun önemini vurgulamış ve programları akredite olmaya yönelik teşvik etmiştir. Ayrıca sağlık yönetimi programlarının akredite olma sürecinde çaba gösteren programlara ve ilgili kişilere teşekkür etmiştir.

Kongrenin sabah oturumunun ilk paneli TABİB Başkan Yardımcısı Araz NESİROV başkanlığında “Azerbaycan Sağlık Sisteminde TABİB Yaklaşımı” paneli ile devam edilmiştir. TABİB Strateji ve Proje Yönetimi Şube Müdürü Fagan HASANZADE “TABİB-in Stratejik Yol Haritası”, TABİB Süreç Geliştirme Şube Müdürü Ziya MAMMADZADE “Sağlık Sektöründe Devlet- Özel İş Birliği”, TABİB Denetim Şube Müdürü Elçin AGAYEV “Azerbaycan Sisteminde Zorunlu Sağlık Sigortası ve TABİB Modeli” ve TABİB Abşeron Hastane Direktörü Azer İSMAYILOV “Kamu Hastane Yönetiminde TABİB Yaklaşımı” başlıklı konuşmalarını yapmışlardır. Azerbaycan Cumhuriyeti’nde TABİB’in kuruluş amacı ve organizasyon yapısı anlatılmıştır. Azerbaycan sağlık sisteminde geçmişten günümüze sağlık hizmetlerinin gelişiminden bahsedilmiştir. TABİB’in sağlık hizmetleri çalışmalarına değinilerek stratejik yol haritası belirtilmiştir.

Daha sonra “Sağlık Yönetiminde Fütürist Yaklaşımlar” paneli Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi’nden Prof. Dr. Yusuf Çelik moderatörlüğünde yapılmıştır. Panelde International Medical University (Malezya) ’den Prof. Dato Dr. Syed Mohamed ALJUNID SYED JUNID “Managing Efficiency in Hospital Services Using Big Data” sunumu ile sağlık hizmetlerinde gelecekte Big Data kullanımının önemine dikkat çekmiştir. Büyük veri kullanımının sağlık hizmetlerinin kalitesini arttıracığı ve sağlık kurumlarının verimliliğine pozitif etkisi olacağını ifade etmiştir. Diğer konuşmacı Northumbria University (İngiltere) ’den Assoc. Prof. Zafar AHMED çevrimiçi yöntemle kongreye katılmıştır. Konuşma başlığı “Health Technology Assessment-Effective Decision Making for Health Sector” şeklindedir. Konuşmasında sağlık hizmetlerinde karar verme süreçlerinde sağlık teknolojilerinin kullanımının bilimsel temele dayalı olarak alınmasında en önemli araçlardan biri olduğunu ifade etmiştir. Sağlık teknolojilerinin kullanımının sağlığın geliştirilmesinde, hastalıkların önlenmesinde, tanı konulmasında, tedavi sürecinde, rehabilitasyonda ve sürdürülebilir sağlık hizmetlerinin sağlanmasındaki önemine dikkat çekmiştir.

**13 Ekim Cuma** öğleden sonra Necmettin Erbakan Üniversitesi Rektör Yardımcısı Prof. Dr. Ali KAHRAMAN başkanlığında “Yapay Zeka ve Sağlık Hizmetleri” paneli gerçekleştirilmiştir. Panelde The University of Alabama at Birmingham, (ABD) ’den Assoc. Prof. Ferhat Devrim ZENGUL “Generative AI, Large Language Models and Future of Healthcare”, Doç. Dr. Mehmet Hacıbeyoğlu, Necmettin Erbakan Üniversitesi “Bilgisayar Mühendisliği Perspektifinden Sağlıkta Yapay Zeka”, Dr. Nurettin ÖNER, The University of Alabama at Birmingham (ABD) ’den “Applications of Natural Language Processing and Text Mining in Healthcare” konuşmalarını yapmışlardır. Panelde yapay zeka kullanımının sağlık hizmetlerinde her geçen gün daha fazla alanda kullanıldığı ve kullanılacağı ifade edilmiştir. Doğal dil işleme ve metin madenciliği gibi yapay zeka uygulamalarına dikkat çekilmiştir. Bu uygulamaların kullanımının çok fazla miktarda hasta veri setini arama, analiz etme ve yorumlama potansiyelini arttıracığı aynı zamanda iş yükünü azaltacağı ve hastanın daha iyi tedavi edileceği gibi konuları vurgulamışlardır.

Daha sonra “Olağanüstü Durumlarda Sağlık Yönetimi” paneli programda yer almıştır. Bu panelin oturum başkanlığı Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi’nden Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU tarafından yapılmıştır. Uluslararası yabancı konuşmacıların yer aldığı bu panel çevrimiçi gerçekleştirilmiştir. Panelde, Andalus University (Endonezya) ’den Dr. Ade Suzana Eka PUTRI “Health System Resilience: Enhancing Health Sector Role in Disaster Risk Reduction” sunumunu çevrimiçi yöntemle yapmıştır. Afetlerde sağlık sisteminin afetlere hazırlık sürecinde, afet yönetim merkezli bir anlayışla, riskleri görerek, eldeki kaynakların en verimli kullanılması gerektiğine dikkat çekmiştir. Diğer konuşmacı Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (ABD) ’den Dr. Monica SCHOCH-SPANNA “How Communication with Communities Enables Hospital Functioning in Health Emergencies” sunumu ile acil sağlık hizmetlerinde kullanılan iletişim akışının krizi önlemede nasıl bir rol aldığını anlatmıştır.

**13 Ekim Cuma** günü panellerin ardından **18. Bölüm Başkanları** toplantısı yüz yüze Türkiye üniversitelerin sağlık yönetimi bölüm başkanlarının katılımıyla Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU başkanlığında yapılmıştır. Toplantıda Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT tarafından sağlık yönetimi Çekirdek Eğitim Programına ilişkin gelişmeleri bölüm başkanları ile paylaşmıştır. Daha sonra Prof. Dr. Yusuf ÇELİK Sağlık Yönetimi yetkinlikleri araştırma sonuçları aktarılmıştır. Sağlık yönetimi alanında Pedagojik Formasyon komisyon üyeleri seçilmiştir. Prof. Dr. Sedat BOSTAN tarafından sağlık yönetimi mezunlarının istihdamına ilişkin Sağlık Bakanlığı nezdinde yapılan çalışmalarla ilgili bilgi vermiştir. Kongre sonuç bildirgesine yönelik bölüm başkanlarının görüşleri alınmıştır. Son olarak da 7. Uluslararası 17. Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi'nin 2024 yılında Bandırma Onyedü Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü tarafından yapılmasına karar verilmiştir.

14 Ekim 2023 sabah oturumunda Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi öğretim üyesi Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ'ın başkanlığında "Özel Sağlık Sektörü" paneli yapılmıştır. Panelde, The University of Alabama at Birmingham (ABD)'den Assoc. Prof. Ferhat Devrim ZENGUL "Why USA is Still Leading the World in Healthcare Innovation and Entrepreneurship?" sunumu ile sağlıkta inovasyon ve girişimcilikte ABD'nin dünya lideri olduğuna vurgu yaparak ABD uygulamaları hakkında bilgi vermiştir. Daha sonra Ankara Sağlık Kuruluşları Derneği (ASKD) Başkanı Oğuz ENGİZ "Özel Hastanelerdeki Organizasyonel Farklılaşmalar ve Bunun Hizmet Kalitesine Etkileri" başlıklı konuşması ile yer almıştır. Özel hastanelerin organizasyon yapısını ve geliştirilmesi gereken yönleri özel hastane uygulamalarından örnekler vererek açıklamıştır. Hizmet kalitesinin artırılmasında bu yapının önemine dikkat çekmiştir. Üçüncü konuşmacı ise DETESADER Değer Temelli Sağlık Derneği Başkan Yrd. Hüseyin ÇELİK "Değer Bazlı Ödemenin Özel Sektörde Uygulanabilirliği" şeklindedir. Değer bazlı ödemede, hizmet maliyetlerinin hasta odaklı hesaplandığını ve özel sektörde bu ödeme yönteminin uygulanabilirliğini ele almıştır.

Son panel ise Necmettin Erbakan Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dekanı Prof. Dr. Nuran KOYUNCU başkanlığında "Yapay Zeka ve Hukuk" panelidir. Panelde The University of Alabama at Birmingham, USA'den Dr. Nurettin ÖNER "The Rise of a Disruptive Technology: Financial, Social and Ethical Implications of AI?" sunumu ile Özyeğin Üniversitesi Hukuk Fakültesi'nden Prof. Dr. M. Hakan HAKERİ ise "Sağlıkta Yapay Zeka Kullanımı ve Hukuki Sorunlar" sunumu ile yer almıştır. Panelde sağlıkta yapay zeka kullanımının finansal, sosyal, etik ve hukuki sorunları ele alınmış ve katılımcılar ile interaktif bir şekilde karşılıklı tartışılmıştır.

Kongrede lisansüstü öğrencilerin yoğun olarak katıldığı Dr tezlerini ele alan kolokyum düzenlenmiştir. Kolokyuma Sakarya Üniversite İşletme Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanı Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT başkanlık etmiştir. Kolokyumda Sakarya Üniversitesi, İşletme Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi Buse METE "Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı (KOA) Olan Bireylerde Bakımın Sürekliliğinin Tedavi Sonuçlarına ve Hastalığın Maliyetine Etkisinde Tedavi Uyumu ve Hastalığın Şiddetinin Aracı Rolünün İncelenmesi", Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Saniye Ezgi GÖKDOĞAN "Faaliyet Tabanlı Maliyetleme Yöntemine Göre; Robot Yardımlı Ve Açık Radikal Prostatektomi Ameliyatlarının Perioperatif Maliyetlerinin ve Klinik Sonuçlarının Karşılaştırılması: Bir Üniversite Hastanesi Örneği" ve Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı/Sağlık Ekonomisi Doktora Programı Öğrencisi Gülnur TEKİN "Biyokimya Laboratuvarlarında Akılcı Laboratuvar Uygulamasının Test İstemlerine Etkisinin Değerlendirilmesi" isimli Dr tezlerini sunmuşlardır. Dr tezlerine yapılan katkılar ile kolokyum sonlandırılmıştır.

Sözel bildirimlerin 4 salonda sunulduğu 31 oturum yapılmıştır. 31 oturumda ana tema kapsamında belirlenen geçmişten geleceğe sağlık hizmetleri ve yönetim bilimi, Sağlık 4.0, entegre sağlık hizmetleri, geleceğin sağlık insan gücü, insan merkezli yaklaşım, hasta odaklı sağlık hizmetleri, hasta bakış açısıyla sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi, değer bazlı sağlık hizmetleri, olağandışı durumlarda sağlık hizmetleri ve yönetimi, yaşlanan bir toplumda sağlık hizmetleri yönetimi, tedarik zinciri yönetimi, sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi, küresel sağlık ve göç, sağlık hukuku, sağlık etiği, sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon, sağlık turizmi, nadir hastalıklar ve kaynak dağılımının belirlenmesi, sağlık hizmetlerinde finansmanın sürdürülebilirliği, sağlık tesisi ve hastane mimarisi, girişimcilik ve yenilikçilik, sağlık hizmetlerinde çevresel sürdürülebilirlik, sağlık ve hastane yönetiminde örnek uygulamalar ve sağlık yönetimi alanı ile ilgili diğer konular çerçevesinde 137 sözel bildiri sunulmuştur. Oturum başkanı ve katılımcıların katkıları ile sözel bildirimler tartışılmıştır.

Kongrede ayrıca sözel bildiri ödülleri verilmiştir. Birincilik ödülü "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Alarm Yorgunluklarının Tıbbi Hata Yapma Eğilimine Etkisi" isimli sözel bildirisi ile Esra Sarioğlu, Mustafa Amarat'a verilmiştir. İkincilik ödülü "Hemşirelerin Çalışma Ortamı Güvenliği Konusundaki Davranış ve Farkındalığının Araştırılması: Konya İlinde Bir Kamu Hastanesi Örneği" isimli sözel bildirisi ile Emel Filiz, Adil Aydoğdu, Cemile Karataş almıştır. Üçüncülük ödülü ise "Sevk Zinciri Uygulaması Hakkında Paydaş Görüşlerinin Değerlendirilmesi" adlı sözel bildirisi ile Beyza Yapıcı, Oğuz Işık' a verilmiştir. Cumhuriyet'in 100. yılına özel kongrede ayrıca 100. yıl ödülü de takdim edilmiştir. 100.yıl Özel ödülünü "Hekim Göçü Üzerine Bir İnceleme" sözel bildirisi ile Şeyma Parlak Ulu almıştır.

Kongre, kapanış konuşması ve kongre sonuç bildirgesi sunumu ile sonlandırılmıştır.

## FINAL DECLARATION

6. International 16. National Health and Hospital Administration Congress  
Final Declaration  
12-14 October 2023  
Necmettin Erbakan University - Konya



The 6th International 16th National Health and Hospital Administration Congress was held in Konya, the capital of the Anatolian Seljuk State, on October 12-14, 2023 with the theme of "Healthcare Management and its Future in the 100th year of our Republic", hosted by Necmettin Erbakan University Nezahat Keleşoğlu Faculty of Health Sciences, Department of Healthcare Management. The congress is supported by TUBITAK 2223-B Domestic Scientific Event Organizing Support (application no. 1919B022300157). 10 sessions were held in the main hall of the congress. In addition, an informative presentation on the Accreditation Process in Healthcare Management Programs, 1 colloquium on Dr. theses, 134 oral presentations in 31 sessions and a meeting of Healthcare Management department heads were held. A total of 27 invited speakers, including 12 from abroad, took part in the congress. There were 42 session chairs in panels, colloquium and oral presentation sessions. Among the invited speakers, 11 panelists were foreign speakers. Three of the 11 foreign speakers participated in the congress online. International invited speakers participated from Azerbaijan, USA, UK, Malaysia, Indonesia and Taiwan. More than 300 international and national academicians, healthcare professionals and graduate/undergraduate students attended the congress. The titles of 8 panels carried out in the three-day congress;

- Future Visions in the Central and Provincial Administration of the Ministry of Health,
- Healthcare Management and Organization in a University Hospital,
- TABIB Approach in Azerbaijan Health System,
- Futurist Approaches in Healthcare Management,
- Artificial Intelligence and Healthcare,
- Healthcare Management in Emergency Situations,
- Private Health Sector,
- Artificial Intelligence and Law.

On the morning of Thursday, October 12, the first session of the congress was moderated by Prof. Dr. İsmail REİSLİ, Vice Dean of NEU Faculty of Medicine. The first speaker of the session was PhD student Esra ÖZEL from Selçuk University Department of History, with her speech titled "Health Services in the Anatolian Seljuk Period", stated that health services in the Anatolian Seljuks were provided through "darüşşüfa", which had an important function within the foundation institution established as social aid institutions, as in other Turkish-Islamic states. She stated that the Seljuks treated diseases and trained new physicians through these "darüşşüfa". Secondly, Dato Dr. Junaidah Binti KAMARUDDIN from National Defence University of Malaysia gave a speech on "Leadership and Competencies in Hospital Management". She discussed topics such as who is a leader in health institutions, how it should be, what are their competencies and conveyed the results of her research.

The second session included the main speakers. The session was moderated by Ankara Yıldırım Beyazıt University Faculty of Medicine Assoc Prof. Nimetcan Mehmet ORHUN. Keynote Speaker Prof. Dato Dr Syed Mohamed ALJUNID SYED JUNID from International Medical University Malaysia gave a speech titled "Moving from ICD-10 to ICD-11: Challenges in Managing Casemix/System for Provider Payment". In his speech, he discussed the transition process from ICD-10 to ICD-11. He mentioned the difficulties of the system for refunds. The other speaker of the session, Prof Dr Chi-Chang CHANG from Chung-Shan Medical University, Taiwan, touched upon the main theme of the congress with his speech "The Past, Present and Future of Healthcare Management: Celebrating the 100th Anniversary of the Republic with Innovation and Excellence". He celebrated the 100th anniversary of the Republic of Türkiye by discussing the past, present and future of healthcare management from the perspective of a foreigner.

In the opening program on Thursday, October 12, in the afternoon, NEU Nezahat Keleşoğlu Faculty of Health Sciences Dean Prof Dr Neslihan DURMUŞOĞLU SALTALI, MEDICINE Vice President Araz NESİROV, Ministry of Health Health Information Systems General Director Dr M Mahir ÜLGÜ and NEU Vice Rector Prof Dr Ali KAHRAMAN made their speeches. They thanked the organizing committee by touching on the main theme of the congress.

In the first panel session in the afternoon, the "Future Envisions in the Central and Provincial Administration of the Ministry of Health" panel was held under the chairmanship of Necmettin Erbakan University Nezahat Keleşoğlu Faculty of Health Sciences, Department of Healthcare Management, Assoc Prof Ayhan ULUDAĞ. In this panel, Specialist Dr İlkey GÜLER, Deputy General Director of Public Hospitals of the Ministry of Health; Semra ULUSOY, Deputy General Director of Health Services of the Ministry of Health; Dr M Mahir ÜLGÜ, General Director of Health Information Systems of the Ministry of Health; Abdullah Yusuf UĞUZ, Head of Internal Control Department from the Strategy Development Directorate of the Ministry of Health, made their presentations. In their presentations, they gave information about the central and provincial administration of the Ministry of Health and informed about the future activities of the Ministry of Health.

In the second panel session of the afternoon, the panel "Healthcare Management and Organization in a University Hospital" was held under the chairmanship of NEU Faculty of Medicine Hospital Chief Physician Assoc Prof Hasan KÜÇÜKKENDİRCİ. In the panel, NEU Faculty of Medicine Hospital Deputy Chief Physician Assoc Prof Dr Yasemin DURDURAN present a presentation titled "Studies to Support Sustainability in Hospital Health Services", Karamanoğlu Mehmetbey University Faculty of Medicine Department of Public Health Dr Lecturer Osman ULUSAL represent a presentation titled "Patient Transfer Management in University Hospitals", NEU Faculty of Medicine Hospital Chief Manager Hakan KABAN represent a presentation titled "Financial Sustainability", NEU Faculty of Medicine Hospital Health Care Services Manager Aysel KOÇAK present a presentation titled "Health Care Coordination Services in Tertiary Hospital". In the panel, the organizational structure of university hospitals was addressed and the previous and continuous practices on sustainable health services studies were discussed. The importance of stakeholders in the financial sustainability of university hospitals was emphasized. In addition, current discussions were made on the development of health care services in university hospitals.

The first speaker in the morning on **October 13, 2023** was Prof. Dr. Afsun Ezel Esatoğlu the member of Ankara University Faculty of Health Sciences and SABAK Chairman of the Board of Directors, gave information about the "Accreditation Process in Healthcare Management Programs" and emphasized the importance of accreditation in healthcare management programs and encouraged the programs to be accredited. She also thanked the department of healthcare management-and relevant individuals who made efforts in the accreditation process of healthcare management programs.

The first panel of the morning session of the congress continued with the panel "MEDICAL Approach in the Azerbaijan Health System" under the chairmanship of TABİB Vice President Araz NESİROV. TABİB Strategy and Project Management Branch Manager Fagan HASANZADE represent a presentation on "TABİB's Strategic Roadmap", TABİB Process Development Branch Manager Ziya MAMMAZADE made a presentation on "Public-Private Cooperation in the Health Sector", TABİB Audit Branch Manager Elçin AGAYEV present a presentation on "Compulsory Health Insurance in Azerbaijan System and TABİB Model" and TABİB Absheron Hospital Director Azer ISMAYILOV represent a presentation on "TABİB Approach in Public Hospital Management". The purpose of establishment and organizational structure of TABİB in the Republic of Azerbaijan were explained. The development of health services in the Azerbaijani health system from past to present was mentioned. The strategic road map was stated by touching on TABİB's health services studies.

Later, the "Futurist Approaches in Healthcare Management" panel was moderated by Prof. Dr. Yusuf Çelik from Marmara University Faculty of Health Sciences. In the panel, Prof. Dato Dr. Syed Mohamed ALJUNID SYED JUNID from International Medical University (Malaysia) drew attention to the importance of using Big Data in healthcare services in the future with his presentation "Managing Efficiency in Hospital Services Using Big Data". He stated that the use of big data will increase the quality of health services and will have a positive impact on the efficiency of health institutions. The other speaker Assoc Prof. Zafar AHMED from Northumbria University (UK) participated in the congress via online method. The title of his speech was "Health Technology Assessment-Effective Decision Making for Health Sector". In his speech, he stated that the use of health technologies in decision-making processes in health services has been one of the most important tools in making decisions based on scientific basis. He emphasized the importance of the use of health technologies in health promotion, disease prevention, diagnosis, treatment, rehabilitation and provision of sustainable health services.

**On Friday afternoon, October 13**, the "Artificial Intelligence and Health Services" panel was held under the chairmanship of Necmettin Erbakan University Vice Rector Prof. Dr. Ali KAHRAMAN. In the panel, Assoc Prof Ferhat Devrim ZENGUL from The University of Alabama at Birmingham (USA) made a presentation on "Generative AI, Large Language Models and Future of Healthcare", Assoc Prof Mehmet Hacıbeyoğlu from Necmettin Erbakan University made a presentation on "Artificial Intelligence in Healthcare from a Computer Engineering Perspective" and Dr Nurettin ÖNER from The University of Alabama at Birmingham (USA) made a presentation on "Applications of Natural Language Processing and Text Mining in Healthcare". In the panel, it was stated that the use of artificial intelligence has been and will be used in more and more areas in healthcare services. Attention was drawn to artificial intelligence applications such as natural language processing and text mining. They emphasized that the use of these applications will increase the potential to search, analyze and interpret large amounts of patient data sets, as well as reduce the workload and better treat the patient. Afterwards, the panel "Healthcare Management in Extraordinary Situations" took place in the program. This panel was chaired by Prof. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU from Hacettepe University, Faculty of Economics and Administrative Sciences. This panel with international speakers took place online. In the panel, Dr. Ade Suzana Eka PUTRI from Andalas University (Indonesia) presented "Health System Resilience: Enhancing Health Sector Role in Disaster Risk Reduction" via online method. She drew attention to the need for the most efficient use of available resources in the preparation process of the health system for disasters, with a disaster management-centered approach, by seeing the risks. The other speaker was Dr. Monica SCHOCH-SPANNA from Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (USA) who presented "How Communication with

Communities Enables Hospital Functioning in Health Emergencies" and explained how the communication flow used in emergency health services plays a role in crisis prevention.

**On Friday, October 13th**, after the panels, the 18th Department Heads meeting was held face to face with the participation of the heads of healthcare management departments of universities in Turkey under the chairmanship of Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU, Faculty Member of Ankara University, Faculty of Health Sciences, Department of Healthcare Management. At the meeting, Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT shared the developments regarding the Healthcare Management Core Education Program with the heads of departments. Later, Prof. Dr. Yusuf ÇELİK conveyed the results of the Healthcare Management competencies research. Pedagogical Formation commission members were elected in the field of healthcare management. Prof. Dr. Sedat BOSTAN gave information about the studies carried out by the Ministry of Health regarding the employment of healthcare management graduates. The opinions of the heads of the departments on the final declaration of the congress were received. Finally, it was decided that the 7th International 17th National Health and Hospital Administration Congress will be organized by Bandırma 17 Eylül University, Faculty of Health Sciences, Department of Healthcare Management in 2024.

**On October 14, 2023**, in the morning session, a panel on "Private Health Sector" was held under the chairmanship of Prof. Dr. İsmail AĞIRBAŞ from Ankara University Faculty of Health Sciences. In the panel, Assoc Prof. Ferhat Devrim ZENGÜL from The University of Alabama at Birmingham (USA) emphasized that the USA is still leading the world in Healthcare Innovation and Entrepreneurship with his presentation "Why USA is Still Leading the World in Healthcare Innovation and Entrepreneurship?" and gave information about US practices. Later, Ankara Health Organizations Association (ASKD) President Oğuz ENGİZ took part with his speech titled "Organizational Differentiations in Private Hospitals and Its Effects on Service Quality". He explained the organizational structure of private hospitals and the aspects that need to be developed by giving examples from private hospital practices. He emphasized the importance of this structure in improving service quality. The third speaker was Hüseyin ÇELİK, Vice President of DETESADER Value Based Health Association. The topic of his speech was "Applicability of Value Based Payment in the Private Sector". He discussed the patient-oriented calculation of service costs in value-based payment and the applicability of this payment method in the private sector.

The last panel was "Artificial Intelligence and Law" chaired by Prof. Dr. Nuran KOYUNCU, Dean of Necmettin Erbakan University Faculty of Law. Dr. Nurettin ÖNER from The University of Alabama at Birmingham, USA participated in the panel with his presentation "The Rise of a Disruptive Technology: Financial, Social and Ethical Implications of AI?" and Prof. Dr. M Hakan HAKERİ from Özyeğin University Faculty of Law with his presentation "Use of Artificial Intelligence in Health and Legal Issues". In the panel, financial, social, ethical and legal issues of the use of artificial intelligence in healthcare were discussed interactively with the audience.

A colloquium on doctoral theses was organized at the congress, with the participation of graduate students intensively. The colloquium was chaired by Prof. Dr. Mahmut AKBOLAT, Head of Healthcare Management Department at Sakarya University Faculty of Business Administration. In the colloquium, Sakarya University, Graduate School of Business, Department of Healthcare Management, PhD Student Buse METE presented her thesis titled "Investigation of the Mediating Role of Treatment Compliance and Severity of Disease in the Effect of Continuity of Care on Treatment Outcomes and Cost of Disease in Individuals with Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD)". Then, Saniye Ezgi GÖKDOĞAN, PhD student at Hacettepe University, Institute of Social Sciences, Department of Healthcare Management, presented her thesis on "Comparison of Perioperative Costs and Clinical Outcomes of Robot-Assisted and Open Radical Prostatectomy Surgeries According to Activity-Based Costing Method: The Case of a University Hospital". Finally, Necmettin Erbakan University, Institute of Social Sciences, Department of Tourism Management/Health Economics PhD Program Student Gülnur TEKİN presented her thesis titled "Evaluation of the Effect of Rational Laboratory Application on Test Requests in Biochemistry Laboratories". The colloquium ended with contributions to doctoral theses.

There were 31 sessions with oral presentations in 4 halls. 31 sessions under the main theme; *"health services and management science from past to future"*, *"Health 4.0"*, *"integrated health services"*, *"the health workforce of the future"*, *"human-centered approach"*, *"patient-centered health care"*, *"Evaluation of health services from a patient perspective"*, *"value-based healthcare"*, *"health care and management in extraordinary situations"*, *"health care management in an aging society"*, *"supply chain management"*, *"evaluation of health Technologies"*, *"global health and migration"*, *"health law"*, *"health ethics"*, *"quality and accreditation in health services"*, *"health tourism"*, *"rare diseases and determination of resource allocation"*, *"sustainability of financing in health care"*, *"health facility and hospital architecture"*, *"entrepreneurship and innovation"*, *"environmental sustainability in health care"*,

137 oral presentations were presented within the framework of exemplary practices in health and hospital management and other topics related to the field of healthcare management. Oral presentations were discussed with the contributions of the session chair and participants. Oral presentation awards were also given at the congress. The first prize was awarded to Esra Sarioğlu and Mustafa Amarat for their oral presentation titled "The Effect of Alarm Fatigue of Intensive Care Nurses on the Tendency to Make Medical Errors". The second prize was awarded to Emel Filiz, Adil Aydoğdu and Cemile Karataş for their oral presentation titled "Investigation of Nurses' Behavior and Awareness on Work Environment Safety: The Case of a Public Hospital in Konya Province". The third prize was awarded to Beyza Yapıcı and Oğuz Işık for their oral presentation titled "Evaluation of Stakeholder Opinions on the Dispatch Chain Application". The 100th anniversary award was also presented at the congress dedicated to the 100th anniversary of the Republic. The 100th anniversary special award was given to Şeyma Parlak Ulu with her oral presentation "A Review on Physician Migration".

The congress ended with the closing speech and the presentation of the congress final declaration.



100



organizasyon  
**Nutuva**



**NEUSHİK**  
**6. ULUSLARARASI**  
**16. ULUSAL SAĞLIK VE**  
**HASTANE İDARESİ**  
**KONGRESİ**

Cumhuriyetimizin 100. Yılında  
**Sağlık Yönetimi ve Geleceği**

On the 100<sup>th</sup> Anniversary of Our Republic  
**Health Management and Its Future**

**12-14 Ekim 2023**

Necmettin Erbakan Üniversitesi  
Tıp Fakültesi **Morfoloji Binası**

[neushik2023.com](http://neushik2023.com)